

Demens på den nationale dagsorden



Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen arbejder på fuldt tryk for at nå frem til målstregen ift. den ny demenshandleplan. Og det samme gør alle vi, som er inviteret med i arbejdet i både ministerielt og sundhedsstyrelsens regi. Som formand for DKDK er jeg udpeget til referencegruppen og til en af de seks arbejds-

grupper, den der omhandler organisering og samarbejde. De øvrige fem arbejdsgrupper har følgende overskrifter:

- Tidlig opsporing, udredning og farmakologisk behandling,
- Pleje og omsorg af mennesker med demens,
- Støtte, rådgivning og aflastning af patienter og pårørende,
- Kompetenceudvikling og viden om demens,
- Demensvenlige boliger, sygehuse og omgivelser.

Bestyrelsen formulerede på det årlige todages seminar i januar nogle opmærksomhedspunkter i relation til alle seks arbejdsgrupper, således at jeg er bedst og bredest muligt "klædt på" til drøftelserne. Det gør mig tryk, og jeg er stolt af at repræsentere DKDK. Jeg kan se, at flere medlemmer af DKDK repræsenterer deres ansættelsessted, så der er heldigvis stor fokus på demenskoordinatorens funktion og betydning.

På todags-seminaret drøftede vi også, at nogle kommuner ansætter specifikke pårørendekonsulenter, hvilket kan være hensigtsmæssigt i relation til pårørende til borgere med en række kroniske sygdomme. Men bestyrelsen har den holdning, at det - når det gælder familier, hvor én har en demensdiagnose, - er afgørende, at det er en de-

menskoordinator, der fungerer som pårørendekonsulent for familien samtidig med, at hun er kontaktperson og koordinator i familiens forløb. Pårørende til demenssyge har behov for en række fagspecifikke kompetencer, som ikke kan løftes af alle. Det har jeg gjort skriftligt opmærksom på til arbejdet med den nye demenshandlingsplan og ser frem til, at det slås fast, at det er demenskoordinatorens opgave at bistå disse familier.

Vores plads i den kommunale struktur og vores samarbejdspartnere

Dette nyhedsbrev blev planlagt med det overordnede tema: "Demenskoordinatorer og vores øvrige samarbejdspartnere". Det er ikke lykkedes at få artikler fra alle samarbejdspartnere, men du kan i Nyhedsbrevet bl.a. læse artikler fra formanden for de, der foretager forebyggende hjemmebesøg og om den nye lov på dette område, om socialpædagogernes arbejde på demensområdet, om demens på de kommunale hjemmesider, om nyt fra enheden Ældre og demens i Sundhedsstyrelsen, en artikel om samtaltens betydning for demenskoordinatorens autorisation og meget mere.

Bestyrelsen har taget initiativ til, at vi vil indeksere artikler fra de seneste fem års nyhedsbreve. Det betyder, at i løbet af ganske få måneder kan søge på artiklerne ift. særlige søgeord. Et stort og omfattende arbejde, som sekretariatet er i gang med, og som vi håber, I vil tage godt imod og bruge. Vi har gennem årene bragt så mange gode artikler, at de ikke bare skal gå i glemmebogen. Vi arbejder sideløbende på, at DKDK kommer på facebook.

Vores funktion

Funktionen som demenskoordinator / demenskonsulent har mange facetter. Funktionen kræver faglig viden om demens, viden om lovgivning på området, viden om kommunens serviceniveau og tilbud, viden om pædagogik og kommunikation, viden og erfaring i forhold til stimuli- og kravstilpas-

ning m.m. Vi er ansat i 98 kommuner, og ikke en af disse ligner de 97 andre. Det er i hvert fald det indtryk, jeg har. Serviceniveauet til borgerne er forskelligt, vores funktionsvilkår varierer og vores organisatoriske indplacering ser også ofte forskellig ud – selv i nabokommuner.

Marselisborg Center for udvikling, kompetence og viden er ved at udarbejde et inspirationskatalog til kommunernes demensindsats. I den anledning har alle medlemmer af DKDK modtaget et spørgeskema. Jeg håber, mange af jer vil besvare spørgeskemaet. Fra en nylig pilotundersøgelse blandt bestyrelsens medlemmer og regionsrepræsentanter ved vi, hvor forskellige vilkår vi som demenskoordinatorer har for at varetage vores opgaver. Det gælder både antal timer, der er til rådighed, organisatorisk placering og vægning af de forskellige opgaver. Denne forskellighed vil altid være der, men det er godt at få tal og ord på, hvad I oplever som væsentlige udfordringer.

Jeg har netop hørt, at KL også i disse uger er i gang med en større undersøgelse af den kommunale demensindsats – så demens er ikke bare på den nationale dagsorden, men så sandelig også på den kommunale.

Med venlig hilsen
Lone Vasegaard

INDHOLD:

Leder	1
Enhed for ældre og demens i Sundhedsstyrelsen	2
Er demenskoordinator til at finde på hjemmeside?	5
Samtalens betydning for autorisation	8
Procesvejledning som supplement...	11
Socialpædagogers faglighed øger livskvalitet	12
Forebyggende hjemmebesøg og tidlig opsporing	15
Nye regler på arbejdsmarkedet og alvorlig ...	17
Aktivitetsskalender	20

Enhed for Ældre og demens i Sundhedsstyrelsen – hvem er vi og hvad laver vi?

Mads Biering la Cour, Enhedschef for Ældre og demens i Sundhedsstyrelsen

Foto: © Anders Hviid



Der bliver flere ældre i fremtiden – antallet af personer over 75 år vil være mere end fordoblet i år 2050 i forhold til antallet i dag. De ældre vil fremover udgøre en mere differentieret gruppe.

Mange af fremtidens ældre forventes at være ressourcestærke på en lang række områder: Et godt helbred, et godt socialt netværk, et aktivt fritidsliv og en god økonomi. De vil have flere ressourcer til at tage ansvar for deres eget liv og klare sig selv, også i de sene år af livet. Men der vil også være en gruppe af ældre med omfattende og komplekse plejebenhov eller med få

eller ingen ressourcer til at klare sig uden hjælp. Det er det billede Hjemmehjælpskommissionen tegnede i 2013 i rapporten "Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats".

Den stadig læseværdige rapport fremhæver forskellige grunde til udviklingen, herunder forventningen om en stor stigning i antallet af borgere med demens og kroniske lidelser samt en tendens til stigende ulighed i sundhed. Forandringerne stiller store krav til alle aktører på ældreområdet om at gå nye veje, udvikle nye fremgangsmåder og forbedre samarbejdet for at få en velfungerende ældrepleje. Herunder sikre samarbejde mellem de sundhedsfaglige og socialfaglige indsatser i den enkelte kommune og mellem kommunen, regionen og almen praksis.

Et nye samlet Sundheds- og Ældreministerium

Efter folketingsvalget i juni 2015 oprettede regeringen et Sundheds- og Æl-

dreministerium for at skabe rammerne om mere sammenhængende indsatser på bl.a. forebyggelses-, rehabiliterings- og demensområdet. Ressortansvaret for ældreområdet, herunder tilbud om personlig pleje og praktisk hjælp, forebyggelse, rehabilitering og genoptræning, blev flyttet fra Social- og Indenrigsministeriet til Sundheds- og Ældreministeriet. På styrelsesniveau betød den nye ressortfordeling, at fagkontoret Ældre og Demens blev flyttet fra Socialstyrelsen til Sundhedsstyrelsen sidste efterår og etableret som en ny enhed for Ældre og demens.

Jeg har fornøjelsen af at være enhedschef for Ældre og Demens i Sundhedsstyrelsen, og er blevet bedt om at beskrive til nyhedsbrevet, hvad vi arbejder med i vores enhed. Vi er en enhed på ca. 20 medarbejdere og vores hovedformål er at skabe viden og bidrage til at udvikle og styrke socialfaglige indsatser på ældreområdet. Vi arbejder projektorienteret og tværfagligt i tæt samarbejde med Sundhedsstyrelsens øvrige enheder. Centrale arbejdsområder er blandt andet forebyggelse, rehabilitering, demens og den ældres livskvalitet og selvbestemmelse. Fokus for indsatserne er oftest ældre borgere, der har behov for pleje eller praktisk hjælp fra f.eks. den kommunale hjemmehjælp og i plejeboliger under lov om social service. Det daglige arbejde er ligeledes præget af samspillet med departementet i Sundheds- og Ældreministeriet, kommuner, faglige miljøer, interesseorganisationer og patientforeninger.

Det differentierede ældrebillede, som jeg skitserede i indledningen, sætter rammen for mange af vores indsatser og projekter. Kommunerne er allerede i fuld gang med at indrette indsatserne på ældreområdet, så de tager afsæt i forandringerne på ældreområdet. Det gælder eksempelvis på hjemmehjælpsområdet, hvor der sker et paradigmeskifte i disse år – et skift fra at gøre noget *for* borgeren til at have fokus på at forebygge og hjælpe til selvhjælp og rehabilitering. Fælles for de områder vi beskæftiger os med i enhed for Ældre og Demens er, at de understøtter kommunernes udvikling

af indsatserne til ældre gennem frembringelse af viden og metoder samt kompetenceudvikling til kommunerne. Nedenfor giver jeg eksempler på projekter, som vi arbejder med inden for forebyggelse, demens og rehabilitering.

Forebyggelse af funktionsevnetab hos ældre

Vores arbejde med forebyggelse på ældreområdet har som mål, at ældre mennesker kan bevare deres sundhed, trivsel og funktionsevne og leve et selvstændigt og meningsfuldt liv længst muligt. Det er temaet for den Håndbog om forebyggelse på ældreområdet, som vi i Sundhedsstyrelsen udgav efteråret 2015. Ældre borgeres sundhed, trivsel og funktionsevne er et fælles anliggende for den enkelte, de pårørende, kommuner, regioner og stat. Den enkelte ældre har ansvar for eget liv og for de valg og handlinger, som bidrager til at skabe sundhed og trivsel. Kommunerne har ansvar for at sikre sunde rammer og tilbud lokalt, der fremmer sundhed og trivsel og forebygger sygdom og funktionsevnetab. Håndbogen skal bidrage til, at kommunernes arbejde med forebyggelse på ældreområdet kan udføres med høj faglig kvalitet og så effektivt som muligt. Håndbogen retter fokus på seks temaer: Fysisk aktivitet, fald, ernæring, alkohol, ensomhed og social isolation og selvmordsadfærd. Den henvender sig til kommunale ledere og konsulenter med ansvar for forebyggende initiativer på ældreområdet og kommunale medarbejdere i kontakt med ældre borgere. Indsatserne er målrettet borgere over 65 år, som klarer sig selv i hverdagen, men er i risiko for nedsættelse af funktionsevnen. For at inspirere kommunerne til at benytte håndbogen gennemfører vi temadage for medarbejdere og ledere i ca. 35 kommuner i løbet af 2016.

Demens

Godt 80.000 mennesker lever med en demenssygdom i Danmark. Hjemmehjælpskommissionen anslår, at antallet af mennesker med demens vil være fordoblet omkring år 2035. Demens har alvorlige konsekvenser for den demente selv og dennes pårørende, og det stigende antal mennesker med demens skal fremadrettet kunne få kvalificeret pleje og omsorg, bo i

en egnet bolig og blive udredt i rette tid. Derfor indgik satspuljepartierne i oktober 2015 en aftale om at afsætte 470 mio. kr. i perioden 2016-2019 til en national handlingsplan for demens, der skal række frem til 2025. Handlingsplanen forventes blandt andet at behandle temaer som tidlig opsporing og bedre udredning, støtte og rådgivning for pårørende til demente, demensegnede boliger og kompetenceudvikling af personale og forskning på området. Vi udarbejder derfor lige nu et fagligt bidrag til handlingsplanen, hvor en lang række eksperter og organisationer på demensområdet involveres. Det er et enormt spændende arbejde, som vi håber, kan bidrage til en væsentlig styrket demensindsats i Danmark.

Et andet stort initiativ vi arbejder med, er det såkaldte demensrejsehold. I Ældrekommissionens rapport "Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem fra 2013" estimeres det, at op til to tredjedele af beboerne i plejehjem har en eller anden form for demens. Det stiller særlige krav til lederne og medarbejderne om at skabe en hverdag på plejehjemmene, hvor beboer-



nes behov og livskvalitet er i centrum. I Demensrejseholdsprojektet afprøver vi en ny fremgangsmåde til kvalificering af plejen af beboere med demens på plejecentre. Et rejsehold med fagspecialister tager ud i landet og starter kompetence- og organisationsudviklingsforløb på ca. 45 plejecentre fordelt på 10-15 kommuner. Demensrejseholdet gennemfører sammen med det enkelte plejecenter læringsforløb på 16-20 uger, der indledes med en fælles afklaring af de lokale behov og problemer, hvorefter der gennemføres målrettet og praksisnær kompetenceudviklingen. I forløbet arbejdes der fokuseret med at sikre, at de opnåede erfaringer og den nye forbedrede praksis er blivende i de medvirkende kommuner, efter at rejseholdet tager videre.

Rehabilitering på ældreområdet

Mange ældre oplever tab af funktionsevne, enten gradvist over en længere periode eller pludseligt som følge af akut opstået sygdom. Konsekvenserne for den enkelte ældre kan være forringet livskvalitet og afhængighed af hjælp. Veltilrettelagte rehabiliteringsforløb kan i mange tilfælde hjælpe den ældre til at genvinde sin funktionsevne og klare sig selv.

Vi er netop ved at lægge sidste hånd på "Håndbog i rehabiliteringsforløb på ældreområdet efter lov om social service", der offentliggøres i midten af marts. Med den sætter vi fokus på at understøtte kommunerne i at tilrettelægge koordinerede og helhedsorienterede rehabiliteringsforløb, der tager udgangspunkt i borgerens mål og motivation. Håndbogen præsenterer en model for rehabiliteringsforløb og viden om redskaber til udredning, målsætning i samarbejde med borgeren, tværfagligt samarbejde, indsatser i rehabiliteringsforløb og implementering. Håndbogen henvender sig til kommunale ledere og konsulenter med ansvar for rehabiliteringsforløb og medarbejdere, som udfører rehabiliteringen. Håndbogens indsatser er målrettet ældre over 65 år, der har ret til et rehabiliteringsforløb efter § 83 a i Lov om social service. I forlængelse af håndbogens offentliggørelse tilbyder vi kompetenceudvikling i håndbogens temaer for kommunale nøglepersoner og støtte til videreudvikling af rehabiliteringsforløb til en række kommuner.

Ny ressortfordeling – nye muligheder

Med overflytningen til Sundhedsstyrelsen har vi som enheden fået andre og nye muligheder for at tænke det socialfaglige og sundhedsfaglige perspektiv sammen og understøtte sammenhængende og sømløse forløb for den ældre borger. Stigende diversitet og kompleksitet i ældregruppen, og stadig kortere indlæggelsestider og øget ambulant behandling, stiller nye krav til tæt koordination og videndeling mellem f.eks. hjemmeplejen, plejeboligen, hjemmesygeplejen, praksis sektoren og sygehusene. Øget samarbejde og koordination kan således medvirke til, at borgerne oplever bedre og mere effektfulde og sammenhængende forløb.

Vi oplever det konkret i forhold til demensindsatser. Før ressortændringen var ansvaret for demensområdet delt mellem Social – og Indenrigsministeriet og Sundhedsministeriet og tilhørende styrelser. Nu er ansvaret placeret på et ministerområde, hvilket gør det lettere for os at udforme ét samlet fagligt bidrag til den kommende demenshandlingsplan, hvor man fra starten af sammentænker f.eks. det socialfaglige perspektiv på pleje og omsorg, og det sundhedsfaglige perspektiv på udredning og behandling.

Vi er dog fortsat i begyndelsen af vores rejse med at afdække alle de muligheder der opstår ved at sammentænke de sociale og de sundhedsfaglige opgaver og perspektiver. Vores håb er, at arbejdet kan bidrage til både nye løsninger og et forbedret samarbejdet, der kan give bedre redskaber og rammer for kommunernes og regionernes arbejde - og mærkbar bedre kvalitet og selvbestemmelse for de ældre borgere, som det hele handler om.

Læs mere om Sundhedsstyrelsens indsatser på ældreområdet på hjemmesiden www.sundhedsstyrelsen.dk eller [klik her](#).

Er demenskoordinatoren og demenstilbud til at finde på kommunens hjemmeside?

Jeannette Frandsen, administrativ medarbejder, DANSKE ÆLDRE RÅD

DANSKE ÆLDRE RÅD har i samarbejde med ÆldreForum udarbejdet en undersøgelse om brugervenligheden af de kommunale hjemmesider og de digitale selvbetjeningsløsninger for ældre borgere. Undersøgelsen viser, at ældre borgere har svært ved at finde relevant information på offentlige hjemmesider. I en national rapport er det bl.a. undersøgt, om borgerne kan finde oplysninger om kommunernes demens-tilbud og kontaktoplysning til den lokale demenskoordinator.

I undersøgelsen vurderede medlemmer af folkevalgte ældreråd brugervenligheden for seks temaer på deres kommunes hjemmeside på områder med særlig relation til ældreområdet, her iblandt demensområdet.

Overordnet blev Digital Post vurderet som mest brugervenligt, mens temaet plejehjem og kommunale tillæg/tilskud som værende mindst brugervenligt. Det største generelle problem, deltagerne oplevede, var at finde de efterspurgte informationer på kommunens hjemmeside eller via søgefunktionen. Andre oplevede problemer med skriften, der gjorde det svært at læse, eller de havde vanskeligheder ved at forstå sproget.

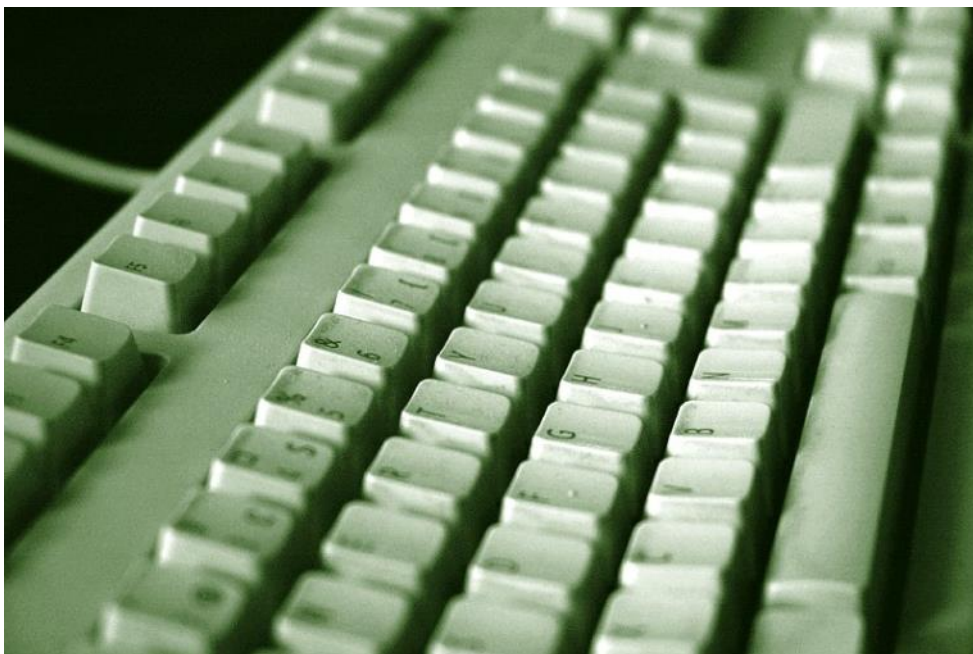


Foto: © www.foto-arkiv.dk og Jørgen Lauritsen

I forbindelse med brugervenligheden var resultaterne bl.a.:

- Teknik: 81% oplevede ingen tekniske problemer under deres besøg på kommunens hjemmeside
- Synlighed af kontaktoplysninger: 82% kunne finde kontaktoplysninger
- Søgefunktion: Af dem som fandt og anvendte søgefunktionen fik 80% brugbare resultater. I de fleste tilfælde skete det dog med besvær.

Undersøgelsens resultater for demensområdet

Deltagerne vurderede brugervenligheden for seks temaer på deres kommunes hjemmeside: Demens, plejehjem, forebyggende hjemmebesøg, hjemmehjælp, kommunale tillæg/tilskud og Digital Post.

Deltagerne besvarede spørgsmål som: Var det let at finde konkrete oplysninger på kommunens hjemmeside? Var sproget let at forstå? Var skriften let at læse? Gav søgefunktionen brugbare resultater? Og var der tekniske problemer?

Flere og flere familier bliver berørt af demens. Sygdommen er meget belastende, og det er derfor særlig vigtigt, at borgere let kan finde og forstå oplysninger om kommunernes tilbud og kontaktoplysning til den lokale demenskoordinator.

Oplysninger

Når det kommer til at finde oplysninger om kommunens tilbud til borgere med demens og til deres pårørende, lykkedes det for 78-80 pct. af deltagerne. Men det var ikke altid lige let: Under halvdelen (43 pct.) fandt oplysning-

ger meget let, mens næsten hver femte (18 pct.) enten kun med besvær eller slet ikke fandt oplysninger.

De fleste (83 pct.) fandt kontaktoplysninger til en medarbejder med viden om demens. Men en kommentar fra en deltager illustrerer, at det halter i nogle kommuner: *"Det lykkedes aldrig at finde kontaktoplysninger på demenskoordinatoren - eller omtale af hende - på trods af, at jeg ved, at hun findes."*

Søgefunktion

De fleste (83 pct.), som benyttede søgefunktionen, fik brugbare resultater. Men det var ikke altid uden problemer: En tredjedel (39 pct.) fandt meget let oplysningerne via søgefunktionen, mens over halvdelen (53 pct.) løb ind i større eller mindre problemer. En deltager beskrev problemet således: *"Skriv demens i søgefeltet, og der kommer kun et resultat: Hjælpemidler."*

Sprog

Halvdelen af deltagerne (50 pct.) havde meget let ved at forstå sproget. 43 pct. fandt det nogenlunde let at forstå, og 3 pct. havde svært ved det. En kommentar: *"Kancellisprog."*

Det er værd at overveje, om borgere, som kun i nogen grad forstår sproget, er helt klar over, hvad oplysningerne betyder for dem? Eller om de ringer til kommunen, fordi de er i tvivl? Eller efterlades uden den hjælp og støtte fra kommunen, som de har behov for og krav på?

Undersøgelsen viser, at der er plads til forbedring af hjemmesidernes oplysning på demensområdet. Deltagerne kom med følgende forslag til forbedring:

- Demenskonsulentens/demenskoordinatorens træffetider, tlf. nr. og mailadresse bør stå som det første på siden, der omhandler demens.
- Placer kontaktoplysninger et sted på hjemmesiden, hvor de ikke forsvinder – og glemmes – når borgerne stille og roligt "cruiser" sig frem til den ønskede viden.
- Opret en side specielt om demens.
- Udarbejd god folder til pårørende til personer med demenssygdom.



Foto: © www.foto-arkiv.dk og Hans-Henrik Toft "Æbletræet i blomst"

Undersøgelsens resultater overvurderer formodentlig brugervenligheden på de kommunale hjemmesider. Deltagernes større interneterfaring og kendskab til kommunernes sprogbrug kan betyde, at de problemer ældre oplever, når de søger information på kommunernes hjemmesider eller skal udfylde digitale blanketter, i virkeligheden er større end deltageres.

Skal digitaliseringen spare de ressourcer, som kommunerne har budgetteret med, skal borgerne være sikre på, hvilke oplysninger der f.eks. efterspørges i en blanket. Forkert eller mangelfuldt udfyldte blanketter er dyre for kommunerne, og kan for borgerne i værste fald medføre afslag eller lavere ydelse m.m.

DANSKE ÆLDRE RÅD's formand, Bent Aa. Rasmussen udtaler om undersøgelsen: *"Undersøgelsen bør afgjort give anledning til selvransagelse i kommunerne. For det er vigtigt at være opmærksom på, at ældrerådsmedlemmer jo har et forspring frem for mange andre ældre - både med hensyn til it-kompetencer, kommunalt fagsprog og indsigt i deres egen kommunes tilbud til ældre. Derfor har de også klaret sig bedre, end ældre generelt kan forventes at gøre."*

Undersøgelsens lokale og nationale resultater fremgår af en lokal og en national rapport. Hver ældrerådsformand har modtaget "sin" lokale rapport. Demenskoordinatorerne opfordres til at gå dialog med deres lokale ældreråd om, hvordan området kan blive bedre.

Hvorfor en undersøgelse?

I disse år udruller regeringen, KL og Danske regioner en fælles, overordnet digitaliseringsplan for det offentlige kommunikation med borgerne. Planen medfører, at den enkelte borger i stigende grad må betjene sig selv, når han eller hun vil "tale" med offentlige myndigheder. Borgerne skal gøre brug af myndighedernes digitale selvbetjeningsløsninger via de kommunale hjemmesider og Borger.dk frem for personlig henvendelse. Borgerne forventes også selv at finde information om ydelser og tilbud på kommunens hjemmeside. Der er med andre ord indført digital selvbetjening på områder af meget vital betydning for borgernes hverdag og trivsel.

Denne forandring stiller høje krav til kvaliteten af den digitale kommunikation med borgerne: Brugervenlige hjemmesider, forståelige oplysninger og de digitale selvbetjeningsløsninger skal fungere uden nævneværdige problemer. Lever kommunikationen ikke op til disse forventninger, undergraver det retssikkerheden, skaber ulighed og desuden både modvilje og utilfredshed hos borgerne. Hvis borgerne ikke tager de digitale løsninger til sig, høster kommuner og andre offentlige myndigheder ikke de økonomiske gevinster af selvbetjeningsløsningerne, der som led i den fælles offentlige digitaliseringsstrategi allerede er indregnet i de økonomiske rammer.

DANSKE ÆLDRERÅD og ÆldreForum satte sig derfor for at undersøge, hvilke problemstillinger ældre borgere kan opleve med selvbetjeningen via de offentlige hjemmesider, og hvordan de i øvrigt forholder sig til den nye form for kommunikation med det offentlige.

I samarbejde med University College Lillebælt, blev der udarbejdet to spørgeskemaer, der hver især spørger ind til søgning af information på kommunens hjemmeside samt spørgsmål om digitale ansøgninger.

De lovpligtige kommunale ældreråd er oprettet som ældre borgeres øjne, ører og talerør og fungerer som en væsentlig lokal samarbejdspartner og et vigtigt bindeled mellem den enkelte kommunes ældre borgere, politikere og forvaltning. Ældrerådene blev derfor udvalgt til at afprøve og vurdere deres respektive kommuners hjemmesider på områder med særlig relation til ældre borgere.

Hvem bliver Årets DemensKoordinator 2016?

Du kan være med til at indstille en eller flere kollega(er) til Årets Demenskoordinator. Alle, der er medlem af DKDK, kan indstilles. Skriv et kort resumé med begrundelse for valget. Det kan f.eks. være en ildsjæl, der har ydet en indsats inden for kompetenceudvikling, supervision eller indenfor en af marginalgrupperne på demensområdet.

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

Indstillingen skal være modtaget senest fredag d. 6. august 2016. Prisen uddeles på DKDK's Årskursus d. 14. september 2016.

[Læs mere på DKDK's hjemmeside, klik her.](#)

Samtalens Betydning for Demenskoordinatorens Autorisation

Michael Stig Ørbech, konsulent og partner i Copenhagen Leadership



En demenskoordinator har brug for at være autoriseret i sin rolle for at kunne præstere det der forventes og for at trives i sit arbejdsliv. Autorisation er et begreb, der benyttes inden for organisationspsykologien og handler om, at man er givet retten til at stå for noget i organisationen, herunder tage beslutninger, der påvirker andre (1). En fuldt ud autoriseret person er autoriseret på flere måder, hvor vi kan tale om, at personen er autoriseret ovenfra, fra siden samt indefra.

At blive autoriseret ovenfra betyder, at ens ledelse tydeligt har delegeret, og i dagligdagen støtter op om, at man varetager et ansvarsområde. At blive autoriseret fra siden handler derimod om, at ens kolleger, samt borgerne og deres pårørende, anerkender og støtter op om ens faglige viden og koordinering på demensområdet. Sidst men ikke mindst handler det at være autoriseret indefra om, at man har tilstrækkelig selvtillid og selvværd til at føle sig kompetent i rollen som demenskoordinator.

I de sidste 15 år har jeg bl.a. trænet demenskoordinatorer i samtaleteknik. Det er min oplevelse, at mange demenskoordinatorer ikke er tilstrækkeligt autoriserede. Det kan handle om en uklar autorisation ovenfra i form af manglende klarhed om rollefordelingen mellem ledelsen og demenskoordinatoren. Det kan også handle om, at plejepersonalet ikke autoriserer demenskoordinatoren som den kompetente fagperson på demensområdet, og dermed en manglende autorisation fra siden. Sidstnævnte kan bl.a. ske, når det personale, man skal rådgive og koordinere indsats for, er ens gamle kolleger. Så kan man få den situation, der hedder "den forfremmede søskende"-problematik (2), hvor misundelsen over, at koordinatoren er blevet forfremmet kan komme til udtryk gennem passiv modstand og indirekte kritik. Jeg har også mødt demenskoordinatorer, som er fanget i en kombination af "søskendeproblematikken" med en samtidig uklar rollefordeling mellem ledelsen og koordinatoren.

Konsekvensen er til at tage og føle på, idet en sådan situation naturligt vil påvirke koordinatorens indre autorisation. Man bliver i tvivl om sig selv, sin rolle og sin retning. Dette indre pres kan føre til stress og manglende trivsel, som kan udvikle sig til depression. Resultatet kan blive sygemelding, og organisationen risikerer dermed at miste en værdifuld og betroet medarbejder. Ofte vil man pege på demenskoordinatoren som problemet, men i virkeligheden er det også systemet, der har fejlet. Den pågældende demenskoordinator er nemlig ikke blevet tilstrækkeligt autoriseret i organisationen.

Så hvordan bliver man autoriseret i organisationen? Udover at en demenskoordinator selvfølgelig kan sikre forventningsafstemninger opadtil til ledelsen og til siden med plejepersonale samt med borgerne og deres pårørende, så er min erfaring, at det er gennem de almindelige daglige samtaler, at den reelle autorisation finder sted – eller ikke finder sted. Dagligdagens samtaler foregår både en-til-en men også på de møder, som demenskoordinatoren enten er mødeleder for eller deltager i. I de samtaler udspiller demenskoordinatoren sin rolle gennem tre sammenhængende men forskellige positioner:

(1) Kilde: Psykodynamisk organisationspsykologi, bind I af Torben Heinskov og Steen Visholm, 2004, Hans Reitzels Forlag.

8 (2) Kilde: Psykodynamisk organisationspsykologi, bind II af Torben Heinskov og Steen Visholm, 2011, Hans Reitzels Forlag.

- Som beslutningstager
- Som rådgiver
- Som kommunikator og facilitator

Demenskoordinatoren som beslutningstager og rådgiver handler begge om det *indholdsmæssige* dvs. alt det demensfaglige såsom kommunikation og interaktion med den demente, håndtering af udfordrende adfærd, palliativ omsorg, måltider og ernæring, magtanvendelse, pårørendestøtte og –samarbejde, tilrettelæggelse af støttetilbud og forløb, undervisning mv. Demenskoordinatoren som kommunikator og facilitator drejer sig heroverfor om, hvordan koordinatoren varetager *processen* på møder og i en-til-en samtaler.

En demenskoordinators autorisation afhænger derfor både af vedkommendes indholdsmæssige viden og kunnen på sit fagområde, såvel som af evnen til at kommunikere og facilitere de tilhørende samtaleprocesser. Som fagekspert er det en almindelig faldgrube at have fokus på det første og glemme vigtigheden af det sidste.

Som pyramidefiguren (3) viser, er der grundlæggende seks discipliner i al samtalekunst. Det handler om: 1) at sikre en klar kontrakt eller rammesætning omkring samtalen, 2) evnen til at forblive nærværende, 3) evnen til opmærksom og empatisk lytten, 4) at mestre evnen til at stille åbne nysgerrige spørgsmål, og endelig 5) at kunne give feedback på en måde, som opleves støttende.

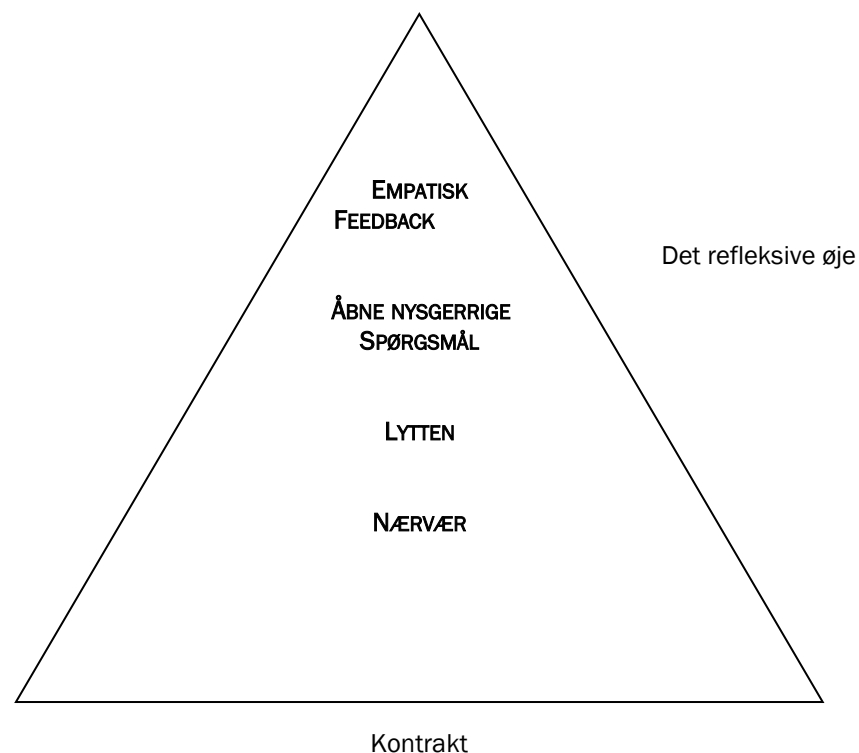
Som læseren kan se, er der uden for pyramiden en sjette disciplin kaldet 'det refleksive øje'. Sidstnævnte drejer sig om løbende at være bevidst opmærksom på alle lagene i pyramiden, mens samtalen foregår.

Det er min oplevelse, at de fleste demenskoordinater med bevidstheden om de seks discipliner, og gennem praktisk undervisning og træning, effektivt kan understøtte deres autorisation. Tilbage meldingen jeg har fået fra demenskoordinater, der har fået træningen og overført den til hverdagen, har typisk været, at man er blevet bedre til at planlægge og rammesætte samtaler og møder omkring roller og ansvar.

Også evnen til at forblive lyttende og nysgerrigt spørgende på forskellige

måder har haft betydning. Endelig har et praktisk træningsforløb for mange gjort, at man har kunne benytte konkrete procesredskaber til at give feedback og rådgivning på en måde, som opleves mere livgivende for modtagerne.

Afslutningsvis kan man pege på, at demenskoordinatoren selv har et medansvar i at sikre sin autorisation. Det kræver dog, at man er bevidst om vigtigheden i at blive autoriseret ovenfra, fra siden og indefra for at skabe en god platform at arbejde ud fra, og at man dertil har tilegnet sig de processuelle redskaber, der skal til for, at det kan ske.



DKDK aktive i forhold til national handlingsplan for demens

Formand Lone Vasegaard repræsenterer DKDK i arbejdet om den nye nationale handlingsplan for demens. Hun har deltaget i to rundbordsmøder i november og januar om status på Sundheds- og Ældreministeriets arbejde med den kommende nationale handlingsplan for demens. Lone Vasegaard havde på møderne fokus på:

- Informationsindsats
- Sammenhæng i indsatsen
- Kompetenceløft
- Udredning
- Plejeindsats
- Palliativ indsats

Lone Vasegaard repræsenterer også DKDK i en referencegruppe til det faglige oplæg til handlingsplanen for demens. Første og andet møde fandt sted 26. januar og 9. marts i Sundhedsstyrelsen. Der er planlagt møde for referencegruppen igen 21. april.

Udarbejdelsen af den nationale handlingsplan for demens finansieres af satspuljen, hvor der er afsat 470 mio. kr. i årene 2016-2019.

Læs om finansieringen i aftale om i udmøntning af satspuljen for 2016 [her](#).

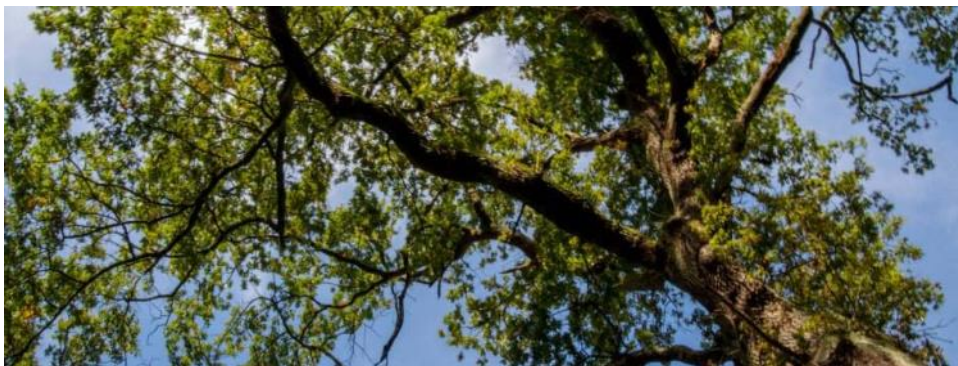


Foto: © Jeannette Frandsen

DKDK tilbyder

Hvert år afholder DKDK ferie på Hotel Nyborg Strand for demensramte og deres pårørende. Det er ferie, hvor der er opvarthning og planlagte udflugter med ferieguider, der har en uddannelse indenfor demensområdet. Skulle noget opstå, er der altså professionel hjælp at få. Ferierne er forløbet over en lang årrække, så vi har en del erfaring med både at afholde og planlægge.



Ferierne afholdes i juli måned, og vejret har næsten altid været godt, så vi har kunnet gennemføre de planlagte aktiviteter. I år arrangeres to ferieophold:

- Uge 29 (mandag d. 18. juli – torsdag d. 21. juli)
- Uge 30 (mandag d. 25. juli – torsdag d. 28. juli)

Hvis der i hjemkommunen er visiteret hjemmehjælp, træder Nyborg Kommunes hjælp til, så pårørende også kan føle, at de er på ferie.

Vi har også aktiviteter på hotellet som spil, fællessang, dans og meget samvær, hvor der er mulighed for at få en snak med ligesindede. Ofte opstår der små netværk mellem feriegæsterne. Hotellets personale er vant til os, og der bliver taget hensyn til vores ønsker af forskellig art. Vi har kun mødt velvillighed og hjælpsomhed.

Hvert år søges om økonomisk bistand fra Tips- og Lottopuljen, der bruges til at reducere feriegæsterne pris, og er gæsterne medlem af Alzheimerforeningen kan de én gang søge midler fra Arvid Nilssons Fond til at holde ferie for.

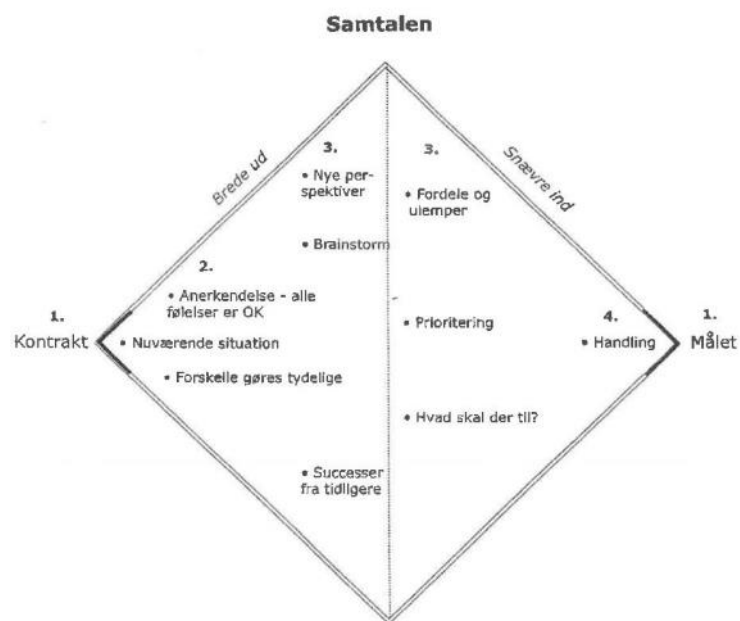
Vi har kun oplevet tilfredse feriegæster, så vi oplever ferierne som en succes, og mange kommer igen, hvis det kan lade sig gøre. Tilmeldingsblanket udfyldes og sendes til feriekoordinator, der søger for tilbagemeldinger. Mere information og tilmeldingsblanket findes på DKDK's hjemmeside, www.demens-dk.dk

Procesvejledning som supplement til demensfaglig vejledning

Alice Ichikawa, Arbejdsmiljøkonsulent, Social og ældre, Vejen Kommune

Vejen Kommune har gode erfaringer med at anvende procesvejledning, når der er tale om udfordrende problematikker omkring demensramte borgere og deres pårørende.

I nogle tilfælde oplever medarbejderne på ældreområdet, at et samarbejde med en demensramt borger eller dennes pårørende har udviklet sig i en uheldig retning. Det kan for eksempel medføre, at medarbejderne er rigtig meget i deres følelser og dermed har vanskeligt ved at se løsninger og egen rolle i samarbejdet. Det kan komme til udtryk i udsagn som: *"Jeg bliver vred, når hun ikke kan forstå, at jeg jo bare vil hendes mand det bedste...."* eller *"Når jeg nu kommer til at tænke over det, så er jeg fyldt så meget af det, at jeg får kvalme af det....."*



For at kunne komme ind og tænke på konstruktive løsninger og se egen rolle i problematikken er procesvejledningen anvendelig. Procesvejledningen foregår typisk med den berørte medarbejdergruppe, men kan også finde sted med en enkelt medarbejder. Det kan være en stor fordel at have så mange medarbejdere som muligt med – også dem, der ikke finder det problematisk at samarbejde med borger/pårørende. De, der ikke oplever problemer, har ofte nogle gode erfaringer, som de andre kan nyde godt af. På den måde bliver der fokus på det, der virker.

Formålet med procesvejledningen er at højne graden af medarbejderudvikling og arbejdsglæde ved at skabe rum for sparring i forhold til komplekse, faglige udfordringer. Det er således også en måde at blive bedre til at løse opgaven omkring borgeren og samtidig imødegå de høje følelsesmæssige krav, som kan være til stede i arbejdet omkring de demensramte og deres pårørende. I Vejen Kommune har vi fem procesvejledere, hvoraf en er sygeplejerske, og resten er Sosu-assistenter. De har fået en samlet uddannelse bestående af syv moduler, hvor de har lært at arbejde ud fra model for supervision (se ill.). Medarbejdergruppen får lov at komme af med deres følelser, og alle bliver hørt i den proces. Undervejs i procesvejledningen når medarbejdergruppen frem til nogle aftaler om det videre arbejde. Det kan være, at de allerede her er blevet enige om, hvilken løsning de vil vælge. Det kan også ske at de blot er blevet klogere på, at de har behov for faglig vejledning ved demenskonsulent. Alle procesvejledninger afsluttes med, at der udfyldes et opfølg-

ningsark. Af arket fremgår hvad der er blevet talt om, og hvilke aftaler man har truffet. Procesvejleder afleverer opfølgingsarket til leder, således at der kan sikres ledelsesmæssig støtte til de aftaler, som er truffet under procesvejledningen. En procesvejledning varer typisk 1-2 timer og kan følges op af yderligere procesvejledning, såfremt dette er nødvendigt.

Vi har en styregruppe for procesvejledning. Styregruppens opgave er at sikre, at procesvejledningen hele tiden udvikler sig i den rigtige retning. Arbejdsmiljøkonsulenten i Social & Ældre er tovholder og koordinerer rekvireringen af procesvejledere for at sikre, at alle bliver brugt lige meget. En procesvejleder kan ikke lave procesvejledning på sin egen arbejdsplads.

I forhold til demensramte har vores demenskonsulenter gjort sig nogle positive erfaringer. Demenskonsulent Addi Wissing Nikolajsen fortæller, at hun oplever, at medarbejderne er kommet af med deres frustrationer og har flyttet sig fra det personlige domæne og over til at kunne reflektere over faglige løsninger på udfordringerne. Det er en stor hjælp, når hun kommer som demenskonsulent, at medarbejdergruppen allerede har drøftet løsningsmuligheder og dermed er længere i processen, end de tidligere ville have været.

Som arbejdsmiljøkonsulent oplever jeg, at der bliver taget hånd om de følelsesmæssige belastninger – også inden de vokser sig for store. I princippet er det sådan, at er der blot en enkelt medarbejder, som oplever det problematisk, kan der rekvireres procesvejledning. Det er en fordel, at det er vore egne medarbejdere, som driver processen, og vi ikke behøver konsulenter udefra.

Socialpædagogers faglighed giver mennesker med demens øget livskvalitet

Verne Pedersen, næstformand, Socialpædagogerne



I Socialpædagogerne har vi det seneste års tid styrket vores politiske indsats for at skabe opmærksomhed om, hvad socialpædagoger kan bidrage med på demensområdet. Det har vi, fordi vi ved, at socialpædagogiske metoder kan bidrage til øget livskvalitet for mennesker med demens. Og det har vi, fordi vi er af den overbevisning, at når socialpædagoger indgår i et tværfagligt, rehabiliterende arbejde med andre faggrupper, så styrkes borgerens psykiske velbefindende, sociale relationer og sundhed. Det er ikke alene med til at forebygge og nedsætte magtanvendelser, vold mod personalet og konflikter. Socialpædagogiske indsatser forebygger også ensomhed og styrker borgerens sanser, motivation for at deltage i meningsfulde aktiviteter, få overblik og struktur i hverdagen og styrker kommunikationen med borgeren.

Alt sammen parametre, der er med til at give den enkelte borger øget livskvalitet.

Gode erfaringer med kolonihaven

Det er endnu ikke så udbredt, at socialpædagoger arbejder på demensområdet i plejesektoren. Men i Viborg Kommune indgår fem socialpædagoger i et tværfagligt team, der arbejder med aktivitet og udvikling på ældreområdet - herunder også mange borgere med demens (1).

Kolonihaven er et projekt, som socialpædagogerne Camilla Thomsen og Gitte Lykke Mikkelsen har kæmpet for at få op at stå. For en udendørs forpligtende aktivitet som det at holde hus og have var oprindeligt ikke på listen over daglige gøremål i Viborg Kommunes ældrepleje. De to socialpædagoger stødte på tvivl og undren, da de første gang fremlagde deres idé om at få en fast kolonihavedag sammen med de ældre borgere.

"Der var ingen, der ville være med. Men vores mål var at give borgere, der normalt ikke kommer så meget ud, nogle naturoplevelser – og gerne som her under primitive forhold. Selv om mennesker med demens har svært ved at huske, så husker de gerne deres følelser. Og vi ser hver eneste uge, hvordan de her ældre mennesker lyser op, når de får lov til at grave kartofler, plukke jordbær, gå en tur i skoven eller bare sidde og nyde naturen og lytte til fuglene", siger Gitte Lykke Mikkelsen.

"Vi har kørt vores kolonihaveprojekt i fire år, og det er et super godt tilbud for de demente borgere, vi arbejder med. Mange af dem kommer sjældent ud, men vi oplever, at så snart de kommer inden for lågen herude, så smider de stokken og vender rumpen i vejret. Her får de oplevelser under åben himmel – en dag fuld af natur, nærvær, samvær og ro", fortæller Camilla Thomsen.

Erfaringerne fra Viborg Kommune viser, at når vi får mulighed for at bringe vores socialpædagogiske faglighed ind på demensområdet, så kan vi være med til at skabe sociale fællesskaber med nærvær, glæde og meningsfulde aktiviteter.

Borgerne bliver hørt og forstået

Kolonihaveprojektet er for mig at se et rigtig fint eksempel på, hvordan socialpædagoger er med til at tænke kreativt og nyt, tage udgangspunkt i bor-

gerens interesser og skabe nogle meningsfulde aktiviteter sammen med borgeren. På den måde bliver borgerens selvbestemmelse og selvstændighed styrket. Det er lige præcis det grundvilkår, at når borgeren føler sig hørt og forstået og får nogle positive oplevelser, er det med til at forebygge uadægerende adfærd og de konfliktsituationer, denne adfærd kan medføre. Vi har gode erfaringer med, at socialpædagoger og socialpædagogiske indsatser på den måde er med til at forebygge og begrænse magtanvendelser over for demente.

Den socialpædagogiske faglighed

Men hvad er det socialpædagoger kan og gør ud over at tænke kreativt og nyt?

Socialpædagoger er uddannet med afsæt i en grundtanke om, at alle mennesker udgør en ressource i samfundet. Alle mennesker har ret til at leve et godt, værdigt og meningsfuldt liv, hvor deres personlige integritet bliver respekteret, og hvor de har mulighed for selvbestemmelse og medbestemmelse i eget liv. Derfor er det en væsentlig pointe, at man som socialpædagog skal møde det enkelte menneske der, hvor det er. Man skal som professionel understøtte mennesker i, at de udnytter deres ressourcer mest optimalt, udvikler sig og skaber forandringer i deres liv. Forandringer, der giver mening for dem, styrker deres identitet og giver dem livskvalitet.

Relationsarbejdet skaber værdi

Relationsarbejdet er et væsentligt omdrejningspunkt for socialpædagoger, hvor vi opbygger en tillidsfuld relation til borgeren, som fundamentet for at kunne støtte borgeren i læring, udvikling og trivsel. Relationsarbejdet er med til at styrke og kvalificere borgeren til at kunne mestre sit eget liv – så godt som muligt ud fra de forudsætninger, den enkelte har.

Det er det, vi gør som socialpædagoger i arbejdet med demente. Det er også det, vi gør i arbejdet med andre målgrupper. F.eks. arbejder rigtig mange socialpædagoger med mennesker med kognitive funktionsnedsættelser som f.eks. udviklingshæmning, hjerneskade o.lign.

Mennesker med udviklingshæmning har en højere risiko for at få demens. Derfor har mange af vores medlemmer stor erfaring i at arbejde med denne borgergruppe med demens. Målgruppen kræver en anden opmærksomhed på demenssymptomer, for der kan være udfordringer med at skelne symptomer på demens fra de øvrige kognitive udfordringer. Men også på dette område gælder, at indsatsen skal tilpasses den enkeltes funktionsniveau og behov.

F.eks. har mange borgere med demens – med og uden udviklingshæmning – brug for hjælp til at få overblik og struktur i hverdagen, og der vil socialpædagoger tilpasse strukturen borgernes situation f.eks. ved brug af visualisering og billeder, brug af faste procedurer og rytmer i hverdagen og andre tryghedsskabende tiltag.

Tværfaglighed er nødvendigt

Jeg mener ikke, at socialpædagoger skal erstatte andre kompetente faggrupper på demensområdet. Derimod er det min pointe, at socialpædagoger og sundhedsfagligt personale i højere grad bør indgå i et tværprofessionelt samarbejde. Det styrker indsatsen over for borgere med demens, når vi bruger hinandens forskellighed og særlige kompetencer. Og det skaber i højere grad en helhedsorienteret indsats, hvor der både bliver taget højde for borgerens sociale, psykiske, kognitive og fysiske situation.



Den personcentrede omsorg

Vi er opmærksomme på, at der i mange år er blevet arbejdet med socialpædagogiske metoder i forbindelse med pleje og omsorg for mennesker med demens, der er langt inde i deres sygdomsforløb. Det har vi meget respekt for. Vi er glade for, at socialpædagogikken kan bruges til at fremme den personcentrede omsorg.

Socialstyrelsen har dokumenteret, at brugen af socialpædagogiske metoder har en betydelig positiv effekt på adfærdsmønstre hos mennesker med demens (2). Det kan vi godt genkende fra de andre områder, hvor vi arbejder med lignende metoder over for personer, der er i udsatte positioner eller har en funktionsnedsættelse.

Selv om socialpædagogikken tager udgangspunkt i et udviklingsperspektiv, så er vi også meget bevidste om, at omsorgen er en grundlæggende forudsætning for, at mennesker i udsatte positioner kan trives og udvikle sig. Den engelske psykolog Tom Kitwood siger, at vi ikke kan fungere som mennesker, hvis ikke vi får opfyldt vores basale behov (3). Det er jeg enig i. Derfor passer den personcentrede omsorg fint ind i den socialpædagogiske kernefaglighed.

Den tidlige indsats

Ud over vores generelle arbejde på demensområdet, har vi særligt fokus på at styrke den socialpædagogiske indsats i forhold til hjemmeboende med demens.

Den tidlige indsats er målrettet de familier, hvor den ene part får en demensdiagnose på et tidligt tidspunkt i sygdomsforløbet og i en tidlig alder. Det er en stor udfordring for hele familien, når den ene ægtefælle får en demenssygdom. Derfor

ligger der en vigtig opgave i at få skabt sig en ny tilværelse, hvor man som familie finder en ny mening med livet ud fra de forudsætninger, der gælder for den enkelte familie. Her ser vi store muligheder i, at socialpædagoger kan støtte familierne i at tackle den nye situation, og støtte de demente i at indgå i sociale relationer og fællesskaber, hvor de får mulighed for at snakke med hinanden, lytte til hinanden, gøre noget sammen og støtte hinanden i at skabe sig en ny mening med livet.

Inkluderende fællesskaber

Vi kan se, at der skyder flere spændende tilbud om aktiviteter og socialt samvær op rundt om i landet, hvor hjemmeboende med demens i den tidlige fase får mulighed for at indgå i sociale fællesskaber med andre, der også har en demenssygdom. Der er ikke tvivl om, at det har stor værdi for de mennesker at være en del af et socialt fællesskab. Som Annette Andersen, der selv har demens, siger: *"Det gode ved at være sammen med andre mennesker, der har det på samme måde som én selv, er, at ingen stiller spørgsmål ved, om det jeg siger nu også passer. Ingen kigger mistroisk på én. Ingen kigger skævt til én. I stedet går folk positivt ind i det og vil gerne høre mere om, hvordan jeg har det. Her kan jeg bare være mig selv. Det er så dejligt"* (4).

Derfor vil vi gøre en særlig kommunal indsats sammen med vores ti kredse for, at der bliver oprettet flere socialpædagogiske tilbud lokalt i kommunerne for hjemmeboende med demens. Tilbud, der skal være med til at styrke borgernes sociale relationer, samarbejde med og aflaste de pårørende, og tilbyde aktiviteter, der tager udgangspunkt i borgerens interesser og behov.

Borgerne skal have mulighed for at deltage, få medindflydelse og selv bidrage aktivt til at skabe sig en ny tilværelse på egne præmisser. På den måde kan de i højere grad få magt over eget liv og føle sig inkluderet i et socialt fællesskab. Det er der meget livskvalitet i.

Bidrag til national demenshandleplan

Ud over det lokale, kommunale niveau er vi også meget glade for at have fået lov at bidrage til det igangværende arbejde med den nationale demenshandleplan for 2025. Vi har en plads i ministeriets følgegruppe og er også inviteret med til at sidde i Sundhedsstyrelsens referencegruppe til et fagligt oplæg, der skal identificere udfordringer og løsninger på området. I det regi er der nedsat seks arbejdsgrupper, der skal lave skriftlige input til arbejdet med det faglige oplæg, og her har vi plads i arbejdsgruppen omkring Pleje, Omsorg, Rehabilitering og Palliation. Det er nogle vigtige poster, og vi er meget optaget af her i organisationen, hvordan vi konstruktivt bidrager til at løfte den socialpædagogiske faglighed ind i handleplanen. Det er et spændende arbejde, som vi ser et stort og vigtigt potentiale i.

Aktiviteter for socialpædagoger på området

Derudover har vi en del initiativer på tegnebrættet, som vi først skal til at i gang med at udarbejde, herunder mulige tiltag over for de af vores medlemmer, der arbejder på demensområdet. Jeg ser personligt meget frem til denne proces og til at følge udviklingen af demensområdet. Det er dejligt, at der nu er kommet politisk fokus på dette store og vigtige område, og jeg glæder mig til at følge med i, hvordan vi socialpædagoger bidrager til gode, fagligt stærke løsninger til glæde og gavn for mennesker med demens og deres pårørende.

Forebyggende hjemmebesøg giver mulighed for tidlig opsporing

Anne Dorte Prisak, formand for SUFO, forebyggelseskonsulent i Aarhus Kommune - Tlf. 4185 5252, mail: adbp@aarhus.dk



Den 1. januar 2016 trådte en ny lov om forebyggende hjemmebesøg i kraft. Den ændrede lov er en konsekvens af Hjemmehjælpekommissionens rapport fra 2013, og om baggrunden for ændringen siger Sundheds- og Ældreminister Sophie Løhde:

"I dag er rigtig mange 75-årige aktive borgere, som sagtens kan klare sig selv. Derfor lægger vi op til, at de årligt tilbagevendende hjemmebesøg bliver mere differentierede, så kommunerne i hø-

jere grad kan koncentrere sig om at hjælpe ældre, der er særligt sårbare. Vi målretter altså ressourcerne i forhold til de borgere, der har det største behov".

Ændringerne betyder:

- Aldersgrænsen for de årlige tilbud om forebyggende hjemmebesøg forhøjes fra 75 år til 80 år
- Tilbud om ét forebyggende hjemmebesøg i det år, man fylder 75 år
- Tilbud om forebyggende hjemmebesøg til borgere fra 65 år til 79 år, der er "i særlig risiko for at få sociale, psykiske eller fysiske problemer eller på anden måde er i en vanskelig livssituation".
- Forebyggende hjemmebesøg skal indgå i kommunernes kvalitetsstandards
- Fleksibel tilrettelæggelse, så der f.eks. kan tilbydes kollektive arrangementer i stedet for et forebyggende hjemmebesøg

I SUFO ser vi et godt potentiale i, at vi også målretter de forebyggende hjemmebesøg til borgere i særlige risikogrupper, ligesom det giver god mening at udvide aldersgruppen "nedad", så vi også fokuserer på borgere ned til 65 år.

Når undersøgelser viser, at forebyggende hjemmebesøg bl.a. bidrager til at forbedre funktionsevnen og reducere funktionsevnetab, så man som ældre fortsat kan klare sig selv i hverdagen,

- ja, så handler det om at være "på banen" så tidligt som muligt.

At være "tidligt på banen" er også vigtigt i forhold til tidlig opsporing af demens

I den sammenhæng er SUFO repræsenteret i én af seks arbejdsgrupper omkring den kommende nye nationale handlingsplan for demens. Arbejdsgruppens emne er "tidlig opsporing, udredning, farmakologisk behandling og lægefaglig opfølgning".

Når vi laver de forebyggende hjemmebesøg er det ikke sjældent, at vi er borgerens første - og sommetider eneste – kontakt til "kommunen", eller primær sektor i det hele taget. Det giver os en unik mulighed for at være tidligt ude, hvis borgeren selv har bekymringer om demens, eller hvis mistanken om demens bliver åbenlys for os i løbet af samtalen.

Den forebyggende medarbejder kan være den "uvildige" person, der tilbyder et besøg og får skabt det tillidsforhold, der gør, at en demensproblematik kan bringes på banen, før den er erkendt af borgeren selv. Dette oplever vi både i hjem, hvor borgeren bor alene, men også i hjem, hvor den ene ægtefælle får hukommelsesproblemer.

Hvordan opsporing, udredning og efterfølgende indsatser omkring et demens-forløb organiseres,

er forskelligt i kommunerne. Det er i sig selv en udfordring, men det er helt afgørende, at vi i den tidlige fase har et godt og veletableret samarbejde med demens-nøglepersoner, -koordinatorer, -konsulenter, - medarbejdere, der har specialist-viden omkring demens. Det tillidsforhold, vi kan opbygge i det forebyggende hjemmebesøg kan være afsæt til den rigtige kontakt tidligt i et demensforløb.

I forhold til pårørende ser vi også en mulighed for styrket samarbejde med demens-koordinatorer.

Vi kan i det forebyggende hjemmebesøg formidle oplysninger om muligheder for hjælp til pårørende, både omkring demens-rådgivning, men også hvad angår "frirum fra demens", som vi også oplever som et behov hos den raske ægtefælle.

Samtidig er de forebyggende hjemmebesøg også arena for forebyggelse af demens. Under besøgene har vi mulighed for at motivere til den egenindsats, der kan udskyde og forhale udviklingen af demens. I tæt og fagligt samarbejde med demenskoordinatorer kan vi formidle viden til borgerne – på et valideret fundament.

Hvordan får vi fat i borgerne i "risikogrupper"?

En udfordring for os er at finde og komme i kontakt med de borgere, der er i særlige risikogrupper, - men det arbejdes der på.

I efteråret 2015 udgav Sundhedsstyrelsen web-håndbogen "Forebyggelse på ældreområdet – håndbog til kommunerne". I håndbogen findes anbefalinger i forhold til opsporing af "særlige risikogrupper", som kommunerne kan benytte sig af og få ideer fra.

I kølvandet på den nye lov om forebyggende hjemmebesøg arbejder Sundhedsstyrelsen desuden på at udarbejde en kortfattet guide til opsporing af udsatte ældre med behov for forebyggende hjemmebesøg. Guiden forventes udgivet i sommeren 2016.

Både håndbogen og den kommende guide er gode værktøjer til opsporing.

Den nye lov omfatter også, at de forebyggende hjemmebesøg skal indgå i kommunernes kvalitetsstandarder og indeholde:

- Serviceinformation til borgerne om formål og indhold i de forebyggende hjemmebesøg
- Beskrivelse af, hvordan ordningen tilrettelægges, herunder eventuelle alternative forebyggende indsatser
- Beskrivelse af, hvordan kommunalbestyrelsen vil opfylde forpligtelsen til at tilbyde forebyggende hjemmebesøg til borgere fra 65 år til 79 år, der er "i særlig risiko for at få sociale, psykiske eller fysiske problemer eller på anden måde er i en vanskelig livssituation". Herunder hvilke målgrupper kommunalbestyrelsen beslutter, der skal omfattes af tilbuddet

Det er rigtig gode takter – og særdeles relevant, også i relation til det fælles arbejde omkring forebyggelse, tidlig opsporing og indsatser omkring demens.

Vi kan kun glæde os til det endnu bedre samarbejde!

Landsforening for ansatte i de Sundhedsfremmende og Forebyggende hjemmebesøg til ældre borgere i kommunerne (SUFO) består af forskellige faggrupper, der i det daglige arbejder med hjemmebesøg til ældre. 80 kommuner er repræsenteret i SUFO.

Foreningens formål er:

- at medvirke til, at de lovbefalede hjemmebesøg tilbydes og udvikles således, at ordningen varetages på et højt sundhedsfagligt niveau
- at bidrage til, at fremme og synliggøre den sundhedsfremmende og forebyggende indsats
- at styrke og udvikle fagligt fællesskab for besøgs personer på tværs af forskellige faggrupper
- at medvirke til, at sætte særlig fokus på en sundhedsfremmende tilgang

Læs mere om foreningen på www.sufo.dk

Nye regler på arbejdsmarkedet og alvorlig sygdom

Kenneth Kibsgård, overlæge

Helle Tornemand, socialrådgiver. Begge fra Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering, Hospitalsenheden Vest, Region Midtjylland

En sygehistorie

Peter Hansen er en 59-årig gift tømrer, der har arbejdet i samme byggefirma i 20 år. Han fik for 2½ år siden påvist Alzheimers sygdom ved undersøgelse på hukommelsesklinik. Sygdommen var debuteret et års tid forinden under billedet af en depression, der havde ført til sygemelding. Efter behandling med antidepressiv og senere antidemensmedicin fik han det bedre, og jobcentret undersøgte, om han kunne vende tilbage til arbejdet. Det viste sig efter konkret virksomhedspraktik på den hidtidige arbejdsplads, at han kunne passe et job med afgrænsede arbejdsfunktioner og nedsat arbejdstid. Sagen blev vurderet i kommunens rehabiliteringsteam, hvor Peter Hansen mødte sammen med sin hustru og kommunens demenskoordinator. Rehabiliteringsteamet vurderede på grundlag af helbredsdocumentationen og den gennemførte virksomhedspraktik, at hans funktionsevne varigt var nedsat i betydelig grad. Han blev derfor indstillet til flexjob, hvilket sygedagpengeafdelingen var enig i. Derfor kunne der for to år siden etableres flexjob på hans gamle arbejdsplads.



Foto: © Jeannette Frandsen

Det var både han, hans hustru og arbejdsgiver meget glade for. I løbet af et års tid måtte arbejdsfunktionerne begrænses yderligere, men han kunne fortsætte i flexjobbet. Efter yderligere et års tid blev det klart for alle, også ham selv, at han ikke længere kunne passe arbejdet, og sagen blev atter vurderet i rehabiliteringsteamet. Den seneste helbredsdocumentation dokumenterede nu, at sygdommen var skredet frem, og at al relevant behandling og støtte var givet. Demenskoordinatoren beskrev, at funktionsevnen nu var meget svært nedsat. Rehabiliteringsteamet indstillede Peter Hansen til førtidspension, som kommunen tilkendte ham umiddelbart efter.

Rehabiliteringsteamet

Historien demonstrerer nogle elementer i den pensionsreform, der trådte i kraft i 2013. Rehabiliteringsteamet er kommunens tværfagligt sammensatte instans, der vurderer, i hvilken grad funktionsevnen er påvirket af sygdom, om der er udviklingsmuligheder, eller om funktionsevnen varigt er nedsat. Rehabiliteringsteamet er sammensat af repræsentanter for kommunens jobcenter, sundhedsafdeling og socialafdeling. Desuden kan Ungdommens Uddannelsesvejledning og kommunens familieafdeling være repræsenteret efter behov. Som sundhedsfagligt sagkyndig er der tilknyttet en læge fra det regionale sygehusvæsen.

Borgerens samtykke

Når der er flere kommunale forvaltninger involveret, kan der være en forventning til, at den samlede viden om den sygemeldte er kendt af alle. Det er ikke tilfældet, da forvaltningerne ikke bare kan tale sammen om den sygemeldte borger, medmindre denne har givet samtykke. Når borgeren skal have sin sag behandlet i kommunens rehabiliteringsteam, anmoder kommunen derfor om et samtykke hertil. Formålet er, at den sociale sagsbehandler kan fremstille sagens beskæftigelsesmæssige, sociale og sundhedsfaglige elementer i sammenhæng.

Funktionsevnen – ikke diagnosen

Rehabiliteringsteamet foretager sin vurdering på grundlag af en socialfaglig fremstilling af sagen suppleret med relevante helbredsoplysninger, hvor en større lægeattest fra borgerens egen læge er det centrale. Det er teamets vurdering af funktionsevnen, dels i almindelig daglig livsførelse, men særligt i arbejdsmæssig sammenhæng, der ligger til grund for indstillingen. Det er således ikke diagnosen i sig selv, der gør udslaget. Teamets kendskab til sygdommen og dens prognose indgår naturligvis i vurderingen, som i øvrigt altid er individuel og konkret.

Ressourceforløb, flexjob og førtidspension

Rehabiliteringsteamet indstiller til ressourceforløb, flexjob eller førtidspension, som siden jobcentret hhv. kommunens pensionsnævn tiltræder eller afslår. Oftest følges teamets indstilling.

Ressourceforløbet varer 1-5 år og indeholder sundhedsfaglige, socialfaglige og beskæftigelsesrettede elementer. Det anvendes i sager, hvor funktionsevnen aktuelt er meget svært nedsat, men hvor det er vurderingen, at den kan udvikles til etablering på arbejdsmarkedet. Borgeren modtager en særlig ressourceforløbsydelse fra kommunen. Det er ikke relevant for demenssygdomme.

Flexjobbet er aktuelt, hvor funktionsevnen varigt er nedsat i en grad, så borgeren ikke kan varetage arbejde på ordinære vilkår. Skånehensynene indebærer oftest nedsat arbejdstid, men også andre begrænsninger i arbejdets art eller kompleksitet. Flexjobberen får løn fra arbejdsgiver for



de effektive arbejdstimer og tilskud fra kommunen for resten op til 37 timer/uge.

Førtidspension tilkendes i de tilfælde, hvor funktionsevnen varigt er nedsat i en grad, hvor end ikke flexjob kan etableres. Der er siden 2003 kun én pensionssats.

Jobafklaringsforløb

I juli 2014 fulgte Sygedagpengereformen, der skal sikre en tidlig indsats for sygemeldte borgere. Det skal efter 22 ugers sygefravær (tidl. 52 uger) vurderes, om borgeren kan få forlænget sygedagpengene efter en af de fastsatte regler, eller om der skal iværksættes et såkaldt jobafklaringsforløb. Dette er af op til to års varighed med flere indsatser, f.eks. behandling og konkrete arbejdsrettede tiltag. Den sygemeldte modtager en særlig ydelse som ved ressourceforløb. Jobafkla-

ringsforløbet anvendes ofte i sager, hvor borgeren er diagnostisk uafklaret.

Den syge har behov for rådgivning

Når man bliver syg af en alvorlig sygdom, kan det være svært at overskue, hvordan man skal kunne vende tilbage til arbejde, og hvordan ens økonomi skal hænge sammen. Samtidigt kan der være andre instanser, som kræver opmærksomheden, f.eks. læge, hospitalsafdeling, fagforening, bank og forsikringsselskab. Kommunen har pligt til at vejlede og rådgive en alvorligt sygemeldt borger, men de mange instanser kan ikke blot udveksle oplysninger, der ellers måtte være væsentlige, uden borgeren har givet samtykke hertil.

For den, der er sygemeldt med alvorlig sygdom, vil det ofte være nødvendigt også at have kontakt med pensionskasse, f.eks. om muligheden for at få udbetalt ydelse for kritisk sygdom. I pensionskasse eller fagforening kan man også blive vejledt om mulighederne for at få udbetalt beløb fra Dyrtdsfonden eller det beløb, man har indbetalt til efterløn.

Bisidder og partsrepræsentant

I mødet med kommunen kan den sygemeldte måske opleve, at det er svært at forklare sig, og svært at forstå reglerne. Det er derfor vigtigt at vide, at man altid har ret til at have en bisidder med til en samtale. Bisidderen kan være et familiemedlem eller en god ven. Bisidderens rolle er at hjælpe med at få stillet spørgsmål, huske og samle op på, om der blev indgået aftaler eller truffet beslutninger. Demenskoordinator kan godt

optræde som bisidder, men vil dog samtidig ofte have bidraget til sagen med funktionsevnevurdering.

Er en sygemeldt svært belastet af sin sygdom, er en anden mulighed at få en partsrepræsentant, der kan tage sig af den sygemeldtes interesser. Partsrepræsentanten kan være et familiemedlem, en fagforeningsrepræsentant eller en god ven. Det anbefales, at der udarbejdes en fuldmagt, hvor det er præciseret, hvilke beføjelser partsrepræsentanten har. I en række situationer kan partsrepræsentanten og den sygemeldte aftale, at partsrepræsentanten mødes med sagsbehandleren, uden den sygemeldte deltager i samtalen. Dog findes der nogle bestemte situationer, hvor den sygemeldte selv skal møde frem. Det kan være til undersøgelse hos lægen, på hospitalet, eller til møde i rehabiliteringsteamet.

Demenskoordinators rolle

I denne sag var der – måske lidt usædvanligt – en restarbejdsevne, da diagnosen var stillet og relevant behandling iværksat. Demenskoordinator var medvirkende til, at dette blev dokumenteret i overensstemmelse med familiens ønske. Hun spillede ligeledes en afgørende rolle, da det senere viste sig, at funktionsevnen blev svært nedsat, da sygdommen senere skred frem. Hun havde udarbejdet en funktionsevnevurdering og deltog som sagkyndig bisidder ved mødet i rehabiliteringsteamet.

Alzheimerforeningen tilbyder

Aktiv Højskole er et højskoleophold arrangeret af Alzheimerforeningen. Højskolekurset støtter mennesker med en demenssygdom i at bevare livsglæden og leve et aktivt liv. Kursisterne bliver udfordret og motiveret til at prøve kræfter med alt fra motion, korsang til kreative udfoldelser. De tager på gåture i naturen og vigtigst af alt danner nye relationer til andre mennesker med en demenssygdom.

Idéen til Aktiv Højskole udsprang fra Alzheimerforeningens Tænketaank for yngre mennesker med demens, hvor deltagerne efterlyste en mulighed for at have hyggeligt samvær med andre mennesker med en demenssygdom. Faguddannet personale og frivillige er med på opholdet og støtter kursisterne, når behovet melder sig.

Datoer for de to højskoleophold i 2016:

- Aktiv Højskole Gerlev d. 23.-27. maj 2016 – ansøgningsfrist d. 8. april
- Aktiv Højskole Brandbjerg d. 3.-7. oktober 2016 – ansøgningsfrist d. 1. august

Alzheimerforeningen uddeler i samarbejde med Arvid Nilssons Fond 250 legatportioner à 10.000 kroner i 2016. Pengene skal motivere, hjælpe og opmuntre personer med en demenssygdom til at deltage og engagere sig i sociale og udadvendte aktiviteter. Legatet kan kun søges af enkelt personer, og ansøger skal være betalende medlem af Alzheimerforeningen. Legatet søges ved indstilling fra en repræsentant fra Alzheimerforeningens lokalforeninger, demenskoordinatorer og andre fagpersoner.

Du kan læse mere om ansøgning til legatet på Alzheimer foreningens hjemmeside, [klik her](#).

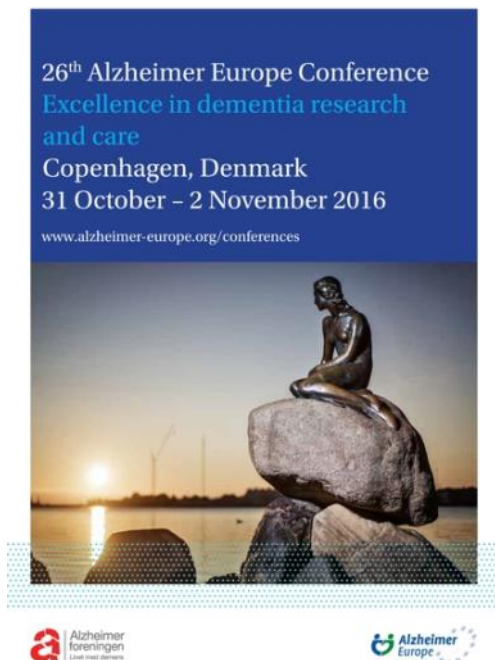
Projektmedarbejder Ida Lind



Alzheimerforeningen tilbyder

Alzheimer Europe afholder den 26. konference "Excellence in dementia research and care" d. 31. oktober - 2. november 2016 i København.

Læs mere ved at klikke her.



DKDK på demensdagene

DKDK har en stand på demensdagene, som bliver afholdt d. 19. og 20. maj i København. Kig forbi og hent en demensferiebrochure og en flyer om årskurset.

Læs mere om demensdagene ved at klikke her.



DKDK aktivitetskalender

1. april 2016

Bestyrelsesmøde i sekretariatet i Vanløse

18. april 2016

Møde DKDK's bestyrelse og regionsrepræsentanter - Odense

27. maj 2016

Bestyrelsesmøde i sekretariatet i Vanløse

Uge 29 og 30

DKDK Demensferie - se www.demens-dk

13. september 2016

Bestyrelsesmøde

14. - 16. september 2016

DKDK's Årskursus, Hotel Nyborg Strand
Program udsendes medio juni

Nyhedsbrevet

udgives af
DemensKoordinatorer
i Danmark
ISSN: 1603-3086

DKDK

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

Formand

Lone Vasegaard
Tlf. 2665 2839
l_vasegaard@hotmail.com

Næstformand

Tina Kjeldsen
Tlf.: 2174 0845
tinakjeldsen@outlook.dk

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

Sekretariat

Faglig sekretær
Marianne Lundsgaard
ml@demens-dk.dk

Ansvarshavende redaktører

Tine Johansen
Addi Wissing Nikolajsen

Redaktion

Marianne Lundsgaard
Lise Sørensen

Næste nummer udkommer:
Juni 2016

