

ServiceTjek til Demenskoordinatoren



Årskursus 2010 blev gennemført med rekordhøj deltagelse.

Særlig seminaret *Demenskoordinatoren - mellem specialisten og håndværkeren*, der havde hen ved 100 deltagere - gav grobund for mange diskussioner. Seminardeltagerne blev - af Line Folsgaard Petersen, der er udviklingskonsulent de-

mensstaben i Århus kommune - inviteret til et service-tjek af egen rolle i den kommunale indsats. Provokerende spørgsmål som: Bruger vi vores specialistviden godt nok? Er vi gode nok til at øge kvaliteten af indsatsen på demensområdet? rystede kraftigt op i forsamlingen. Line Folsgaard Petersen opfordrede til, at vi hver i sær retter et større fokus mod begrebsliggørelse, metodestramhed og kvalitetssikring. Sådan.

Bestyrelsen lyttede med og drøfter, hvordan DKDK som forening kan være med til at løfte denne opgave. Men en afklaring af egen rolle og praksis ligger først og fremmest lokalt hos jer. Overvejelser over hvilke begreber og metoder der kendetegner jeres arbejde i den enkelte kommune, samt hvordan vi hver for sig og i fællesskab kvalificerer redskaberne.

Bestyrelsen vil gerne takke alle deltagere for det store engagement som I viste på Årskurset. Flere førstegangsdeltagere og foredragsholdere har bemærket dette i deres evaluering. Jeres engagement er med til at give Årskurset et inspirerende miljø med høj faglighed. Jeres evaluering viste, at såvel temaer som foredragsholdere, Lundbecks symposium og udstillere var ramt rigtig. DKDK nyhedsbrev nr. 3 indeholder en rapport fra Årskurset. Jeg håber den vil inspirere jer.

Under Årskurset tikkede en invitation til et møde med Martin Henriksen, socialpolitisk ordfører for Dansk Folkeparti og tillige formand for Folketingets socialudvalg ind. Invitationen gik på at drøfte demensindsatsen i Danmark set ud fra DKDK's holdninger. På mødet - der fandt sted den 6. oktober - drøftede vi væsentlige punkter som blandt andet uddannelse, besøgsrestriktioner,

boliger. Martin Henriksen fik en oversigt med 9 statements som DKDK mener, er centrale når Folketinget snart skal tage beslutning om Den Nationale Handlingsplan. I kan læse disse statements på DKDKs hjemmeside.

Kommunernes Landsforening (KL) udsendte i slutningen af august måned sit ældrepolitiske udspil 2010 "Nye ældre, nye muligheder". Udspillet redegør for nogle af de udfordringer på ældreområdet som KL ser i fremtiden. I udspillet tages udgangspunkt i ældres ressourcer, i borgerens eget ansvar, og KL stille spørgsmål om, hvornår det offentlige skal træde til. Jeg er bekymret og mener der generelt er grund til bekymring for demensindsatsen og for demenskoordinatorernes rolle i kommunerne. Det forslag fra udspillet - der har haft størst bevågenhed i medierne - er forslaget om, at borgere, med et behov for mere end 20 timers pleje ugentlig, fra kommunen skal kunne mødes med et krav om at flytte i plejebolig. Også demente kan blive mødt med dette krav, hvis loven ændres.

Budgetterne for 2011 er vedtaget i kommunerne. Fremtiden tegner barsk for borgere og ansatte. Flere er utrygge ved tankerne om fremtidens demensindsats. Administration og ældreområdet bliver to af de hårdest ramte områder. Flere fagforbund frygter, at den danske velfærd står for et alvorligt tilbageslag og har lanceret begrebet "farvelfærd".

I finansloven for 2010 fik regeringen og Dansk Folkeparti vedtaget en pulje på 300 millioner kroner til styrkelse af kvalitet i ældreplejen i kommunerne. Midlerne er fordelt til kommunerne på baggrund af en demografisk nøgle med afsæt i antallet af ældre. Formodentlig afsættes et tilsvarende beløb på Finansloven for 2011. Jeg vil opfordre jer til at søge indflydelse på, hvordan midlerne anvendes, når de enkelte kommunalbestyrelser skal træffe beslutning. Midlerne er givet som bloktilskud, så de er ikke øremærkede. Derfor er jeres bevågenhed nødvendig.

Ane Eckerman, Formand DKDK

Årets demenskoordinator 2010 — Karen Tannebæk

Ved DemensKoordinatorerne i Danmark's (DKDK) Årskursus på Hotel Nyborg Strand blev årets Demenskoordinator kåret for ottende gang. Prisen gik til et medlem som har ydet en særlig indsats inden for demensområdet.

I anerkendelse af Karens Tannebæks enestående indsats, i forbindelse med hendes mangeårige arbejde som DemensKoordinator inden for demensområdet i Ballerup kommune, blev hun kåret som årets Demenskoordinator 2010.

DKDK havde modtaget flere indstillinger til kandidater som årets demenskoordinator, men DKDKs bestyrelse havde i udvælgelsen af årets Demenskoordinator lagt særlig vægt på, at Karen Tannebæk har formået at gøre demens til et af de væsentligste indsatsområder inden for ældreplejen i Ballerup kommune. Dette har hun formået trods de betydelige økonomiske udfordringer kommunen har stået over for, og står over for i de kommende år.

I tildelingen af prisen som årets Demenskoordinator havde bestyrelsen endvidere lagt vægt på, at Karen Tannebæk:

Som ansat i en helt ny funktion, gennem de seneste 11 år har formået at gøre demens til ét af de store indsatsområder indenfor Ældreplejen i kommunen.

Omsætter sin viden til udvikling og realiteter, altid med respekt for den svage borger. Det gennemgående træk i Karens arbejde er kvalitet og faglighed. Karen har en empatisk evne til at samarbejde og skabe forståelse blandt andre faggrupper. Desuden har Karen en solid strategisk vedholdenhed. Dette er absolut en fordel til at skabe kvalitetsudvikling inden for demensområdet - også i sparetider

Gennem sin ansættelse har Karen arbejdet med flere projekter. Karen har bl.a. dokumenteret behovet for en afdeling for borgere med demens med særlig udadreagerende adfærd. Denne afdeling er i dag særdeles velfungerende.

Har dokumenteret behovet for aflastnings- og akutboliger, hvor indretningen er særlig rettet mod borgere med demens. Afdelingen er nu 2 år, og Karen var med i implementeringsprocessen med overordnede kriterier for visitation, personaleundervisning og indretning inde og ude.

Qua sin uddannelse på Stirling University i Skotland, har Karen arbejdet med indretning af boliger og har til borgere med demens, samt udviklet materiale herom, som mange andre kommuner har haft stor glæde af.

Ane Eckermann
Formand for DemensKoordinatorerne i Danmark

Som følge af valget af Karen Tannebæk som årets Demenskoordinator, har Danske Kommuner i deres oktobernummer valgt at bringe en artikel om Karen Tannebæk og hendes arbejde som Demenskoordinator i Ballerup kommune.



Årets demenskoordinatorer fik overrakt buketter, diplomer og check af DKDK's formand Ane Eckermann.

Konferencerapport - DKDK Årskursus 2010

At være visionær i sparetider

Faglige udfordringer i den nationale demensindsats

Formand for DKDK Ane Eckerman bød de mere end 250 deltagere velkommen til DKDK's 17. Årskursus. En særlig velkomst lød til gæsterne Anne Marie Geisler (RV) fra Folketinget Socialudvalg, Anne Arndal, formand for Alzheimerforeningen, Kirsten Feld, formand for DANSKE ÆLDRE RÅD, Trine Lund, Ældrekontoret i Socialministeriet, Dorte Høeg, Videncenter på Ældreområdet samt alle udstillere ved DKDK's Årskursus.

Ane Eckerman glædede sig til tre interessante dage i selskab med demenskoordinatorerne, hvor der ville være mulighed for at få belyst og diskutere, hvordan demenskoordinatorerne kan være visionære i sparetider, samt debattere de faglige udfordringer demenskoordinatorerne står over for i den nationale demensindsats.



Hovedreferaterne er refereret af DKDK's sekretariat og bestyrelsesmedlemmer. Referaterne er efterfølgende redigeret af DKDK's sekretariat.

Udfordringer og muligheder i fremtidens demensindsats

Bente Meunier, Chef, Ældreheden og Program for velfærdsteknologi, Servicestyrelsen

Bente Meunier holdt et spændende oplæg om hvordan Servicestyrelsen ser på de aktuelle udfordringer og muligheder i demensindsatsen.

Bente Meunier fokuserede særligt på to spørgsmål:

1. Hvordan styrkes den allerede gode indsats på demensområdet?
2. og Hvordan kan indsatsen styrkes, når det samtidig er sparetider i de fleste kommuner?

Demensindsatsen har i dag et rigtig godt fundament og det er meget vigtigt at bygge videre på dette. Til det gode fundament hører demenskoordinatorerne (DK). Når en demensdiagnose er stillet er demenskoordinatorerne borgernes første møde med kommunen. Det er i denne vigtige fase, at grundstenen for et godt forløb bliver lagt, ikke mindst fordi DKerne sikrer sammenhæng på tværs og ofte er omdrejningspunktet i at udvikle og kvalificere de socialfaglige metoder. Dette er en meget central del af plejen og omsorgen.

DKeren står i dag over for en række udfordringer; Der er flere borgere med demens, men ofte færre midler, der er mere viden men mindre tid til at formidle og omsætte denne til handlinger. Sidst men ikke mindst er der problematikken om rekrutteringsudfordringerne. Men der er også

forhold, der i stor udstrækning styrker DKeres arbejde på demensområdet: Sundhedsaftaler, ny teknologi, samt mere fokus på frivillighed.

Udfordringer og muligheder i fremtidens demensindsats:

Flere med demens men færre midler

Danmark står overfor en demografisk udvikling, med flere og flere demente borgere. Hvordan håndteres denne demografiske udfordring, med de samme eller færre midler til området? En tidlig indsats, støtte og rådgivning er helt central når en demensdiagnose er stillet. Tidlig indsats i form af pårørendegrupper, afløsning og aflastning er vigtige tiltag i forhold til at støtte pårørende. Når det kommer til rehabilitering, er der nu en tendens til at kommuner og praksis går fra at tænke kompenserende til at tænke rehabiliterende. I takt med, at der forskes mere i medicinsk behandling, forventes en efterspørgsel efter mere rehabiliterende indsatser i fremtiden.

Mere viden

I Danmark findes en stor praksisviden om demens, men der er brug for ny viden om, hvordan metoderne virker under forskellige forhold. Det er en central offentlig opgave, på alle niveauer at dokumentere og begrunde et behov for nye indsatser ligesom dokumentation er vigtig i en

prioriteringsdiskussion. På nogle områder er der brug for udvikling af metoder og opbygning af mere viden. Det gælder i forhold til specielle målgrupper som borgere med udadreagerende adfærd, udviklingshæmmede med demens samt borgere med dobbeltdiagnoser. Antallet er stigende, udfordringer og problemstillinger er kendte, men for at give disse grupper af borgere et mere kvalificeret tilbud, skal praksis udvikles. Mange kommuner er allerede nået langt i, at koordinere og sikre, at de forskellige tilbud og vidensmiljøer spiller sammen i det daglige. Her har DKerne en nøglerolle, da det ofte er DKeren som er igang sættende, når kommunerne benytter forskellige metoder og tilgange.

Skræddersyede løsninger og organisering

Der er i disse år en tendens til, at flere ældre borgere har behov for mere individuelle løsninger. bl.a. i forhold til de særlige målgrupper, f.eks. de ældre, der har en udadreagerende og aggressiv adfærd. Her er det vigtigt at være nytænkende og visionær i opgaveløsningen, når der bygges nye plejeboliger og renoveres eksisterende bygninger.

En tværfaglig indsats er vejen frem, særligt i arbejdet med borgere, med en udadreagerende adfærd. Antallet af sager, som omhandler denne type



Velfærdsteknologi

Ny teknologi giver nye muligheder i demensindsatsen. Servicestyrelsen arbejder indgående med implementering af velfærdsteknologi og har specifikt fokus på, hvordan man kan høste gevinsten ved nye arbejdsgange og nye organiseringer.

Teknologi skal ikke kobles på det der gøres i forvejen, men tingene skal gøres på en helt ny måde. Det er op til bl.a. DKerne at være nysgerrige, åbne og være med til at spille ideer og forslag ind til Servicestyrelsen og andre, der kan være med til at udvikle og iværksætte brug af teknologi.

Hvis teknologien udnyttes og udvikles bedre og teknologien bruges i et tæt samspil med den socialfaglige praksis, kan en tidlig indflytning i plejebolig undgås i nogle tilfælde. Teknologien kan samtidig være med til at hjælpe den demente til at få et bedre liv.

Ikke alting der koster mange ressourcer – og specielt ikke, når der er et godt fundament for indsatsen. Det er en stor styrke at kunne udveksle erfaringer med kolleger fra andre kommuner og faglige områder, og dermed tage ved lære af andres indsats. Den spredning af viden, som DKerne gør i det daglige arbejde og ved møder i netværk, er med til at løfte demensindsatsen, både lokalt og nationalt.

Bente Meuniers opfordring til DKerne er:

- Overvej nye muligheder for organisering af indsatsen
- Overvej nye teknologier
- Diskuter hvordan I dokumenterer brugen af metoder
- Del måder at skabe gode forhold for borgere med demens og deres familier med hinanden

Så vil der fortsat ske udvikling – også når ressourcerne er sparsomme!

borgere, har plads på top-10 af alle VISO-sager. Men erfaringerne viser, at sagerne kan håndteres med den rette kombination af viden og medicinsk behandling samt en ordentlig faglig tilgang i plejeboligerne.

Demensindsatsen kan styrkes ved at sætte spot på organisering internt i kommunerne, hvilket kan sikre den enkelte borger kvalificeret pleje og omsorg. Men det kræver, at der er uddannet personale til at yde pleje og omsorg til borgeren.

Rekruttering

En af de vigtigste løsninger på rekrutteringsproblemet er, at få gjort det attraktivt at arbejde i ældresektoren. En attraktiv arbejdsplads er kendetegnet ved at:

- Det er det muligt at yde en faglig kvalificeret pleje om omsorg
- Medarbejderen har indflydelse eget arbejde
- Der ydes tilbud om faglig udvikling, samtidig med at der er en synlig og kvalificeret ledelse

Det er afgørende, at medarbejderen er "klædt på" til opgaven. Kompetenceudvikling skal være målrettet og der skal udarbejdes en detaljeret plan for, hvordan den tilegnede viden kommer effektivt i spil i hverdagen.

Sundhedsaftaler

Sundhedsaftalerne omfatter nu også demensindsatsen, hvilket betyder, at flere regioner har klare samarbejdsstrukturer som er med til at sikre en sammenhængende indsats. Der er et behov for en styrket indsats og nytænkning, for at lære endnu mere af hinanden i primær- og sekundærsektoren. Der er endvidere behov for en øget sammenhæng i indsatsen internt i den enkelte kommune, f.eks. mellem demensfagfolk og visitation samt i forhold til kommunernes samarbejde med hospitaler og praktiserende læger. Det er i overgangene mellem sektorerne, at borgerne risikerer at blive tabt, og det er hér omkostningerne bliver store, både for den demente og den offentlige sektor. Servicestyrelsen har i en årrække, både gennem samarbejdsmodellerne og en række andre projekter, været med til at støtte det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. Her hjælper forløbsprogrammer også til at fastholde blikket på borgeren i centrum og sikre sammenhængende forløb mellem den medicinske behandling og den socialfaglige indsats. Det er helt centralt, at alle kender deres opgaver, både internt og eksternt, og at der ligger klare aftaler for samspillet, både når borgerne skal udredes, og når de senere lever med demenssygdommen. På denne måde opnås effektive forløb for borgeren.

Fremtidens ældre- og plejeboliger

Tina Jørgensen, Chefkonsulent, Kommunernes Landsforening

Tina Jørgensen indledte sit oplæg med at slå fast, at der i Danmark ikke eksisterer egentlige demensboliger for demente borgere.

Derimod findes et bredt udsnit af betegnelser for ældre- og plejeboliger afhængig af kommune: aldersdomshjem, plejehjem, beskyttet- eller seniorbolig er nogle af de betegnelser for boliger til ældre. Kommunerne har således forskellige typer og betegnelser og mangfoldigheden medfører, at der er 98 forskellige måder, at anskue boliger til ældre på. Dette udgør i sig selv en stor udfordring, i forhold til at tale et fælles sprog om boliger inden for dette område.

Udvikling og status for de forskellige boligtyper

Tina Jørgensen viste efterfølgende en oversigt over antallet af boliger målrettet ældre. I perioden fra 1987 til i dag er bygget flere boliger. Andelen af almene plejeboliger er steget (fra ca. 5.000 i 1987 til 70.000 i 2009), hvorimod antallet af plejehjemsboliger faldet betydeligt (fra ca. 50.000 i 1987 til 10.000 i 2009). 1996 er et vigtigt skæringsår, i 1996 trådte plejeboligreformen i kraft og der skete da en adskillelse af bolig og indsats i forhold til pleje og omsorg.

Opgørelser over udviklingen i henholdsvis plejeboliger og plejehjemspladser, og skærmede demensboliger i perioden fra 2007 – 2009 synes at vise, at der sker et dramatisk fald i 2008. Disse opgørelser er misvisende, idet faldet kan skyldes manglende indberetninger til KL samt at kommunerne flytter om på boligtyperne. Eksempelvis når plejeboliger laves om til ældreboliger m.m.

Udfordringer på boligområdet

Tina Jørgensen ser en række fremtidige udfordringer på boligområdet. Nogle af udfordringerne er, hvor langt visitationsretten skal gå og hvorvidt beboere skal kunne visiteres ind og ud af bestemte boliger. En borger har naturligvis ret til at bo der hvor de bor, men sådan som reglerne er nu, kan en beboer der får det bedre eller genvinder sin funktions-evne, ikke visiteres ud af en bestemt

type bolig, fordi beboeren har en lejekontrakt på boligen. Dette kan være problematisk, men hænger sammen med, at indsatsen over for beboeren i forhold til omsorg og pleje er adskilt fra selve boligdelen. En løsning på dette problem kunne være at lave flere midlertidige tilbud. Som reglerne er nu vil dette formentlig ikke ske, i det det er kommunen der skal betale huslejen for de ældre ved brug af midlertidige boliger. Efterfølgende berørte Tina Jørgensen emnet fritvalg. Efter reglerne om fritvalg i forhold til bolig er kommet i anvendelse, ses et tydeligt mønster, i retning mod at ældre ikke vil bo på landet, men derimod ønsker at bo i de større byer. Der er på nuværende tidspunkt er mange ledige ældreboliger i landdistrikterne, hvorimod der er ventelister til ældreboliger i byområderne. Dette har en række økonomiske konsekvenser for kommunerne, da det er dyrt at have boliger stående tomme i landdistrikterne. Studier har endvidere påvist at ældre i fremtiden, vil have store forventninger til ældreboligerne. Dette gælder især til boligens størrelse og beliggenhed.

Hvad regulerer loven på ældreboligområdet?

Lovgivningen regulerer en række områder på boligområdet for demente og ældre borgere:

- Adskillelse af bolig og indsats – Den demente eller den ældre visiteres særskilt i forhold til pleje og bolig. I denne forbindelse er visitationen til pleje og omsorg præcis den samme, som hvis borgeren havde boet i eget hjem jf. Service-loven
- Snitflader til "fritvalg" – (Reglerne om fritvalg gælder ikke for beboere i plejebolig).
- Størrelsen af boliger
- Indretning af boligen – Boliger er indrettet af hensyn til arbejdsmiljølovgivningen
- Fællesarealer og servicearealer
- Fripnejeboliger
- Private boliger med driftsoverenskomst

Hvad kan der gøres inden for de nuværende rammer?

Tina Jørgensen forklarede, at det stadig er muligt at gøre noget inden for de nuværende rammer for ældreboliger - eksempelvis at udvikle visitationspraksis i forhold til demente borgere, samt at fokusere på den enkelte borgers ret til individuelle afgørelser og indsatser. Endvidere mente Tina Jørgensen, at det er vigtigt, at der fokuseres på kompetenceudvikling, samt at der investeres i de generelle tilbud. Der skal blandt andet sættes fokus på indretning af både plejecenter og den enkelte borgers bolig. Sidst men ikke mindst er det vigtigt, at alle beskæftigede inden for demensområdet deltager aktivt i debatter om fremtidens boliger for borgere med demens.

KL's holdning til boliger inden for ældreområdet

Først og fremmest er det vigtigt at boliger bliver bygget, så de matcher ældres borgers behov. Der skal komme et mere nuanceret udbud af boliger til ældre. Det vil være oplagt at lade private leverandører udbyde ældreboliger. Endvidere kunne det tænkes, at de gamle alderdomshjem får en renæssance. Når der fokuseres på den konkrete bolig, skal der være plads til mangfoldighed og til at de enkelte boliger matcher borgerens behov. Et behov, hvor velfærdsteknologi med fordel kan indtænkes. Teknologi og den mangfoldige bolig vil være en hjælp for både borger og omsorgs- og plejepersonale. Sidst men ikke mindst slog Tina Jørgensen fast, at det er KLs holdning at plejeboliger bør være det primære tilbud til borgere med omfattende behov.



Hvad opnås ved at samle borgere med usædvanlige behov på ét plejecenter i kommunen?

Anne Windfeld Hansen, Centerchef, gerontopsykiatrisk Center, Esbjerg Kommune

Birte Rønne, Demensfaglig konsulent, Esbjerg Kommune

Anne W. Hansen og Birte Rønne lagde ud ned at vise en række billeder af Esehuset og fortalte i denne forbindelse, at Esehuset er et gerontopsykiatrisk botilbud for borgere som ikke kan rummes i Esbjerg kommunes andre botilbud. Det er Esbjerg kommunes eneste tilbud til borgere med en psykisk lidelse, herunder borgere med blandt andet demens, psykiske skader og kroniske sindslidelser. Esehuset har 68 boliger samt 10 midlertidige boliger, hvor borgere vurderes med henblik på fremtidig boform. Ved visitering til Esehuset lægges der primært vægt på adfærd og ikke på alder. På nuværende tidspunkt er ca. 50% af beboerne under 65 år. Formålet med de midlertidige boliger er, at være i stand til at modtage målgruppen med kort varsel, for at kunne stabilisere deres psykiske og sociale tilstand, og at sikre en faglig kvalitet i udredning, så det fremtidige botilbud tilpasses borgeren. Esehuset sørger for at udarbejde en plan for fremtiden, så borgeren opnår størst mulig livskvalitet.

Visionen for Esehuset er, at bygge en udsædvanlig bolig til usædvanlige mennesker med nogle usædvanlige behov og kvaliteter. Visionen føres ud i livet ved at skabe rammer som giver beboerne betingelser for et godt liv, fysisk, psykisk og socio-

kulturelt. Visionen bliver understøttet af formålet med Esehuset som er at sikre beboerne:

- Reelle valgmuligheder og aktiv deltagelse i eget liv
- En meningsfuld hverdag med aktiviteter der matcher den enkeltes behov
- Får styrket og bevaret deres funktionsevne
- Oplever at der er rum for hver enkelte, så værdigheden kan bevares

Om selve huset

Esehuset er en rund bygning med en have i midten. Faconen skal understøtte oplevelsen af at være sammen med andre. Fra vinduer mod haven, kan der ses lys i andre dele af bygningen. Rummene er meget lyse og væggene hvidmalede. Ifølge gerontopsykiatrien er dette med til at give et lyst sind. Huset er indrettet med diverse aktivitetsrum, café, festsal m.m. Esehuset har samtidig status af videnscenter på det gerontopsykiatriske område.

Personalet

Esehuset arbejder for at være en stærk faglig enhed inden for geron-

topsykiatrien i Esbjerg kommune. Derfor stilles der også en række krav til medarbejderne. Medarbejderne skal have en mellemlang sundhedsfaglig uddannelse, eller flere års erfaring inden for specialet. Der er der også ansat en række fagspecialister, herunder ergo- og fysioterapeuter som er fagspecialister i ADL, miljøterapi samt træning og fysisk aktivitet, pædagoger som er fagspecialister i normal udvikling, de sunde ressourcer og pædagogiske værktøjer, og sygeplejersker og Social og Sundhedsassistenter som er fagspecialister inden for sygdomme og medicin. Social- og sundhedshjælpere ansættes ikke, da der er brug for en faglighed, i forhold til de meget komplekse borgerforløb.

Uddannelse, kompetenceudvikling og videndeling

Esehuset lægger vægt på en kontinuerlig opgradering af viden blandt personalet. Dette sikres blandt andet ved supervision / debriefing, interne og eksterne kurser samt evidensmæssig i forhold til fysisk aktivitet. Esehuset fungerer som et videnscenter, hvilket betyder, at Esehuset yder supervision og tager ud og side-mandsoplærer kolleger i andre distrikter, samt at medarbejdere fra andre distrikter kan komme til Eshuset og få udvidet faglige kompetencer.



Vision for en fremtidssikret demensindsats i Århus kommune, med fokus på konkrete initiativer

Line Folsgaard Petersen, udviklingskonsulent, Demensstaben, Århus Kommune

Line Folsgaard Petersen holdt et interessant oplæg om visionerne for den fremtidssikrede demensindsats i Århus kommune. Århus kommune arbejder med en række rammer for omsorg og sundhed. Medarbejderne kender til kommunens rammer for Sundhed og Omsorg, idet disse udleveres til alle medarbejdere.

Rammerne for Sundhed og Omsorg i Århus kommune er henholdsvis:

- 'Al magt til borgerne' som ud fra en rehabiliteringstanke sætter dagsorden for borgeren og deltagelsen i eget liv.
- 'Vi holder borgerne væk' en central og grundlæggende tanke
- 'Slip medarbejderne løs' arbejds glæde forudsætter frihedsrettigheder for de ansatte
- 'Vi bruger tiden sammen med borgerne'

For Sundhed og Omsorg er der endvidere en ekstra ramme som lyder 'En stærk demensfaglighed og stærke kompetencer'.

Arbejdsgrundlag for demensindsatsen i Århus kommune

Århus kommune har en række overordnede mål for arbejdsgrundlaget for demensindsatsen og for hvor demensindsatsen skal hen i fremtiden. Arbejdsgrundlaget for demensindsatsen har et fokus på, at borgerne får størst mulig indflydelse på hjælpen og at borgernes trivsel er i fokus. Det er også vigtigt, at borgerne klarer sig selv længst muligt, hvilket indebærer flere gode leveår for alle aldre i Århus kommune. Sidst men ikke mindst har det stor betydning, at borgerne får en værdig livsafslutning.

Når arbejdsgrundlaget for demensindsatsen skal beskrives fagligt, er de overordnede faglige ledetråde:

fokus på forebyggelse, empowerment og rehabilitering. Endvidere er det vigtigt at demensindsatsen hviler på en stærk og valid faglighed, som er kendetegnet ved videndeling og ligeværdighed mellem driftsopgaver og udviklingsopgaver. Der er et gensidigt afhængighedsforhold mellem drift- og udviklingsopgaver og driftsdelen fordrer løbende udviklingsdelen og omvendt. Et eksempel på dette er, at synliggøre borgerbehov sideløbende med at beskrive behov for praksisuddannelse af nøglepersoner. Udviklingsdelen klæder driftsdelen på til opgaver med stadig nye befolkningsgrupper, tilstande og ny viden. Århus kommune har valgt, at have et udviklingsteam som supplement til undervisning og kursusdage, samt at sørge for at rehabiliteringsprincipper omsættes til praksis (i samarbejde med Rehabiliteringsforum Danmark).

Den nye organisering i Århus kommune

Vejen mod den nye organisering i Århus kommune startede i 2006. Omorganiseringen blev igangsat af et ganske uskyldigt spørgsmål fra socialdirektøren, om antallet af demente i kommunen. Ingen kendte dette tal, og det blev derfor besluttet at gennemføre en undersøgelse af demensområdet i kommunen. På baggrund af to undersøgelser startede den politiske proces i Århus kommune. Udgangspunktet for omorganiseringen blev formuleret til at være "en ny organisering som skal sikre en overordnet faglig styring og udvikling". Beslutningen medførte, at der blev foretaget væsentlige ændringer af den eksisterende normering. Endvidere blev der ansat en demenschef, som fik det faglige ansvar for drift og udvikling inden for demensområdet. Sidst men ikke mindst blev der ansat 2 gademedarbejdere og etableret et demenshus, som skulle fungere som et videns-, være-, og læringshus. Et væsentligt punkt i omorganiseringen var, en præcisering af ansvarsområder og snitflader. Der blev udarbejdet nye job- og personprofiler for alle stillinger i demensstaben og udpeget demensnøglespersoner i alle 13 lokalområder i Århus kommune.



Omorganiseringen skulle ikke alene vise, at den var handlekraftig, den skulle også signalere styrket faglighed, kreativitet samt faglig og organisatorisk udvikling. I denne forbindelse var det vigtigt at påpege, at den demensfaglige chef, var med til at bære fagligheden direkte ind i ledelses- og beslutningssammenhænge i kommunen.

Medarbejderne i demensstaben

I demensstaben er ansat 3 demenskoordinatorer. De 4 overordnede opgaver for de 3 demenskoordinatorer i Århus kommune er at:

- Samarbejde med demensnøglepersoner
- Rådgivning og vejledning af borgere, pårørende og personale i komplekse og komplicerede sager

- Undervisning
- Kvalitetsudvikling
Koordinerende opgaver

I demensstaben er den rådgivende demenskoordinator ansvarlig for at sikre kvalificeret rådgivning, vejledning og sparring til medarbejdere. Dette gælder særligt i forhold til magtanvendelsesområdet. Til denne funktion er tilknyttet en jurist, som har været med til at udarbejde en elektronisk magthåndbog. Endvidere deltager den rådgivende demenskoordinator i undervisning og kvalitetsudvikling, ligesom de øvrige demenskoordinatorer.

I demensstaben har udviklingskonsulent fokus på den faglige udvikling af specialenheder samt den faglige udvikling af den generelle ind-

sats på demensområdet. Endvidere samarbejder udviklingskonsulent med andre enheder i kommunen, på tværs af magistrater og sektorer.

I demensstaben har den faglige konsulent for kommunens specialboliger ansvaret for at varetage specialboliger for borgere med demens, bl.a. i forbindelse med visitationen til specialboliger. Endvidere har den faglige konsulent ansvaret for undervisning og kvalitetsudvikling.

I demensstaben er der ansat to op-søgende medarbejdere. Fokus for disse medarbejdere er at skabe den tidlige kontakt til borgere, med kognitive forandringer. Disse forandringer, skal først for nylig være erkendt eller bemærket og have et særligt behov.

Når demens ikke er den eneste lidelse

Alex Kørner, Overlæge, ph.d., Psykiatrisk Center Nordsjælland, Hillerød

Alex Kørner holdt et interessant oplæg om dobbeltdiagnoser og tilfælde, hvor demens ikke er den eneste psykiatriske lidelse. Den anden lidelse vil oftest være en svær psykisk sygdom.

Demens og dobbeltdiagnoser?

Alex Kørner fortalte, at demenstilstande og andre svære psykiske lidelser, hver for sig forekommer så hyppigt, at et sammenfald med demens er uundgåeligt.

Dette skyldes bl.a. at flere psykiatriske sygdomme medfører en øget risiko for senere demens. Flere ældre borgere, der i dag kommer ind på plejecentrene eller andre sociale tilbud, har således en palet af psykiatriske lidelser.

Fokus på forekomsten af psykiske lidelser hos ældre borgere viser, at omkring 80.000 svarende til 7% har demens.

Tallene for andre forekommende psykiske sygdomme er hhv; skizofreni 0,5%, depression 10%, misbrug 4%, og personlighedsforstyrrelser 10-15%.

I relation til de forskellige kategorier af psykiske sygdomme, mente Alex

Kørner, at det behandlingsmæssigt vil være ideelt at lave en sygdomsafgrænsning i ældrepsykiatrien, eksempelvis efter en opdeling af de psykiatriske sygdomme i henholdsvis:

1. Organiske lidelser, f.eks. demenstilstande
2. Delir
3. Affektive lidelser samt
4. Psykoser

Dette vil sikre en bedre behandling af de psykiatriske sygdomme.

Når blikket vendes mod risici for død og demens ses, at der for visse psykiatriske lidelser er visse sammenhænge. Dette gælder især i forhold til paranoia og akutte psykoser, hvor risikoen for demens er omtrent dobbelt så stor som risikoen for død.

Når der fokuseres på skizofrene lidelser, 40+ og 60+, er sandsynligheden for død og demens omtrent den samme. Dette kan blandt andet skyldes, at sammenhængen mellem demens og skizofreni stadig er uklar, idet næsten alle patienter med skizofreni har kognitive problemer, men ikke nødvendigvis demens.

Forekomsten af demenssygdomme kombineret med dobbeltdiagnoser

rejser spørgsmålet: hvem der skal behandle? og hvilken psykiatriske tilstand er vigtigst at behandle ved dobbeltdiagnoser? Spørgsmålet bliver ikke mindre relevant, når man ved, at organiseringen af behandlingen for denne type sygdomme er meget forskellig mellem regionerne og ikke mindst inden for regionerne. Mange almen psykiatriske vil f.eks. ikke have demente i behandling. Det kan være relevant at oprette en ældrepsykiatri for bl.a. plejehjemsbeboere som netop har en høj frekvens af dobbeltdiagnoser. Alex Kørner påpegede samtidig, at særligt dobbeltdiagnoser er i stigning, især i botilbud.

Ved demens og dobbeltdiagnoser stilles behandleren ofte i et behandlingsmæssigt dilemma: Hvilken sygdom er den vigtigste? Kan/skal man behandle demens hos personer med en svær psykisk sygdom? Hvem skal varetage behandling og omsorg af en patient med disse lidelser – demensklinikker, almenpsykiatri eller almindeligt botilbud?

Alex Kørner ser følgende som værende problematisk for ældre borgere med dobbeltdiagnoser:

- Utilstrækkelige botilbud – blandet beboermasse, forskellige tilgange, forskellige behov
- Risiko for svigt. Dette kan bl.a. skyldes at der ikke er de samme ressourcer som i distriktspsykiatrien, hvilket øger sandsynligheden for at opfølgningen bliver dårligere
- Hvilken tilstand skal veje tungest?
- Ændret (og måske for ringe) psykiatrisk opfølgning



Den demente geriatriske patient – samordning af indsatsen for geriatriske patienter med demens

Søren Jakobsen, Ledende overlæge, geriatrisk afdeling, Sygehus Fyn

Den 12. maj 2010 præsenterede Regeringen og Dansk Folkeparti en handlingsplan for den ældre medicinske patient. Formålet med handlingsplanen er at sikre det bedst mulige forløb for ældre medicinske patienter. Opgaven med udarbejdelsen af handlingsplanen er efterfølgende sendt videre til Sundhedsstyrelsen, som har nedsat en arbejdsgruppe. Denne arbejdsgruppe vil fokusere på: Forløbskoordination, udgående enheder, akutte eller sub-akutte tilbud, arbejdstilrettelæggelse samt udskrivelseskoordination.

Den ældre medicinske patient

Den ældre medicinske patient er kendetegnet ved:

- At de er ældre – typisk over 65 år
- At de lider af flere forskellige sygdomme på samme tid
- Af de har et stort medicinforbrug
- Af de ofte har et nedsat funktionsniveau
- At de ofte har behov for hjælp til daglige opgaver og pleje
- At mange har svage sociale netværk

Samtidig med handlingsplanen for den ældre medicinske patient, er der sket en forstærket indsats for patienter med kroniske sygdomme. Regeringen har således afsat en pulje på ca. ½ mia. kr. til at få alle regioner til

at samarbejde med kommuner og almen praksis om at implementere lokalt tilpassede forløbsprogrammer for patienter med diabetes, muskel og skeletsygdomme, KOL og hjertekar sygdomme. Men hvad med demens? I flere regioner er der udfærdiget samarbejdsaftaler og forløbsprogrammer for demensudredning.

Søren Jakobsen kom i sit hovedindlæg ind på vilkårene for geriatriske borgere med demenssygdomme ved indlæggelser. Der er en tendens til, at man så vidt muligt ønsker, at den svært demente borger undgår indlæggelse, samt at der ved indlæggelse tilstræbes, at den demente borger udskrives så hurtigt som muligt. I denne forbindelse bør der i et patientforløbsprogram for demente patient indgå følgende:

- Anamnese ved primærsektoren og pårørende, om muligt direkte dialog
- Medicingennemgang
- Undgå udvikling af delir
- Om muligt enestue
- Fokus på udskrivelse ved indlæggelsen
- Hensyn til medpatienter

Ønsker til hjemmeplejen

Ud over den aktuelle anamnese, er en livshistorie for den demente borger ønskværdigt i forbindelse med

en indlæggelse. Endvidere vil oplysninger om familieforhold, vaner og rutiner, socialt netværk og eventuelle adfærdsforstyrrelser kunne have en stor betydning for behandlingen af den demente borger.

Etiske problemstillinger

Den medicinske behandling af den ældre demente patient rejser en række etiske problemstillinger: Hvordan skal behandlere forholde sig til en patients manglende indtagelse af føde? Hvordan skal behandler forholde sig, når pårørende ikke kan blive enige om behandlingsniveau? Hvad gør man i situationer hvor der er et behov for tvangsbehandling? En anden væsentlig etisk problemstilling opstår i situationer, hvor patienten ikke forstår konsekvensen af et udredningsprogram for f.eks. anæmi og smerter.



Effektiv faglig formidling – værktøjer til dig, der vil ud over rampen med et fagligt budskab

Anja Philip, cand.scient og videnskabsjournalist



Anja Philip har via sin kandidatgrad som cand.scient i cellebiologi en faglig baggrund i naturvidenskaben. Hun har som videnskabsjournalist arbejdet med formidling af naturvidenskab, bl.a. i DRs naturvidenskabelige program 'Viden Om'.

Anja Philip indledte sit oplæg med at slå fast, at mennesket er drevet af nysgerrighed og en trang til at forstå vores omverden og univers. Denne menneskelige trang er godt illustreret med de opdagelsesrejsende og Gallathea-ekspeditionen, som drog ud i verden for at studere og undersøge denne.

I dag er der generelt en manglende interesse for det naturvidenskabsområde. Et område som DKerne også er beskæftiget inden for. Det naturvidenskabelige område er vigtigt for Danmark, idet dette område er essentielt i forhold til at videreudvikle videnssamfundet og Danmarks fremtidige levebrød og indtjening. Selv om Danmark allerede er et videnssamfund vil fremtidens arbejdspladser i Danmark i høj grad være baseret på forskning og udvikling.

En grund til, og samtidig en løsning på den manglende interesse for det naturvidenskabelige område er ordentlig formidling. For at illustrere dette kom Anja Philip med eksempler fra hverdagen, som har en naturvidenskabelig forklaring / årsag. Eksempelvis at mænds hjerner adskiller sig fra kvinders, både anatomisk og funktionelt. Dette blev illu-

streret med to plancher af henholdsvis huse og figurer. Mænd er bedre til rummelige opgaver, hvorimod kvinder er bedre til at identificere mønstre og systematik. Et andet underholdende eksempel var da deltagerne blev bedt om at folde et rør af papir, og køre en hånd ned at siden af dette rør. Hjernen narres og effekten er, at det ser ud som om der er et hul i hånden.

Naturvidenskabelige eksempler der kan prøves på egen krop er en god måde at formidle sit budskab på. Ved at kombinere dette med et personligt engagement og begejstring, sikres det at budskabet ud kommer over rampen, idet budskabet og det som ønskes formidlet, bliver vedkommende for modtageren.

Find jeres indre Peter Pedal, med alt hvad det indebærer af barnets undren og nysgerrighed. Tag udgangspunkt i modtagerens verden, ved at starte med at stille spørgsmål som kræver et svar. På denne måde kan historien fortælles og budskabet formidles, så det 'pirrer' modtageren og dennes interesse for at høre om emnet. En modtager kan eksempelvis 'pirres' ved at bruge humor og overraskelser i formidlingen.

For at illustrere brugen af disse simple grundregler for formidling af et fagligt emne viste Anja Philip filmklip fra DR programmerne Store Nørd og Dr. Liberkind. Efterfølgende viste Anja Phillip et filmklip med hvordan man absolut ikke skal formidle en naturvidenskabelig problemstilling. Klippet handlede om Linné's nomenklatur over flora og fauna. I klippet var det meget tydeligt at afsender ikke tog udgangspunkt i modtager. Der var enighed i salen om at der blev talt ned til modtageren, at informationerne blev leveret så hurtigt, at der ikke var tid til at fordøje informationen, og at der blev brugt flere svære begreber.

Ved formidling er følgende grundregler vigtige:

- Glem alt om opbygning efter lærebogskapitler og fagopdeling – gå i stedet på tværs af emnet og byg det op på en måde, som er inte-

ressant og relevant for modtageren.

- Opbyg en trin-for-trin forståelse for emnet
- Udvælg det relevante for missionen om det som ønskes formidlet
- Giv modtageren forudsætningerne for det som ønskes formidlet. Hvad er det der skal læres, hvad skal det bruges til og hvorfor er det vigtigt?
- Brug de dumme spørgsmål og gerne de spørgsmål som modtager selv har, og eventuelt ikke tør at spørge om
- Undgå at opsætte barrierer – f.eks. ved brug af fagtermer og fremmedord
- Hav interesse for din modtager
- Elsk din historie. Kun ved selv at være passioneret for emnet kan du gøre modtager passioneret.

Den gode formidling indebærer at:

- Formidleren selv forstår det som skal formidles
- Formidleren bruger enkle midler
- Formidleren gør historien uindviklet
- Formidleren tester formidlingen på en person som ikke er inde i emnet
- Det stof som ønskes formidlet bliver bearbejdet af flere omgange for at tilpasse det modtagerens forudsætninger

Den menneskelige historie er vigtig i forbindelse med formidling. Vis mennesket bag formidleren med følelser, tanker og begejstring over emnet. Dette kombineret med emnets relevans for hverdagen, sikrer at budskabet kommer ud over rampen.

Seminarer ved DKDKs Årskursus

Under Årskurset 2010 blev der afholdt syv seminarer. Seminarreferaterne er hovedsagligt refereret af DKDK's tidligere og nuværende bestyrelsesmedlemmer og regionsrepræsentanter. Referaterne er efterfølgende redigeret af DKDK's sekretariat.

Seminar 1 - "Den juridiske spørgetime"

Dorthe Vennemose Buus, cand. Jur., Ph.d., juridisk fagkonsulent, Nationalt Videnscenter for Demens.

Deltagerne havde på forhånd haft mulighed for at indsende juridiske spørgsmål, som Dorthe Buus havde forberedt svar til. Seminaret bar præg af en ivrig spørgelyst. Spørgsmålene var meget forskellige og specifikke i forhold til konkrete problemstillinger, som seminarets deltagere stod over for, eller mødte i hverdagens arbejdssituationer.

Det er tankevækkende, at magtanvendelsesreglerne endnu kan give anledning til så mange spørgsmål og gråzoneområder, som det fortsat er tilfældet. Flytning uden samtykke, brugen af chip, alarmmåtter generalfuldmagt og værgemål var nogle af de emner, som blev berørt i løbet af de to timer, seminaret varede.

Dorthe Buus forklarede, at udgangspunktet i spørgsmål om brug af

magtanvendelsesreglerne er: Om borgeren har handleevnen i behold – og dermed har retten til selvbestemmelse, – eller om handleevnen er læderet i en sådan grad, at der er retslig grundlag for indgriben på grund af omsorgspligten.

Seminaret rundede også problemstillingen: Det juridiske tomrum en ægtefælles sættes i, i forbindelse med aflastning, når den demente ægtefælle nægter at blive aflastet. Det er en svær situation at håndtere, men det kan i disse situationer være nødvendigt, at ty til tvangsafloadning ud fra begrundelsen om, at borgeren ikke kan klare sig selv i hjemmet. I øvrigt blev det præciseret at generalfuldmagter ikke kan anvendes i forbindelse med aflastning, idet den aflastede borger skal give sit samtykke hertil. Dorthe Buus forklarede

at generalfuldmagter primært anvendes i forbindelse med en borgers økonomi og lignende forhold. Generalfuldmagter er anvendelige indtil borgeren protester, derefter træder lovgivningen om magtanvendelse i kraft.

Seminaret rundede også sagsbehandlingstiden for en magtanvendelsesag. Det opleves som urimelig lang tid fra en sag opstartes, til der er truffet beslutning om magtanvendelse. Seminardeltagerne drøftede om demenskoordinatorer, som fagpersoner, kan blive bedre til at reagere hurtigere, så egen sagsbehandling bliver mere effektiv. Ofte mangler dokumentation fra kommunens side. Plejepersonalet kan ligeledes blive bedre til at dokumentere skriftligt, når der er behov for magtanvendelse.

Seminar 2 – Strategi for kompetenceudvikling

Tina Jørgensen, chefkonsulent, Kommunernes Landsforening

Tina Jørgensen holdt et interessant seminar om strategi for kompetenceudvikling, herunder hvordan kompetenceudvikling skal målrettes? Graden af specialisering af fagpersonalet og til glæde for hvem? Samt hvilke personalegrupper der skal inddrages i en langsigtet strategi?

Kampen om kompetencer

I dag foregår der en kamp om kompetencer. Dette skyldes ikke mindst, at der med tiden er kommet en efterspørgsel på flere, og mere komplekse kliniske kompetencer. Endvidere er der en tendens til et øget fokus på hverdagsrehabilitering, samt sundhedsfremme- og forebyggelse. Disse faktorer indebærer at den skriftlige og mundtlige kommunikation og formidling er kommet i højsædet, samtidig med at der er et øget behov for koordinering.

Hvilken virkelighed skal vi kompetenceudvikle i?

Virkeligheden i dag er, at der er opgaver nok og der er en tendens til at

de bliver mere og mere komplekse. Endvidere er det ikke noget nyt, at riget i øjeblikket fattes penge. I denne forbindelse kom Tina Jørgensen også ind på, at de traditionelle organisationsformer er i opbrud, blandet andet i forhold til de funktionsbærende enheder og spørgsmålet om specialister kontra generalister. Sidst men ikke mindst kom Tina Jørgensen ind på problemstillingerne i forhold til nu og i fremtiden.

Hvad ved vi?

Alle kommuner har et tilbud om demensuddannelse og som det er nu, tilbydes medarbejdere på ældreområdet minimum 2 dages efteruddannelse. I forhold til uddannelsesstilbud, udvikler størstedelen af kommuner egne uddannelsesstilbud til fagpersonalet. Dog er der mange uddannelsesinstitutioner som udbyder forskellige former for efteruddannelse i demens, eksempelvis AMU-systemet, som udbyder forskellige forløb. I denne forbindelse nævnte Tina Jørgensen, at vi dermed sender en stor

andel af ressourcerne tilbage til staten.

Tina Jørgensen viste resultaterne fra en undersøgelse som var ganske overraskende. Undersøgelsens resultater påviste, at der for nyuddannede social- og sundhedshjælpere og nyuddannede social- og sundhedsassistenter var henholdsvis 67% og 92% der mente, at disse kun i nogen grad har de kompetencer, der matcher de opgaver som de skal varetages. Når der i stedet fokuseres på, hvor stor en andel af de nyuddannede som har brug for efteruddannelse er det for over 50% af social- og sundhedshjælperne samt 33% for social- og sundhedsassistenterne. Afslutningsvist påviste undersøgelsen, at når det kommer til de nyuddannedes faglige kompetencer, mener 67% at det primært er både faglige og personlige kompetencer, hvor det for 42% primært er de faglige hos social- og sundhedsassistenterne.

Seminar 3 – Trivselsfaktorer i plejeboligen

Karen Tannebæk, specialergoterapeut og demenskoordinator, Ballerup kommune



Demens medfører mentale svigt, som igen medfører at der stilles særlige krav til omgivelserne for at kunne leve et meningsfuldt liv med udfoldelsesmuligheder. Plejeboliger og udemiljøer må derfor indrettes, så der tages højde for de behov som beboere med demens har, herunder stimuli, genkendelighed og aktivitetsmuligheder.

- Hvordan skabes rammer for et godt liv?
- Hvilke faktorer har indvirkning på beboernes trivsel?
- Hvordan indrettes et demensvenligt miljø?
- Hvad er havens betydning, muligheder og udfordringer?

Dette var nogle spørgsmål som Karen Tannebæk kom ind på, i sit interessante seminar om trivselsfaktorer i plejeboligen.

En god model til at vurdere disse spørgsmål, er modellen for trivselsfaktorer. Modellen illustrerer den ældres trivsel, habitus samt faktorer som har indvirkning på trivslen. Disse faktorer er f.eks. pårørende, personale, ernæring og ikke mindst boligen.

I seminaret fokuseredes på en enkelt af de indvirkende faktorer på trivslen, nemlig plejeboliger.

Principperne for et demensvenligt boligmiljø, er blandt andet; mange ledetråde, stor synlighed, brug af kontrastfarver, rummenes funktion skal være tydelig, brug af piktogrammer, valg af farver, lys og reminiscens

Demens har stor indvirkning på de mentale funktioner, herunder personlighed, hukommelse, sansendeindtryk, sprog og praktiske færdigheder.

I seminaret talte Karen Tannebæk eksempelvis om aldringens betydning på synet. Ved aldring bliver synet bliver mere følsomt over for blænding, skarheden nedsættes og det bliver svært at skelne farver. For at illustrere dette udførte Karen Tannebæk en lille synsprøve med deltagerne. Deltagerne fik udleveret et gult plastikstykke, som skulle bruges som briller. Dette slørede teksten. Samtidig lagde Karen Tannebæk noget mørkt på en mørk stol. Dette var meget svært at se. Demonstrationen illustrerede hvorfor det er godt at bruge kontrastfarver i plejeboligen.

Et andet eksempel i forhold til synets betydning for trivslen er at sansbearbejdningen kan gå galt ved eksempelvis lakerede overflader, idet

disse flader kan medføre usikker gang, da det for beboeren kan opleves som værende vådt. Af andre beboervenlige ting at huske på er eksempelvis, at døre let kan åbnes og kørestolsbrugere kan se sig selv i spejlet m.m.

Karens Tannebæks viden og erfaringer bygger på Development Centre på Stirling University Scotland samt The Dementia Services Centre, hvor der anvendes ledetråde, synlighed og farver.

Dette center, som startede i 1989, har til formål at udbrede forståelsen af demens gennem forskning, uddannelse og konsulentbistand. Centret fokuserer på det ikke-medicinske og i 2002 åbnede centret Iris Mudoch Building, som er bygget, som et demensvenligt hus.

Det er muligt at leje sig ind i deres demensboliger og selv opleve et demensvenligt miljø. Det demensvenlige miljø fremmer den demente beboers sikkerhed, tryghed og tager hensyn til det handicap det er at leve med en manglende hukommelse og ændret sansbearbejdning. Dermed understøttes den demente beboers mulighed for at kunne klare sig selv bedst muligt.

Havens betydning for trivsel

Forskningsprojektet "Trivsel og boligform" ved Syddansk og Ålborg universitet dokumenterer, at udearealer udgør en af de vigtigste faktorer for beboernes trivsel både fysisk og psykisk.

Fysisk får beboerne dagslys og sollys som fremmer D-vitamin og søvnrhythme. Haven har endvidere en social funktion. Man kan tale med hinanden og lave aktiviteter, som er med til at fremme oplevelsen af selvbestemmelse og frihed.

En deltager spurgte, hvad Karen Tannebæk mener om, at Esehuset havde glas fra gulv til loft? Til dette svarede Karen Tannebæk, at hendes erfaring ikke er god, men at det kan være nok at sætte sprosser i glasset. Dog skal man være opmærksom på at brede sprosser kan give skygge.

Seminar 4 - Læring på baggrund af intervention - VISO-erfaring fra demensboliger

Marianne Engel, socialrådgiver og selvstændig konsulent, med i VISOs leverandørgruppe

Helle Thomsen, plejehjemsleder, Fuglesangsgård, Grenå

Marianne Engel orienterede derfor om, at den Nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation (VISO) blev dannet ved kommunesammenlægningerne, da specialafdelingerne forsvandt, og der opstod et behov for at samle viden, og give specialiseret viden videre. VISO vejleder i den menneskelige- og pædagogiske indsats.

Hvordan starter en sag?

Hvis en ældre medborger med problemadfærd ikke kan hjælpes, og personalet ikke kan løse opgaven i kommunen, kan plejehjemslederen, demenskonsulenten eller pårørende rette henvendelse til VISO. Det gøres på en blanket som findes: www.servicestyrelsen.dk/VISO. En central enhed i Servicestyrelsen vil efterfølgende ringe op og få uddybende spørgsmål besvaret, således at der kan udpeges en VISO-konsulent.

Leverandøren, som er en erfaren konsulent, vil tage kontakt til plejehjemmet. Der skal være accept fra borger og pårørende om, at VISO-konsulenten kommer på besøg. Plejehjemmet skal være indstillet på at processen tager tid og stille leder og personale til rådighed til møder. Konsulenten arrangerer et opstarts-

møde, hvor problemet afklares. Der udpeges tovholdere i hver vagt, således at eventuelle døgnrytmeforskelle kan afklares. Der laves klare aftaler, skrives referater. Frivillige og pårørende kan inddrages. Leverandøren har metodefrihed, således at vedkommende kan inddrage hvem der findes nødvendig. Hvis borgeren med problemadfærd ikke er udredt, sættes en udredning i gang. Er der problemer med medicin inddrages egen læge evt. gerontopsykiater. VISO-konsulenten udarbejder enten en rapport eller handleplan. Der kan også blive tale om, at konsulenten giver undervisning til personalet, hvis der er enighed om, at det er noget som mangler for at plejen kan blive bedre hos borgeren og dermed løse det overordnede problem. Marianne Engel pointerede, at det ikke er nogen skam og bede om hjælp. En deltager spurgte, om VISO kan gøre noget, hvis en borger ændrer adfærd pga. besparelser. Marianne Engel beskrev de vilkår VISO arbejder under. VISO kan komme med anbefalinger, men kan ikke påbyde, at en kommune retter sig efter anbefalingerne.

Plejehjemsleder Helle Thomsen har erfaring med at sende bud efter VISO. Helle anbefalede meget, at sen-

de bud efter VISO før alt går i hårdknude. En udefrakommende kan hjælpe personalet til, at opnå en fælles forståelse for problemadfærden, og til at man i fællesskab finder ud af, hvordan man arbejder hen imod delmål og mål. Helle Thomsen har erfaring med at dette har gjort at trivslen på plejecentret bedre, samtidig med at sygefraværet er blevet reduceret.

Personalet har fået hjælp til, hvordan de kan rumme beboere med problemadfærd. Pårørende som har haft vanskeligheder ved at indgå i livet på plejehjemmet, har fået hjælp til at forstå problemadfærden og dermed hjulpet borgeren til at få et bedre liv. Helle Thomsen beskrev meget indlevende hvilken forskel det gør at nogen udefra kommer og sætter ord på og beskriver muligheder for løsninger. Ofte skal der ikke så meget til. Eksempelvis fra en afdeling, med dårlig stemning og mobning. Konsulenten havde fundet nogle hatte, mobbeofret fik en stor fin hat på og dermed ny identitet. At der blev grinet, medvirkede til, at der blev skiftet fokus og stemningen blev meget bedre på afdelingen. Et glimrende eksempel på, at hjælp udefra kan skabe mere overskud og forbedre stemningen på plejehjemmet.



Seminar 5 - Voldsforebyggelse i plejen af ældre med demens

Anja Toft Bach, distriktsleder, Toftebo-centret, Herning

Undervisning - basal viden om voldsforebyggelse

Medarbejdere har brug for en kobling af teori og praksis. For at koblingen kan fungere ordentligt, er det vigtigt at medarbejdere først opnår en fælles definition af hvad vold egentlig er samt en fælles definitioner i selve forebyggelsen og håndteringen af volden. I denne forbindelse er åbenhed blandt personalet vigtig, da medarbejdere sammen skal finde ud af hvor grænserne går og finde en fællesnævner ved de forskellige borgere. Generelt er medarbejdere gode til at sætte grænser ved fysisk vold, men det forholder sig nogle gange anderledes, når det kommer til psykisk vold. I seminaret debatterede deltagerne det vigtige i, at have eller finde en fællesnævner, hvilket der var der meget delte meninger om. Anja Toft Bach forklarede, at den røde tråd i samarbejdet er, at den voldelige borger først mødes i hjemmeplejen. Dernæst af en demensfaglig person, som henviser til en demenskoordinator som kan indstille borgeren til en skærmet enhed. I den forbindelse anbefalede Anja Toft Bach, at pjecen "Vold Som Udtryksform" læses.

Anja Toft Bach forklarede, at neden-

stående punkter er væsentlige indsatsområder i voldsforebyggelse.

Undervisning:

Anja Toft Bach forklarede at undervisningen i voldsforebyggelse omfatter Durewall teknikker (nænsom nødværge), kollegial førstehjælp, viden om demens, pædagogiske kommunikative redskaber, kaptajn rollen samt Marte Meo.

Latent vold

Ved latent vold skal personalet være opmærksom på, om beboeren ændrer adfærd. Ved dette skal medarbejderen gå ind og handle på ændringen hos beboeren, og samtidig lave en risikovurdering af den ændrede adfærd. Kun fast personale kan gøre dette, da det kræver et dybere og mere indgående kendskab til den pågældende beboer. Det er i denne forbindelse meget vigtigt, at alle medarbejdere registrerer volden, så der kan laves en fælles forebyggende indsats i forhold til voldsproblemet. Der skal endvidere udarbejdes voldsforebyggende handleplaner

Handleplaner

Det er vigtigt, at udarbejde voldsforebyggende handleplaner. I handle-

planerne skal de konkrete handlinger beskrives udførligt. Eksempelvis hvordan den personlige pleje varetages ved den enkelte borger, så volden minimeres eller helt undgås. Det skal etableres et tværfagligt samarbejde, således at alle medarbejdere arbejder hen mod det samme mål – voldsforebyggelse.

Personalet

I forhold til personalet ved voldsforebyggelse, er det vigtigt at alle kender grænserne, og at medarbejderne har en viden om vold samt håndtering og forebyggelse af denne. Derfor skal der tilbydes supervision, psykolog samt at nyansatte og elever skærmes. I selve forebyggelsen er det endvidere vigtigt, at personalet ikke har for mange vagter i stræk, og at kontaktpersonale kan indkalde til møde med det samme, ved eventuelle hændelser.

Hjælpemidler

Hjælpemidler i voldsforebyggelse omfatter bl.a. loftslift, handsker, stålift, aktivitetstæppe, bælte, masterturner m.m. Alle hjælpemidler kan bruges til at rette borgerens fokus og opmærksomhed væk fra personalet, i situationer hvor chancen for vold ellers er stor.

Seminar 6 – Utilsigtede hændelser i den kommunale plejesektor

Mette Lundsby Jensen, cand.scient.san.publ, projektleder, Dansk Sundhedsinstitut

Siden 2004 har der været et lovkrav om, at utilsigtede hændelser skal registreres i sygehussektoren. Med lovændringen i 2010 udvidedes patientsikkerhedsordningen til, også at omfatte primærsektoren. I lovgivningen er en utilsigtet hændelse defineret som en begivenhed der:

- Forekommer i forbindelse med en behandling
- Ikke skyldes patientens sygdom
- Enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende

I seminaret kom Mette Lundsby Jensen ind på, at plejepersonalets opfattelse af utilsigtede hændelser er et uvant begreb, som er svært at definere. Ikke mindst når det kommer til grænsetilfælde. De utilsigtede hændelser kan opde-

les i en række kategorier:

- **Medicinering** - Medicindosering, medicinindtagelse samt dokumentation for medicinering
- **Samarbejde og sektorovergange** – Overgang mellem pleje- og hospitalsektor, kommunikation ved udskrivning eller indlæggelse, samarbejde med praktiserende læger og apotek.
- **Fald**
- **Tryksår og sårpleje** - Tryksår opfattes generelt ikke som utilsigtede hændelse, men uundgåelige komplikationer. Der kan dog være utilsigtede hændelser i forbindelse med sårplejeplaner, tryksårsmadrasser og lignende.
- **Hjælpemidler**
- **Andre hændelser** – Borgere der

vandrer, magtanvendelse samt øvrige hændelser, herunder borgere der spiser ikke-spiselige ting, gammel mad og lignende.

Årsager til utilsigtede hændelser

Der er flere årsager til, at de utilsigtede hændelser forekommer. Mette Lundsby Jensen kom blandt andet ind på tidspres og ressourcemangel, PDA'er og manglende fleksibilitet, samt problemer med de tekniske systemer. Endvidere er der i denne forbindelse også vigtigt, at tage højde for afbrydelser i arbejdet, samt skiftet fra papirjournaler til elektroniske systemer. I plejesektoren er der nogle særlige forhold, som gør sig gældende som årsag til en utilsigtet hændelse, herunder borgernes selvbestemmelsesret, arbejdet i borgers hjem samt de vante arbejds-

Barrierer for afrapportering af utilsigtede hændelser

Mette Lundsby Jensen forklarede, at der er en række barrierer i forhold til indrapporteringen af de utilsigtede hændelser. Herunder spørgsmålet om anonymitet, og den manglende ansvarsplacering i rapporteringen. Endvidere kan der være afsat manglende tid til en rapportering.

Mette Lundsby Jensen afrundede sit oplæg med at komme med en række anbefalinger:

- Dialog
- Bred tankegang – mere end medicinering
- Anonymitet og tillid
- Læringspotentiale
- Let og tilgængelig rapportering
- Uddannelse, oplæring og tid.



Seminar 7 – Demenskoordinatoren – mellem specialisten og håndværkeren

Line Folsgaard Petersen, udviklingskonsulent, Demensstaben, Århus kommune

Line Folsgaard Petersen indledte sit interessante oplæg med at fokusere på motivation. Motivation kan ifølge Line Folsgaard Petersen opdeles i to overordnede dele, herunder trivselsfaktorer (tilfredshed eller ikke-tilfredshed) samt motivationsfaktorer, som omfatter glæde eller manglen på samme. Endvidere er der henholdsvis ydre og indre motivationsfaktorer, som har stor betydning for den overordnede motivation. Line angav efterfølgende, at hendes personlige motivationsfaktorer omfatter behovet for at forstå og få viden, samt, at der ligger en væsentlig motivationskraft i hendes undren over ting.

Specialist i hverdagsliv

Hvad vil det sige at være specialist i hverdagsliv? Hverdagslivet er qua arbejdsopgaverne med ældre i det kommunale fokus.

Men hvad er hverdagsliv? Findes der en definition for dette begreb?

Til dette angav Line Folsgaard Petersen, at det valgte syn på hverdagslivet har betydning for de styrende faglige forestillinger om behov, samt indflydelse på den mere eller mindre formaliserede søgning efter viden om borgeren. I denne forbindelse er det vigtigt, at reflektere over om hverdagslivet er et fælles fagligt defineret begreb, samt vurdere, hvorvidt forestillingen om det gode liv er styret af egne faglige og personlige forestillinger, eller generel

faglig viden.

Betegnelsen Demenskoordinator

Er en Demenskoordinator en betegnelse på en stilling eller en uddannelse? Dette spørgsmål er relevant, når der i forhold til Demenskoordinatoruddannelsen findes forskellige uddannelsesindhold og omfanget af uddannelsesforløbet er forskellig. Desuden er der variation i lokale funktionsbeskrivelser. I denne forbindelse kom Line Folsgaard Petersen ind på, at Demenskoordinatorer ofte ganske upræcist angives at arbejde med rådgivning og vejledning, og dette er ifølge Line Folsgaard Petersen en meget upræcis betegnelse.

Kvalitetscirkler

Efterfølgende kom Line Folsgaard Petersen ind på kvalitetscirkler og brugen af disse. Hun konkretiserede brugen af disse ved at spørge, om der foreligger retningslinjer for, hvordan kolleger der har fået råd og vejledning skal melde tilbage? Efterfølgende spurgte hun, om der foreligger retningslinjer for, hvordan demenskonsulenter / demenskoordinatorer skal henvende sig til pårørende for at sikre sig, at vejledningen har dækket deres behov?

I oplægget kom Line Folsgaard Petersen endvidere ind på, hvorvidt den faglige koordination skal sikres gennem en organisering, eller om

der i stedet skal argumenteres for dette i selve stillingsbetegnelsen, for dermed at opnå en position i samarbejdet? Efterfølgende berørte Line Folsgaard Petersen spørgsmålet om brug af begrebsrammer mellem patienten og borgeren.

Line Folsgaard Petersen afsluttede sit oplæg med følgende bud:

- Ud med den bløde faglige italesættelse af trivsel og hjemlig hygge
- Ind med mere faglig italesættelse af hjerneskaden og de kognitive dysfunktioner
- Ind med lige så skarp faglighed og anvendte undersøgelsesredskaber vedr. funktionsnedsættelse
- Ind med begrebsliggørelse af hverdagslivet
- Ind med begrebsliggørelse af hjem og hjemlighed

Tilslut vil jeg udtrykke Lines Folsgaard Petersens budskab til demenskoordinatorerne i tre ord: Kvalitetssikring, metodestramhed og begrebsliggørelse.

Lundbeck Pharma - Satellitsymposium

Medicinsk behandling af Alzheimers sygdom

Steen Hasselbalch, overlæge, dr.med, Neurocenteret, Rigshospitalet

Steen Hasselbalch indledte seminaret med en voting pad-test om anti-dementiel behandling. Hermed var deltageres interesse for at blive opdaterede om den nyeste viden indenfor området vakt.

Steen Hasselbalch forklarede, at hvor det tidligere kun var muligt at tilbyde medicinsk behandling til patienter med Alzheimers sygdom i let og middelsvær fase, er det i dag muligt at behandle symptomer ved svær demens. Rigshospitalets Hukommelsesklinikk har opnået erfaring med, hvordan denne behandlingsform bedst udnyttes. Flere undersøgelser viser en fordel ved at starte behandling mod svær demens, mens patienten stadig er middelsvært dement. Patienten skal, i en periode på ca. 6 måneder, samtidig behandles med 2 forskellige anti-dementielle præparater. Efter nogle måneders kombinationsbehandling, trappes patienten ud af den oprindelige anti-dementielle behandling.

Ved en sådan form for behandling ses en bedring af MMSE i de første 6 måneder, efterfulgt af samme kurve for tilbagegang som ellers. Patienten får således en udskydning af symptomerne ad to omgange. Det er således stadig en bedring af symptomerne og patienten opnår ikke en ændring af sygdomsprocessen. Udenlandske undersøgelser har i det store og hele vist samme resultater.

Ulemper ved denne behandlingsform

Bivirkninger i forbindelse med opstart af behandling ved svær demens, er de samme som ved behandling ved let til middelsvær demens. For nogle patienter, kan det være svært, at forholde sig til flere præparater, ligesom det kan være uoverskueligt i seponeringsfasen, hvor patienten overgår til at blive behandlet med det nye præparat. Der er forøgede udgifter ved at skulle behandle med 2 præparater samtidig.

Steen Hasselbalch udleverede ikke power-pointslides. Disse kan rekvireres ved e-mail henvendelse til DKDKs sekretariat på info@demens-dk.dk.

Effekt af kommunal ergoterapi for ældre personer med demens og deres plejepersoner

Marjolein CE Thijssen, ergoterapeut, lektor, Radboud University, Nijmegen Medical Center

Marjolein Thijssen indledte sit oplæg med at forklare, hvilken betydning demens har for tab af henholdsvis uafhængighed og autonomi i de daglige aktiviteter, samt for deltagelse i sociale aktiviteter.

Formålet med ergoterapi ved demens er overordnet, at forbedre patienternes og plejepersoners:

- Daglige funktion. Denne kan bl.a. styrkes gennem aktiviteter som er meningsfyldte for patienten
- Evner til at håndtere konsekvenserne af demens
- Livskvalitet. Denne kan forbedres ved at arbejde med ting, som er meningsfyldte for patienten
- Forbedre plejepersonens kompetencer, generelt og i forhold til pleje af patienten
- Mindske belastning for plejepersonen

Ph.d. afhandlingen

Efter sin indledning gennemgik Marjolein Thijssen de to overordnede forskningsspørgsmål for den af Maud Graff udarbejdede ph.d. afhandling:

1. Er kommunal ergoterapi ved demens hos ældre og deres uformelle plejepersoner effektiv?
2. Er kommunal ergoterapi ved demens også omkostningseffektiv?

Til at besvare disse spørgsmål havde Marjolein Thijssen anvendt den såkaldte continuum-metode, som overordnet består af 5 på hinanden følgende faser (retningslinje, kvalitativt forsøg, pilotforsøg, forsøg med omkostningseffektivitet samt pilotforsøg og implementeringsforsøg).

Fase 1: Udvikling af retningslinje

Fase 1 bestod blandt andet af litteraturstudier, rådføring med eksperter samt konsensusrunder blandt deltagere i projektet. I fasen blev ergoterapien overvejet i henhold til retningslinjer og koncept, samt retningslinjer for kvalitet og gennemførlighed vurderet.

Fase 2: Kvalitativt forsøg

Fase 2 med kvalitative forsøg, fokuserede på metoder herunder triangulering af resultater. I forhold til patienten med demens og den daglige funktion, fokuseredes på patientens uafhængighed og autonomi, patientens glæde ved aktiviteter samt den generelle værdsættelse. I forhold til plejepersonen fokuseredes på kommunikation her-

under plejepersonens information om konsekvenser af demens, færdigheder i problemløsning samt plejepersonens følelse af kompetence.

Fase 3: Pilotforsøg

I fase 3 gennemførte Marjolein Thijssen et pilotforsøg, hvor hun førte protokol til vurdering af projektets gennemførlighed. Resultaterne af pilotforsøget viste den praktiske anvendelighedsvurdering. Vurderingen blev opbygget på baggrund af udsagn fra patienter med demens samt plejepersoner. Pilotforsøgets anden del fokuserede på de positive signifikante ændringer af centrale udfald af forsøget. Herunder den daglige funktionsevne hos patienter med demens samt følelsen af kompetence hos plejepersonen efter 10 ergoterapibesøg i hjemmet. Disse pilotforsøg viste markante forbedringer i færdigheder og følelsen af kompetence, samtidig med at patientens behov for hjælp faldt. Af sekundære udfald sås positive effekter i forhold til livskvalitet, humør og ikke mindst helbredsstatus.

Fase 4: Forsøg med omkostningseffektivitet

På baggrund af modellens 3 første faser, foretog Marjolein Thijssen et såkaldt definitivt randomiseret kontrolleret forsøg, hvilket var et forsøg om omkostningseffektiviteten af ergoterapi til demente patienter. Omkostningseffektiviteten viste sig at være meget positiv. Fokus på omkostning pr. patient og effekt af den vellykkede behandling viste, at der pr. vellykkede behandling var en besparelse på 1750 Euro pr. patient.

Fase 5: Pilotforsøg og implementeringsforsøg

I 5 fase, som inkluderede pilotforsøg og implementeringsforsøg, fortalte Marjolein Thijssen om Hr. og Fr. Marks. Casen havde til formål at give et eksempel på en ergoterapeutisk intervention.

Forsøget med Hr. og Fr. Marks startede med, at den praktiserende læge bad om intervention, hvorefter Marjolein Thijssen kom på banen. Til at starte med lærte Marjolein Thijssen familien Marks at kende, og forklarede Hr. og Fr. Marks om formålene med ergoterapien, samt om det kommunale program for ergoterapi ved demens. Til at illustrere interventionen og kommunal ergoterapi ved demens, viste Marjolein Thijssen symposiets deltagere en planche, som overordnet var opdelt i 2 grupper og målsætninger. Første gruppe bestod af en ældre med demens, plejepersonen samt ergoterapeuten. Disse personer skulle alle bidrage til fælles målsætninger. I den anden gruppe fandt intervention over for patient og for plejepersonen sted. De to grupper påvirkede gensidigt hinanden, og bidrog til målsætningerne. I interventionsfasen var det vigtigt, at egne strategier og muligheder blev anvendt, og at interventionen lagde vægt på kommunikation og oplevelse af sikkerhed hos patienten.

I den diagnostiske del af interventionen for Fr. Marks, blev lagt vægt på patientens egne forklaringer samt på information om livshistorie, interesse, vaner, behov og motivation. I denne fase anvendtes den fortællende interviewteknik (OPHI-II). Den diagnostiske fase omfattede også Hr. Marks, som blev spurgt om plejebelastning og motivation samt om andre aktiviteter og interesser.

Den diagnostiske del omfattede også ergoterapeuten. Ergoterapeuten skulle observere, hvordan to meningsfulde aktiviteter blev udført, samt indsamle information om miljøet. Endvidere skulle ergoterapeuten indsamle information om det sociale og det fysiske miljø, herunder familieforhold, bolig, kvarter m.v.

Efter den diagnostiske del blev målsætningerne for kommunal ergoterapi hos patienter med demens fastsat. I det konkrete tilfælde, formulerede Hr. og Fr. Marks en række målsætninger for ergoterapien. Fr. Marks ville kunne gå tur med hundene og deltage i sociale aktiviteter. Hr. Marks fokuserede overordnet på Fr. Marks velbefindende og hendes sikkerhed og ønskede, at Fr. Marks ville acceptere at få hjælp i forbindelse med sin demens.

Barrierer

Pilotforsøgene afslørede en række barrierer. I forhold til ergoterapeuterne viste pilotforsøget, at der var manglende implementeringsfærdigheder samt en manglende erfaring med at følge retningslinjer. Endvidere afslørede pilotforsøget, at ergoterapeuterne havde problemer med at overbevise læger og ledere om nyttigheden af en ergoterapeutisk intervention over for den demente patient. Dette skyldes bl.a., at læger og ledere manglede en viden om forsøgets effektivitet og var usikre på effektiviteten af den kommunale ergoterapis 10 besøg.

Marjolein Thijssen udarbejdede, som opsamling på pilotforsøgets resultater, understøttende strategier for ergoterapeuterne. Dette indebar udarbejdelse af implementationstræning, som blev efterfulgt af 2 dages seminarer i regionen. Seminarerne havde til formål at forklare metodologien og indholdet af implementeringen. Der blev udarbejdet et webbaseret system og -forum, som digitalt forklarede programmet for kommunal ergoterapi ved demens. Brugerne havde mulighed for at føre åbne diskussioner i det webbaserede forum. Sidst men ikke mindst blev der gennemført coaching-seancer, hvor kolleger, på baggrund af supervision, kunne forbedre ergoterapeuternes faglige færdigheder.

Vigtige aspekter omkring hukommelse og kommunikation hos patienter med Alzheimers sygdom

Judith Saxton, Ph.d., Professor i neurologi og psykiatri, University of Pittsburgh

Judith Saxton lagde ud med at gennemgå de kognitive-, funktionelle-, og adfærdsmæssige/symptomer på Alzheimers sygdom. Type af, og tidspunkter for, symptommanifestation varierer meget fra patient til patient. Efterfølgende viste Judith Saxton en interessant planche over sygdomsprogression for patienter med Alzheimers sygdom, startende med de milde symptomer til tabet af bevidsthed og behovet for fuldtidspleje over tid.

Hukommelse og sprog

Judith Saxton gennemgik efterfølgende, hvad henholdsvis hukommelse og sprog er. Hukommelse omfatter en række stadier (erhverve, indkode, lagre, genfinde og bedømme) og er konkret en indkodning, lagring og genfremkaldelse af verbal- og ikke verbal kommunikation. Dette omfatter blandt andet kort- og langtidshukommelse, fjernere erindringer, tilfældig genkaldelse samt episodisk kontra semantisk hukommelse. Sprog er derimod en indkodning/afkodning af en besked for at viderekommunikere tanker, ord eller symboler. Sprog optræder i forskellige former og sprog kan dermed være talt, forstået, skrevet, skildret og gestikuleret.

Teknikker som kan hjælpe patienter med Alzheimers sygdom og deres familie/plejepersoner med hukommelse og kommunikation:

- Sørg for at have patientens opmærksomhed
- Sørg for at have direkte front mod patienten og hold øjenkontakt
- Hold hovedet oppe så patienten kan mundaflæse
- Intonation, affekt og udtryk
- Håndfagter, berøring og ansigtsudtryk
- Gentag sætning ordret
- Giv rigelig tid til svar
- Ingen åbne spørgsmål
- Korte og enkle sætninger
- Foreslå mulige svar, hvis patienten går i stå

Farmakologisk behandling – sproglige deficits

Efterfølgende talte Judith Saxton om den farmakologiske behandling af sproglige deficits ved Alzheimers sygdom. Effekten ved behandling med donepezil blev gennemgået. Et forsøg har vist, at donepezil havde bedre effekt en placebo mht. ændring i SIB-score, samt at forsøgspersoner som er blevet behandlet med donepezil oplevede en forbedring i forhold til deres baseline-score for 5 ud af 9 kategorier (hukommelse, sprog, opmærksomhed, praksis samt orientering ved kald af navn).

Der findes inden publicerede specifikke studier af effekten af kolinesterasehæmmere på funktionel kommunikation.

Farmakologisk behandling af sproglige deficits ved Alzheimers sygdom

Et forsøg med memantin på kognition ved moderat til svær Alzheimers sygdom har påvist, at der er en signifikant fordel af behandling med memantin i henhold til den totale score for både ADAS-cog og SIB. En analyse af de enkelte punkter i ADAS-cog viste signifikant effekt af behandling mht. forståelse af kommandoer, praksis, orientering, samt forståelse og evne til at huske testinstruktioner. SIB-analyserne viste fordele i forbindelse med sprog, hukommelse, orientering, praksis og spatial-evne.

Behandlingseffekter af memantin på sprog hos patienter med moderat til svær Alzheimers sygdom

En post-hoc-analyse til vurdering af effekten af memantin på sproget hos patienter med moderat til svær Alzheimers sygdom har vist, at patienter med forbedringer i deres SIB-L-score oplevede en signifikant reduktion i de neuropsykiatriske symptomer og en forbedring i scorer for ADL og social interaktion. Derimod steg NPI-scoren hos patienter med forværring.

Opsummering – vigtige aspekter af hukommelse og kommunikation ved Alzheimers sygdom

- Hukommelsesmæssige og sproglige deficits er kernesymptomer ved Alzheimers sygdom
- Der er vigtige håndteringsteknikker, som kan hjælpe plejepersonerne
- Forskning i sproglig svækkelse ved Alzheimers sygdom har vist gavnlige effekter af behandling, især på besvær med benævnelse / ordfindning og, for behandling med Memantin, på funktionel kommunikation – patientens evne til at kommunikere med plejepersonen. Disse resultater er af praktisk relevans for personer med Alzheimers sygdom og deres familier.

På grund af tidsnød nåede Judith Saxton ikke at gennemgå alle slides fra sit oplæg. Den sidste del af dette referat er derfor baseret på en samskrivning af de slides, som ikke nåede at blive gennemgået.

Neuropsykologisk rehabilitering til patienter med demenssygdom

Laila Øksnebjerg, neuropsykolog, neurologisk afdeling, Glostrup Hospital

Oplægget blev indledt med spørgsmålet: Hjernetræning – har det effekt? Hovedparten af salen mente, ved hjælp af voting pads, at hjernetræning har en effekt.

De interventionsmetoder, der blandt andet bruges ved rehabilitering indenfor demensområdet, er realitetsorientering, kognitiv stimulation, kognitiv træning samt neuropsykologisk rehabilitering.

Laila Øksnebjerg har gennemført et pilotprojekt ved Demens- og Hukommelsesklinikken på Glostrup Hospital omhandlende neuropsykologisk rehabilitering til patienter med demenssygdom eller MCI. 7 udvalgte patienter og deres pårørende deltog. 4 patienter havde AD, 1 FTD (semantisk demens) og 2 MCI. Formålet med projektet var, ved hjælp af erfaringsdannelse og metodeudvikling, at undersøge, om denne form for rehabilitering kan tilbydes til borgere med demens. Herunder om denne form for rehabilitering har nogen effekt, hvilke redskaber er det hensigtsmæssigt at bruge, samt at undersøge om metoden er særlig velegnet til nogle grupper af patienter og pårørende.

Neuropsykologisk rehabiliteringsmetode er et samarbejde mellem patienten, pårørende og de professionelle. Målet for denne metode er, at styrke patientens ressourcer i hverdagslivet. Dette gøres blandt andet ved at udforme et individuelt træningsforløb for at opfylde en målsætning for rehabiliteringen. For at opnå målsætningen trænes funktioner i den sygdomsramtes hverdag, med inddragelse af den pårørende, som en støttende ressource. Hvert rehabiliteringsforløb foregår over 8 uger. Forløbet startes med en indledende samtale, hvor målet med rehabiliteringen og forløbet bliver formuleret, på baggrund af patientens kognitive profil, samt patientens og de pårørendes mestringsressourcer. Herefter følger en målsamtale, hvor der bliver udarbejdet en detaljeret planlægning af forløbet, samt instruktioner i forhold til metoder og redskaber i rehabiliteringen. Ved den efterfølgende midtvejsamtale foretages en eventuel justering af målene for rehabiliteringen. Ved den endelige evaluering af forløbet, gennemføres en afsluttende samtale, som fokuserer på en evaluering af hele rehabiliteringsforløbet. Ved samme lejlighed foretages en perspektivering med henblik på en videreførelse af patientens udbytte af rehabiliteringsforløbet. Endvidere evalueres det endelige resultat af rehabiliteringsforløbet. Laila Øksnebjerg fortalte i den forbindelse, at patient og de pårørende generelt havde fået et positivt udbytte af forløbet.

Laila Øksnebjerg gennemgik en række konkrete træningsforløb og resultaterne af disse. Eksempelvis fortalte Laila Øksnebjerg om Søren og Sonja, samt de positive resultater rehabiliteringsforløbet havde givet for disse personer i deres hverdag. Laila Øksnebjerg forklarede endvidere, at det kun var 7 borgere og deres pårørende der deltog i pilotprojektet. Der er på nuværende tidspunkt ikke nok evidens til at kunne udtale sig mere generelt om at træningsforløbet virker for alle borgere med demenssygdomme.

Perspektiver for neuropsykiatrisk rehabilitering inden for demensområdet

Den neuropsykologiske rehabiliteringsmetode til patienter med demenssygdom rummer en række positive aspekter for patienten, herunder:

- Metoden imødekommer ønsker fra patienter og pårørende om et aktivt liv
- Metoden imødekommer problemstillinger vedrørende overførselsværdi af rehabilitering
- Der er en effekt af kombinationen med anden behandling som f.eks. medicin og fysisk træning



Generalforsamling 2010

68 medlemmer deltog i DKDKs generalforsamling d. 9. september på Hotel Nyborg Strand.

Formand Ane Eckermann fremlagde bestyrelsens mundtlige beretning, der var et kort resume af den skriftlige beretning. Den omfattende skriftlige beretning var – som et nyt initiativ – lagt på DKDKs hjemmeside pr. 1. september, så alle medlemmer havde haft mulighed for at læse den inden generalforsamlingen. Beretningen kan læses på www.demens-dk.dk under punktet generalforsamling 2010. Forsamlingen havde en god drøftelse af beretning, og beretningen blev efterfølgende godkendt med applaus.

Regnskab blev godkendt, budget blev fremlagt, kontingent blev fastholdt, og der var ikke indkommet forslag fra medlemmer. Nyhedsbrevet blev drøftet. Forsamlingen enedes om, at der på førstkommende generalforsamling blive foreslået, at nyhedsbrevene pr. 15. september 2011 overgår til elektronisk udgivelse. Endelig vedtagelse af forslaget sker på generalforsamlingen d. 8. september 2011.

Ane Eckermann blev genvalgt som formand for DKDK for de kommende 2 år. Som nyt bestyrelsesmedlem blev Lone Vasegaard valgt. Love Vasegaard er kliniksyegeplejerske ved Hukommelsesklinikken på Odense Universitets Hospital. Som anden suppleant blev Birte Rønne, demenskonsulent i Esbjerg Kommune valgt. På det efterfølgende bestyrelsesmøde genvalgte bestyrelsen Gitte Kirkegaard som næstformand.

Bestyrelsen består af Ane Eckermann, Gitte Kirkegaard, Vibeke Schönwandt, Kirsten Ryssing, Lone Vasegaard og som suppleanter Kirsten Sejkrø-Szatkowski og Birte Rønne. Den nyvalgte bestyrelse præsenteres i næste nummer af DKDKs nyhedsbrev.

Referat fra generalforsamlingen og bestyrelsesliste kan ses på www.demens-dk.dk under punkterne generalforsamling

Regionsrepræsentanter 2010 – 2011.

DKDK har regionsrepræsentanter i alle regioner – i de fleste regioner flere end én regionsrepræsentant. Under Årsmødet holdt regionsrepræsentanter og bestyrelse det ene af årets to møder.

En liste over regionsrepræsentanter findes på www.demens-dk.dk under punktet regionsarbejde.

AktivitetsKalender 2010 - 2011

Næste DKDK nyhedsbrev udkommer ultimo december 2010

26. november 2010: Forskningskonference - Demensforskning anno 2010.
Fokus på frontallapperne. Nationalt Videnscenter for Demens

23. december 2010 - 3. januar 2011: Sekretariatet holder lukket

14. - 15. januar 2011: Bestyrelsesseminar

1. april 2011: Bestyrelsesmøde

27. maj 2010: Bestyrelsesmøde

7. - 9. september 2010: Årskursus, Hotel Nyborg Strand



Nyhedsbrevet udgives af DemensKoordinatorer i Danmark

Oplag: 565
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
Gitte Kirkegaard
Tlf. 21 74 84 11
ggk@sosu-syd.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
Vibeke Schönwandt
Kirsten Ryssing

Redaktion
Marianne Lundsgaard
Konsulent Martin Yhlén
my@demens-dk.dk