

DemensKoordinatorer i Danmark



Sammen bliver vi stærkere ...



Den 11. december 2013 blev en vigtig mærkedag for demensindsatsen. Den dag mødtes sundhedsministre fra G8-landene i London for at diskutere udfordringer på området.

Nye tal viser, at 135 millioner mennesker vil være ramt af en demenssygdom i 2050 – et tal, som er langt større end tidligere beregninger.

På mødet blev landene enige om at sætte en deadline for en løsning, og den britiske premierminister blev citeret for følgende:

»Jeg vil have, at den 11. december 2013 bliver husket som dagen, hvor den globale kamp mod demens for alvor startede. Målet er, at vi i 2025 har fundet en kur eller formildende behandling, og et stor kollektivt boost af forskningsressourcer er inden for vores rækkevidde«

Forud for G8-mødet opfordrede David Cameron til verdensomspændende investeringer i demensforskning, og Storbritannien har allerede besluttet at fordoble sine demensforskningsmidler til 146 millioner euro årligt – svarende til næsten 1,1 milliarder kroner – frem til 2022.

Den britiske premierminister opfordrer de øvrige G8-lande til at følge det britiske eksempel. Han

udtaler:

”... at for at vinde kampen mod demens må regeringer samarbejde globalt med nationer, firmaer og forskere fra hele verden, ligesom det er tilfældet med kræft, HIV og aids”.

At verden nu forbereder sig på at stå sammen, har stor signalværdi og vil forhåbentlig betyde, at også den danske regering vil tage opfordringen op i Folketinget. Vi må som demenskoordinatorer fortsat stå sammen og medvirke til, at mennesker med demenssygdomme og deres pårørende får et værdigt liv med sygdommen.

Med kliniske retningslinjer, demenshandleplan, hjemmehjælpskommissions anbefalinger og forløbsprogrammer har vi fået mange ”værktøjer” til en sundheds- og socialfaglig indsats med høj kompleksitet og opgaver på tværs af sektorer.

Vi bør også have opmærksomhed på en række etiske dilemmaer. Hensynet mellem omsorg og selvbestemmelse bør balancere, så den rette behandling og pleje kan etableres. Derfor har vi i årets sidste nyhedsbrev fokus på jura og etik – ret og pligt.

Jeg vil også nævne rapporten ”Menneskerettigheder i Danmark, Status 2013” fra Institut for Menneskerettigheder. Den gennemgår dilemmaer i pleje og omsorg af ældre med demens. For at ruste plejepersonalet til at tackle adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens, anbefaler den bl.a. at indsamle

I dette nyhedsbrev har vi fokus på **Jura og etik**. Vi ser på hensynet mellem omsorg og selvbestemmelse, ret og pligt og udfordringer i praksis.

viden om reglerne for magtanvendelse i praksis. Intentionen er, at rapporten løbende udbygges, og jeg videregiver instituttets opfordring til at sende kommentarer til statusrapport@menneskeret.dk. [Læs mere her](#)

Jeg sender på vegne af bestyrelsen en hilsen til alle medlemmer og samarbejdspartnere med ønske om en god jul og et lykkebringende nytår. Tak for den store indsats, som I alle yder, og tak for den opbakning, som vi nyder i DKDK's bestyrelsesarbejde.

Vi afslutter 2013 med en begivenhedsrig global opfordring. Lad os alle bakke op om den.

Glædelig jul og godt nytår.
Ane Eckermann, formand DKDK

INDHOLD:

Leder
Nyt fra Socialstyrelsen
Jura og etik—hvordan løser vi det i Kolding Kommune
Teknologibiblioteket - juridiske og etiske overvejelser
Jura på Demenslinien
Spændingsfeltet mellem tavshed og tale
Etiske overvejelser, når der stilles diagnoser
Temadage for demenskonsulenterne i Brøndby
Etisk analysemodel - hvad er det?
Referat af DKDKs Årskursus, seminar 2
Ny DKDK hjemmeside

17. årgang
December 2013

NYHEDSBREV 4

Nyt fra socialstyrelsen



Marianne Skov Iversen

Så nærmer årsskiftet sig, og endnu engang har det været et spændende år med vigtige nye opgaver, som nu skal løses i nye rammer.. Det vil vi fortælle mere om i det følgende, både hvad der er sket, og hvilke ting der er på trapperne i det nye år.

Nyt om organisering i styrelsen

Fra den 1. november ændrede Socialstyrelsen struktur. Denne nye struktur tager udgangspunkt i en tydeliggørelse af styrelsens formål og strategi, som socialfagligt fyrtårn og dermed et sted kommunerne kan henvende sig for at få aktuelt bedste viden til at understøtte praksis.

Derfor er det også væsentligt at man som faglig medarbejder i en kommune kan se, hvor styrelsens fokus er, og hvor man skal henvende sig for at få viden. Frem for at have et mindre antal kontorer, som dækker forholdsvis store områder, har vi nu i stedet en række fagkontorer, med hver sit specifikke fagområde. Det gælder også VISO, som fortsat rådgiver i de mere komplekse enkelt-sager, også når demens er involveret.

Ældreområdet er nu igen er forankret i en selvstændig enhed, nemlig Kontoret for Ældre og Demens. Det nye er også, at demens nu er blevet synligt i organisationsstrukturen. Selvom demens er forankret, her skal kontoret også fagligt dække, når demenssygdomme rammer yngre borgere.

Udover at dække demensområdet, arbejder kontoret aktuelt med en række store indsatser omkring rehabilitering, forebyggelse og herunder forebyggelse af selvmordsadfærd. Disse projekter har ikke et specifikt demensfokus, men demens bliver inddraget i alle de relevante sammenhænge i disse projekter.

Ønsket er desuden, at identificere behov for ny viden, og at udvikle og underbygge den eksisterende tilgang. Det vil vi gerne invitere jer til fortsat at bidrage til.

Desuden ligger de fem projekter, som udspringer af Ældrekommissionens anbefalinger i kontoret. Disse projekter har tidligere været nævnt i nyhedsbrevet og har fokus på hhv. palliativ indsats, kontinenspleje, mellemlederes fokus på livskvalitet og selvbestemmelse, medarbejdernes fokus på samme tema, samt samarbejdet med frivillige for at fremme livskvalitet og selvbestemmelse. Som bekendt har disse projekter plejeboligerne som udgangspunkt og dermed er borgere med demenssygdomme helt centrale målgrupper i projekterne.



Demensområdet

Styrelsen har fortsat en stor opgave med at følge op på anbefalingerne fra demenshandlingsplanen. Som beskrevet i seneste nummer er arbejdet omkring Rådgivningsmodellen nu stort set afsluttet, den sundhedsøkonomiske rapport, som blev gennemgået på Årskurset vil i øvrigt være tilgængelig i januar måned.

Aktuelt er det især projektet om forebyggelse af udadreagerende adfærd hos mennesker med demens, der er i fokus, samt projektet, der via www.socialstyrelsen.dk/demens formidler aktuelt bedste viden om faglige metoder og indsatser.

Projektet om forebyggelse af udadreagerende adfærd er i gang på plejecentre i henholdsvis Hillerød, Sønderborg og Syddjurs Kommuner, tre i hver kommune. Her vil man i første halvår af 2014 teste de metoder, arbejdsgange og faglige processer, som kommunerne sammen med Socialstyrelsen har udviklet i løbet af 2013.

Metoderne vil styrelsen fortælle mere om i det nye år, men det er måske væsentligt at understrege, at der ikke er tale om helt nye socialfaglige metoder i mødet med den enkelte borger. Det er der allerede forskellige gode og velunderbyggede måder at arbejde med.

I stedet er projektets mål at udvikle og dokumentere den samlede faglige, ledelsesmæssige og organisatoriske ramme, som skal medvirke til at minimere risikoen for at udadreagerende adfærd udvikler sig. Det gøres ved at følge en organisationsmodel, som skal understøtte, at de ledelsesmæssige roller og opgaver er tydelige, at de demensfaglige indsatser og vidensområder er styrket, at medarbejderne har de rette kompetencer til at indgå i dette arbejde, og at specialistviden, fx hos demenskoordinatorer og -konsulenter altid bliver brugt bedst muligt.

Det er også målet, at der er en entydig faglig struktur i arbejdet med at forebygge at adfærden udvikler sig og støtte medarbejderne i dette.

En central pointe i projektet, og den faglige model, som er ved at blive afprøvet, er at flytte fokus fra borgeren som "problem", til hvilke kontekstfaktorer, der medvirker til at udløse de situationer, som måske kan medføre at man kontakter fx VISO, gerontopsykiatrien eller andre eksterne samarbejdspartner.

Det andet store fokus har været udarbejdelse af de nye videns temaer, som ligger på www.socialstyrelsen.dk/demens. Som det har været vist bl.a. på Demenskoordinatorernes årskursus i september, kan man nu finde viden om de første fire temaer: udviklingshæmmede med demens, yngre personer med demens, reminiscens og om musik.

I hvert tema kan man både læse en længere introduktion til temaet, en serie små artikler om

aktuelle gode forskningsprojekter indenfor temaet, samt et antal eksempler fra især dansk praksis.

En ny funktion, som er blevet lagt på fra starten af november, er at man kan sammensætte sin egen pdf, hvor man både kan tage alt materialet fra de fire temaer, udvælge dele af et tema, eller tage elementer (fx praksis eksemplerne) fra alle temaer. Tanken er, at disse små samlinger af materialet både kan bruges til undervisning og anden formidling, eller som oplæg til beslutning om at udvikle eller begynde at implementere en given indsats i en kommune. Dermed understøttes vidensgrundlaget for arbejdet på demensområdet.

Der kommer nye temaer i starten af 2014. Desuden kan man stadig hente viden fra "Demensguiden" til brug i både formidlings- og rådgivningssituationer, og både til fagpersoner og borgere.

Tilsammen udgør det en palet, som vi håber, vil understøtte praksis på demensområdet. Ønsket er desuden, at identificere behov for ny viden, og at udvikle og underbygge den eksisterende tilgang. Det vil vi gerne invitere jer til fortsat at bidrage til. Det er gennem dette gode samarbejde, at vi sammen kan udvikle demensområdet til gavn for borgerne.



Som det har været vist bl.a. på DKDKs årskursus i september, kan man nu finde viden om de første fire temaer:

- ⇒ Udviklingshæmmede med demens
- ⇒ Yngre personer med demens
- ⇒ Reminiscens
- ⇒ Musik

www.socialstyrelsen.dk/demens

Jura - ret og pligt - hvordan løser vi det i Kolding Kommune

I Kolding Kommune har vi de sidste 4 år arbejdet meget konsekvent på at få alle vores medarbejdere til at kende til "lov om magtanvendelse".



Vi startede med, at vores politiske udvalg vedtog en kompetence fordelingsplan. På den måde blev så det overskueligt for alle, hvem der på kommunalbestyrelsens vegne, løser de forskellige opgaver i forhold til loven.

Der blev nedsat et sagsbehandlende team.

Det består af seniorforvaltningens jurist, leder af myndigheds-afdelingen samt demensfaglig leder. Sammen med et team på tre visitatorer, som også blev udvalgt til opgaven, begyndte en systematisk opbygning af retningslinjer for magtindberetninger, ansøgninger om tilladelser til brug af magt samt værgemålsansøgninger i forbindelse med flytninger jf. servicelovens § 129.

Foruden Socialstyrelsens skemaer til indberetning af anvendt magt udarbejdede Kolding

Kommune egne skemaer til ansøgning om tilladelser til brug af magt jf. servicelovens § 125, § 126, § 127 og § 128.

Det gjorde man for at sikre gennemskuelighed og struktur på, hvordan man søger efter de paragraffer.

"Vi prøver alle steder i organisationen at have stor opmærksomhed på brug af magt kontra at undgå brug af magt. Det med udgangspunkt i at formidle viden, samt give medarbejderne gode arbejdsvilkår indenfor denne udfordring."
Kirsten Jørgensen

Vi besluttede, at alle medarbejdere på plejecentre og i hjemmeplejen skulle have tilbud om undervisning i "lov om magtanvendelse". Undervisningen blev sammensat som en kombination af lovstof og praksiseksempler, hvor dialog var en bærende del med inddragelse af konkrete borgersager fra medarbejderne. Vi er nu dér, hvor vi snakker om undervisning igen. Det gør vi for at sikre at også vores nyansatte bliver ansvarlige.

Indberetningerne giver altid anledning til skriftlig tilbagemelding fra det sagsbehandlende team, ligesom der er opfølgning i forhold til udarbejdelse af den lovpligtige handleplan som opfølgning på brug af magt. Det sker i tæt samarbejde mellem demensstemaet og de medarbejdere, som har brugt magt. Hvert år bliver der udar-

bejdes årsindberetning til seniorudvalget.

Sagsbehandlingen med værgemålsansøgninger foregår i et tæt samarbejde med visitatorer og demens-konsulenter.

I Kolding Kommunes dokumentationssystem har vi udarbejdet dokumenter til indsamling af fakta om de 5 punkter, der kræves opfyldt jf. SL § 129 før en ansøgning kan fremsendes til statsforvaltningen.

Vi prøver alle steder i organisationen at have stor opmærksomhed på brug af magt kontra at undgå brug af magt. Det med udgangspunkt i at formidle viden, samt give medarbejderne gode arbejdsvilkår indenfor denne udfordring.

De pårørende tilbydes en gang årligt undervisning i "lov om magtanvendelse" samt undervisning om jura i forhold til demenssygdomme. Borgere med demens samt deres pårørende gøres løbende i et sygdomsforløb opmærksom på problematikken.



Teknologibiblioteket - juridiske og etiske overvejelser

Hvad er Teknologibiblioteket?

Teknologibiblioteket er oprettet i 2010 og er en del af Rådgivnings og Kontaktcentret for demensramte og pårørende på Kallerupvej i Odense.

I Teknologibiblioteket søger vi at samle en viden om, hvilke teknologiske hjælpemidler, der findes på markedet. Teknologien er i rivende udvikling og der udvikles især mange Apps der kan hjælpe med alt. Lige fra at holde styr på tid og geografi, stimulere hjernen, støtte ved indkøb, madlavning og meget, meget mere. Her prøver vi også at holde os ajour.

Teknologibiblioteket fungerer som et bibliotek. Den første gang man henvender sig for at låne et hjælpemiddel betaler man 100 kr. for et lånerkort. Herefter, kan man låne et hjælpemiddel med hjem, og på den måde vurdere, om det kan afhjælpe den udfordring man står i.

Formålet med Teknologibiblioteket er først og fremmest, at gøre adgangen til teknologiske hjælpemidler lettere og enklere for mennesker der har tidlig demens.

Det er muligt at få teknologiske hjælpemidler til at huske aftaler, få overblik over dagen, mulighed for at finde rundt på egen hånd, huske medicin, fortælle hvad klokken er eller hvilken tid på dagen det er.

De teknologiske hjælpemidler kan hjælpe demensramte til at klare sig selv længst muligt i hverdagen. Teknologibiblioteket har tilknyttet en testbase, hvor frivillige demensramte er med til at afprøve og udvikle ny teknologi, der kan hjælpe dem i hverdagen.

Hvem henvender sig?

De der henvender sig til Teknologibiblioteket, er først og fremmest demensramte og deres pårørende. Centret har en teknologi-bibliotekar, som i samarbejde med familien forsøger at finde frem til den rigtige løsning for den enkelte. Dette afdækkes ved en individuel samtale, hvor der aftales, hvad der skal prøves af. Ved denne samtale, aftales også hvor længe, man kan låne hjælpemidlet. Sidst, men ikke mindst, laves en manual der passer til den enkelte.

"De teknologiske hjælpemidler kan og skal ikke stå i stedet for nødvendig hjælp, men som en støtte til at demensramte kan bevare identitet og uafhængighed længst muligt."

Efter endt låneperiode evalueres sammen med teknologi-bibliotekaren. Var det det rigtige hjælpemiddel, eller skal der afprøves noget andet? Er det et hjælpemiddel, der kan søges støtte til ved kommunen? Hvis ja, hjælpes man med ansøgning. Er det et hjælpemiddel, der regnes som et forbrugsgode? Hvis ja, vejledes i, hvor man kan købe det pågældende produkt. Man kan også få hjælp til f.eks. at få hentet Apps til en Ipad eller hvad der ellers skal til, for at tilpasse et hjælpemiddel til den enkelte.

Ud over demensramte og deres familier får Teknologibiblioteket også henvendelser fra ansatte i kommuner rundt omkring i landet. Det kan både være den enkelte hjemmehjælper eller andre fag-



personer, der ringer for at få et godt råd. Det kan være delegationer fra forskellige steder i landet, der kommer for at se, hvad vi har på hylderne og hvad vi har at byde på.

Også udlandet har vist stor interesse for området, og vi har haft besøgende fra både Holland, Tyskland og Japan.

Hvorfor er et Teknologibibliotek en god idé?

I 2009 blev det tydeligt, at de yngre og tidligt demensramte der var tilknyttet Kallerupvej oplevede et stigende behov for at bruge teknologi for at få bedre struktur på deres hverdag.

MEN – der var forskellige barrierer. De fagpersoner de mødte, vidste for lidt om teknologi til demensramte. Man fik eventuelle tilbud om hjælpemidler for sent. Sagsgangene i kommunerne var for lange og der var for lidt eller manglende hjælp til at lære at bruge hjælpemidlet.

Med Teknologibiblioteket har demensramte fået mulighed for at afprøve hjælpemidlet her og nu og efterfølgende få hjælp til at søge. Det letter sags-

Demensramt

gangen, da det er det rigtige, afprøvede hjælpemiddel, der søges om første gang.

De demensramte, der er tilknyttet Kallerupvej, og som bruger teknologi i hverdagen, oplever at teknologiske hjælpemidler er en hjælp for dem selv, deres pårørende og også for samfundet.

De siger:

- Jeg får tryghed, livskvalitet, frihed, selvstændighed, ro og overblik.
- Jeg bliver mindre afhængig af min familie.
- Jeg får større selvværd.
- Jeg kan bevare det, som jeg har kunnet.
- Jeg undgår isolation og kan deltage i socialt samvær og holde mig "up to date"..
- Jeg kan bevare min rolle.
- Jeg får en livslinje til andre.
- Arbejdsmiljøet for personalet bedres og jeg får bedre støtte.

- det gavner min familie

- Det giver tryghed, ro og overblik.
- Familien kan få fat i mig.
- Familien skal ikke holde styr på mig, det giver også dem frihed og frirum til deres eget liv.
- Presset på min ægtefælle lettes.
- Via billeder og kalender får vi noget at tale om.

- Og det har betydning for samfundet

- Pilleæske/ur: kan give besparelse af sundhedspersonale. Forebygger evt. fejdosering og forglemmelse.
- Kalender, Mobido stregkodesystem, telefon med kald m.m. gør, at jeg kan klare mig længere i "eget liv", i stedet for plejehjem.
- Tavle/ur: Jeg klarer mig med minimum hjælp længst muligt.
- Telefon og GPS: jeg kan findes. Det offentlige sættes ikke i gang med politi og helikopter,
- Kamera, billeder, piktogrammer: giver overblik til de mange forskellige der kommer i hjemmet.
- Kan give arbejdsro.

Vigtige samarbejdspartnere

For at Teknologibiblioteket kan fungere optimalt, er det vigtigt at have gode samarbejdspartnere. Demensklinikken er det første sted, jeg vil nævne. Det er ofte her, den der har fået en demensdiagnose møder en fagperson første gang. I starten af et forløb, klarer man ofte hverdagen uden hjælp fra det offentlige. Det er derfor vigtigt, at man fra Demensklinikken side, gøres opmærksom på, at der er hjælp at hente i teknologiens verden.

Demenskoordinatorerne i kommunerne, er også uundværlige samarbejdspartnere. De er med til at fortælle om tilbuddet og støtter folk til at henvende sig.

Også Region Syddanmarks Center for Rehabilitering og Specialrådgivning er vigtige samarbejdspartnere. I Teknologibiblioteket har vi et begrænset økonomisk spillerum, til indkøb af hjælpemidler.

Ved behov, for mere specialiserede eller dyre hjælpemidler, samarbejder vi med Regionen, da deres udvalg er større. Der er stadig mulighed for, at det er os fra Teknologibiblioteket der hjælper, som bindeled til Regionens hjælpemiddelrådgivning, så sagsgangen bliver lettet for de demensramte, der har brug for teknologien.

Vi samarbejder også med diverse firmaer som producerer og udvikler hjælpemidler. Her er Teknologibibliotekets testbase, bestående af frivillige der har demens, involveret i tests og udvikling af nye produkter.

Overvejelser

Teknologi er en mulighed for, at nogle demensramte kan blive mere selvhjulpne i hverdagen og dermed ikke så afhængige af det offentlige system. Teknologi er en vej, vi ikke kommer uden om. Der er mange aspekter, der skal overvejes i forhold til teknologi og/eller hjemmepleje. Mange steder kunne man overveje om en støtteperson f. eks efter § 85 en gang ugentlig kan være den hjælp, der gør at man kan klare sig.

Det kræver, at kommunernes sundhedspersonale rustes til at implementere disse hjælpemidler. Der udvikles hele tiden nye produkter, og i takt med at vi som befolkning bliver mere vant til at bruge teknologien i vores hverdag, mener jeg, det er et område der bør opprioriteres.

De teknologiske hjælpemidler kan og skal ikke stå i stedet for nødvendig hjælp, men som en støtte til at demensramte kan bevare identitet og uafhængighed længst muligt.

Læs mere om Teknologibiblioteket her

Jura på Demenslinien

Vi oplever et stigende antal opkald på Demenslinien og kommer i år tæt på 2000.

De svære følelser og den svære kommunikation fylder meget i alle opkald til demenslinien - også når samtalen ellers handler om økonomi, og hvordan man bedst tilrettelægger økonomien når handleevnen forsvinder. Det har været et tema for mange henvendelser, men desværre er mange så sent ude at det er for sent at få oprettet en generalfuldmagt/ fremtidsfuldmagt.

For at kunne oprette en generalfuldmagt skal handleevnen være i behold. Det vil sige, at personen i situationen forstår aftalen og konsekvenserne af den. Alzheimerforeningen anbefaler, at en generalfuldmagt bliver oprettet af en advokat for at så vidt muligt sikre, at alle vigtige forhold bliver husket. Det sikrer også, at dokumentet får juridisk tyngde, hvis der stilles spørgsmål tvivl om fuldmagtens gyldighed. Vi har desværre hørt om flere tilfælde, hvor generalfuldmagten ikke er blevet anerkendt, da den skulle tages i brug.

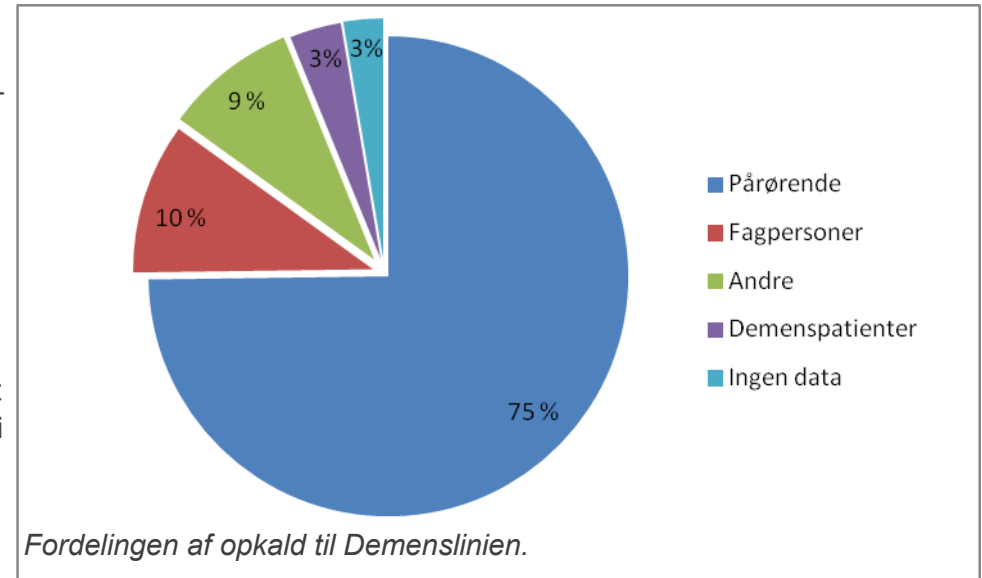
Når man vælger at oprette en generalfuldmagt, er det vigtigt at tage med i overvejelserne, at den kun bør gives til en person, som man har den allerstørste tillid til. Det vil som regel ikke være et problem, når det gælder ægtefællen - men kommer man ud i næste led, og er der flere børn, kan der desværre opstå konflikter og mistillid, hvilket kan ødelægge et ellers godt samarbejde i familien.

Et familiemøde før fuldmagten oprettes kan være en måde hvor man kan undgå efterfølgende konflikter. På mødet fortælles åbent om de ønsker den demensramte har og ud fra dette aftales så, hvordan familien bedst forvalter ønskerne.

Det er vigtigt at få snakket igennem, hvad der skal stå i fuldmagten om, hvem der skal overtage, hvis f.eks. den raske ægtefælle på et tidspunkt ikke længere er i stand til at varetage opgaven. Hvis fuldmagtsgiveren har et ønske om årlige gaver til familien, bør dette også indskrives i fuldmagten.

"Selvom spørgsmålene om økonomi og jura ofte er meget konkrete, fylder de mange svære følelser næsten uden undtagelse mere i samtalen."
Else Hansen, telefonrådgiver på Demenslinien.

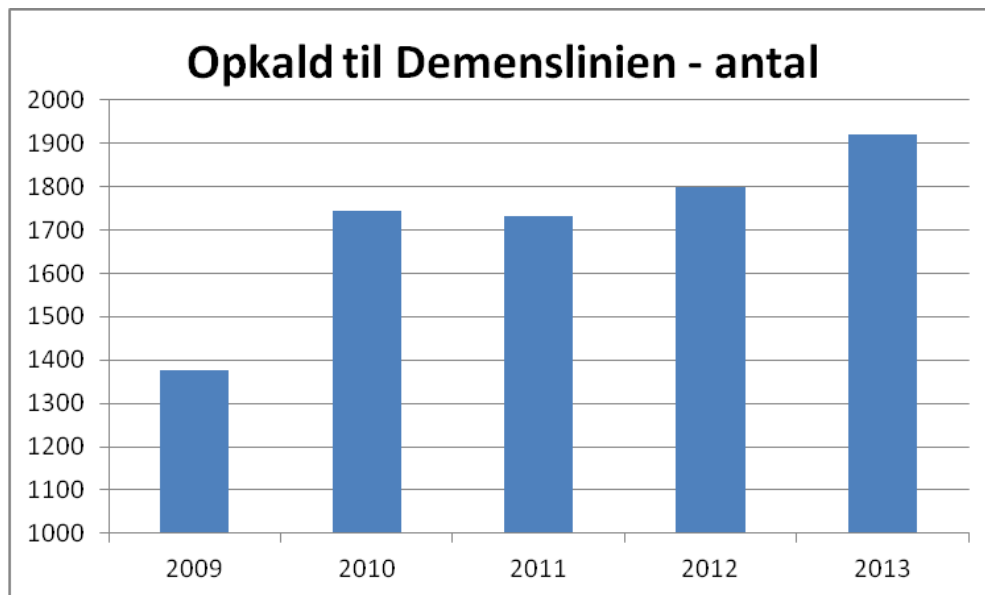
Ved at alle føler sig informeret, hørt og oplever at generalfuldmagten virkelig bygger på fuldmagtsgiverens ønsker, kan man på sigt undgå



mange konflikter i familien og fastholde et godt samarbejde, som bliver stadig vigtigere efterhånden som sygdommen udvikler sig.

En del spørgsmål handler også om økonomi ved indflytning i plejebolig. Der er ofte en stor bekymring for, hvordan det kommer til at se ud for den raske ægtefælle. Vi rådgiver om, hvordan man beregner forholdene overordnet, men det kræver dog som oftest en individuel beregning. Det kan vi ikke hjælpe med.

En del spørgsmål handler også om stridigheder i familien om arv og testamente. Generelt må man sige, at når døden er indtruffet, og der efterfølgende stilles spørgsmål steg ved personens



handleevne, da testamentet blev oprettet – da er det for sent, for så er en bevisførelse praktisk talt umulig.

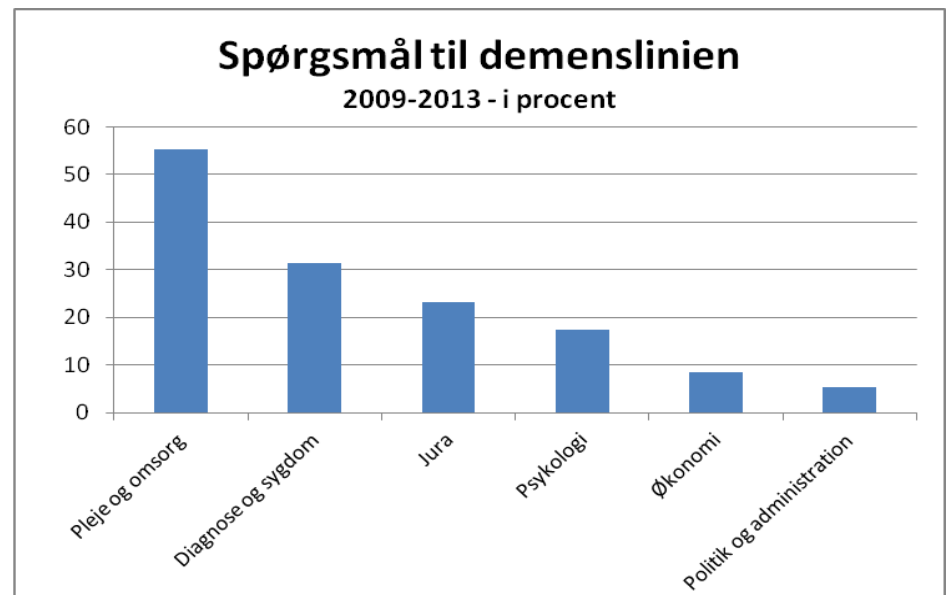
Vi har derimod ikke ret mange henvendelser om magtanvendelse. Når det sker, handler det ofte om, at den pårørende er ulykkelig over manglende indgriben fra kommunens side med omsorg og behandling.

Værgemål er til gengæld et område, vi ofte får spørgsmål om på Demenslinien. Det handler typisk om hvordan og hvornår, men på det seneste har det også handlet om lange ventetider på behandling af værgemål i Statsforvaltningen. Alzheimerforeningen er opmærksom på dette problem

og arbejder på at få myndighederne til at gøre noget ved sagen.

Alle på Demenslinien er fagpersoner. Vores baggrunde er forskellige, og spørgsmålene kan være meget indviklede og omfattende, når det gælder jura. Derfor har vi både en juridisk ekspert og en ekspert på det sociale område, som vi kan trække på.

Vi har ikke mulighed for at tilbyde egentlig advokatbistand men henviser i stedet til www.danskefamilieadvokater.dk og Poul Jost Jensen fra AdvoDan, som vi har et samarbejde med vedr. testamenter og undervisning.



Selvom spørgsmålene om økonomi og jura ofte er meget konkrete, fylder de mange svære følelser næsten uden undtagelse mere i samtalen. Derfor er ekstra vigtigt at få overblik og ro på alle de forhold, som kan lade sig gøre, da demenssygdom i familien i forvejen er en stor belastning for alle involverede.

Demenslinien er åben på tlf. 5850 5850 alle hverdage 9.00 - 15.00, torsdag 9.00 - 18.00.

Læs mere om Demenslinien her.

Spændingsfeltet mellem tavshed og tale



Vibeke Westh

Juraen er helt på plads, etikken er ikke. Sundhedspersonalet er ofte i frontlinjen, når tavshedspligten bliver udfordret af hensynet til pårørende. Klare aftaler og rettidig omhu i dialogen er vejen frem.

En ældre dement kvinde på plejehjem har fysisk samkvem med en ældre dement mandlig beboer. Der er delte meninger om, hvorvidt kvinden selv ønsker samkvem med manden, eller om der er tale om et overgreb, som sker mod kvindens vilje.

Som sundhedsfaglig medarbejder placerer det videre forløb medarbejderne i et svært dilemma: Skal de pårørende orienteres om, hvad der foregår, når det ikke formelt kan afklares, om samkvemet sker med eller mod kvindens vilje? Har de pårørende krav på at få svar på deres spørgsmål om deres aldrende mors sexliv – eller tjener man kvindens tarv bedst ved at bryde tavshedspligten og informere hendes pårørende om situationen, som de efterspørger indsigt i, og som medarbejderne antager, at den ældre kvinde synes at opleve negativt.

Sundhedspersonale på hospitaler og plejehjem ender ofte med at stå med et uønsket ansvar, når der er uenighed og tvivl om gråzone-dilemmaer.

Tavshedspligten og dermed det almene hensyn til borgerens ret til privatliv, er som udgangspunkt altid overordnet alt andet. Derfor må sundhedspersonale ikke "bare" oplyse de pårørende om en diagnose eller noget tilsvarende uden at have patientens samtykke. Tavshedspligten sættes først ud af kraft, når en patient er umyndiggjort, f.eks. fordi han ikke længere er tilregnelig og selv kan forstå omfanget af sine handlinger.

Samtidig er der næppe tvivl om, at mangel på samarbejde har bøjet tavshedspligten lidt for at få tingene til at glide i hverdagen og i ønsket om et konstruktivt samspil mellem patient, pårørende og professionel. Men brud på tavshedspligten bringer autorisationen i fare, og det er for enhver professionel medarbejder en dybt alvorlig sag.

Juraen er sådan set klar nok. Borgeren har ret til et privatliv i sit eget hjem – som en plejebolig jo er – og tavshedspligten i forhold til at videregive personfølsomme oplysninger til tredjepart gælder. Så når en ældre, dement, men ikke umyndiggjort kvinde ikke siger fra over for fysisk samkvem med en ældre dement mand, er det juridisk set hendes egen sag, som ikke rager de pårørende.

Etisk er det en anden sag. Hvilket hensyn venter tungest? Hvordan vurderer man som professionel iagttager, hvor et andet menneskes personlige grænse går? Og hvornår bliver det ok at for-

midle sin viden eller sin antagelse – i lyset af, at man kan blive udfordret på sit levebrød og sin faglighed.

En god tilgang kræver, at ledelse, medarbejdere og pårørende er i tæt dialog om patienten, og at der er tydelige aftaler og klar kommunikation mellem ledelse og medarbejdere på arbejdspladsen i hverdagen. Risikoen for, at en situation udvikler sig dårligt, er langt mindre, når situationen følges tæt, og alle vinkler bringes i spil. Fortidelse er ikke vejen frem.

For de fleste mennesker gælder det vel også, at vi i rollen som nær pårørende føler os i vores oplagte ret til at få vedkommende og vigtig information om patientens tilstand og trivsel. Men når det gælder vores egen ret til privatliv, bryder de færreste sig om, at tavshedspligten sættes ud af spil af andre - sundhedsprofessionelle eller ej, som vurderer, hvad andre skal vide om os.

Etiske gråzoner og forskellige opfattelser i forhold til, hvad der er det rette at gøre i en kompliceret situation, er tilbagevendende hård kost for sundhedsprofessionelle. Rummeligt formulerede henvisninger eller regelsæt indebærer ikke lette løsninger på den enkelte situation.

Men løbende fælles dialog mellem involverede parter, en fælles vilje til at finde gode, konstruktive løsninger og klar kommunikation om beslutninger og handlinger samt et skarpt blik for nuancerne er en klar forudsætning!

Ovenstående har tidligere været bragt som debatindlæg i Kisteligt Dagblad.

Etiske overvejelser når vi stiller diagnoser



Lone Vasegaard

En praktiserende læge har sendt en henvisning til demensudredningsenheden. I henvisningen står, at en 85 årig kvinde har fået tiltagende demenssymptomer de sidste 2 – 3 år. Hun har især problemer med korttidshukommelsen og har svært ved at varetage de daglige gøremål.

Hun har fået foretaget en CT-scanning af hjernen, som viser både central og kortikal atrofi. EKG og blodprøver er normale. Da kvinden kommer til demensklinikken, er hun lidt forvirret, og hun støtter sig meget til den medfølgende datter. Hun mener ikke, at hun fejler noget og kan ikke helt forstå, hvorfor hun skal på "sygehuset".

Efter at hun er undersøgt og testet, og de forskellige resultater og oplysninger er drøftet på tværfaglig konference, står det klart, at hun lider af Alzheimers sygdom.

Hun og datteren kommer igen. De informeres om diagnosen og tilbydes medicinsk behandling,

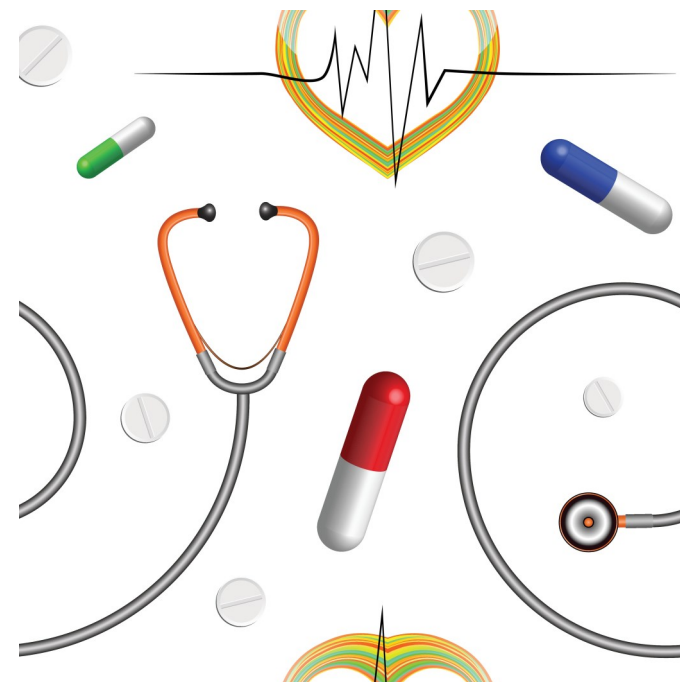
som kan stabilisere tilstanden, så sygdommen udvikler sig lidt langsommere.

Den kommunale demenskoordinator orienteres, så både patienten og familien kan få den nødvendige støtte og hjælp.

Dagen efter kommer der en henvisning, hvor den praktiserende læge skriver, at en 58 årig kvinde har fået tiltagende hukommelsesbesvær. Hun kan ikke koncentrere sig og udtrættes hurtigt, desuden har hun meget hovedpine. Hun har været svært belastet arbejdsmæssigt og har været sygemeldt i 3 måneder. Hun har været til undersøgelse på et par andre afdelinger, men man har ikke fundet forklaringen på hendes gener. Vi bliver nu bedt om at undersøge hende for demenssygdom.

Ved den første undersøgelse bliver hun fundet deprimeret, og hun bliver sat i behandling med antidepressiv medicin. Efter 3 måneder har hun fået det lidt bedre – kan bedre koncentrere sig, men har stadig hukommelsesproblemer. Hun skriver mange ting ned, fordi hun er bange for at glemme. Ægtefællen fortæller, at hun ofte bliver forvirret, hvis de er i køkkenet sammen, og hun beskylder ham for at flytte rundt på tingene.

Der er absolut ting, der peger i retning af, at hun lider af en demenssygdom. Hun får foretaget neuropsykologisk test, der bestyrker mistanken om demens, men resultatet er ikke helt entydigt. Der laves lumbalpunktur, der viser normale Alzheimermarkører. En PET-scanning viser dog, at hun lider af en neurodegenerativ lidelse forenelig med Alzheimers sygdom.



Der er et stigende ønske fra både patienter og pårørende om at få stillet en diagnose så tidligt som muligt.

Enhver kan forstå, at det er to meget forskellige situationer, der her er ridset op, og konsekvenserne af en evt. Alzheimerdiagnose er meget forskellige. Det er relativt nemt at stille en demensdiagnose, når patienten har tydelige symptomer på demens. Det er langt sværere, hvis det er på et tidligt tidspunkt i sygdomsforløbet, og hvis der er

flere andre ting, der påvirker billedet – f.eks. depression eller belastninger / stress.

Også andre faktorer kan have betydning, så som infarkter og alkoholskader. Det kan fx betyde, at der kan være tvivl om, hvorvidt der er tale om en progredierende demenssygdom eller en stationær hjerneskade.

Nogle føler sig som løgnere, fordi de har stået frem i forskellige offentlige sammenhænge og fortalt om, hvordan det er at leve med demens.

Der er et stigende ønske fra både patienter og pårørende om at få stillet en diagnose så tidligt som muligt, fordi der så er mulighed for medicinsk behandling, hvis det drejer sig om Alzheimers sygdom. Diagnosen er som bekendt en forudsætning for at få medicinen ordineret og også for at kunne få tilskud til behandlingen.

I nogle tilfælde kan der være tvivl om diagnosen, og lægen kan da aftale med patienten og familien, at der stilles en diagnose som en *arbejdsdiagnose*, for at den medicinske behandling kan påbegyndes.

I disse situationer er det helt afgørende, at den der får stillet diagnosen og familien er fuldt ud klar over, at der er tale om en arbejdsdiagnose, der muligvis ændres på et senere tidspunkt. **I andre tilfælde bliver** diagnosen ikke stillet, og det betyder så, at patienten ikke får medicinen – så viser det sig senere, at der er tale om



Ofte bliver ægtefællerne lettede over, at der sættes navn på de problemer, de har oplevet komme og udvikle sig.

Alzheimers sygdom, og vi kan så ærgre os over, at patienten ikke fik behandling i det tidlige stadie af sygdommen.

I det først nævnte eksempel kan det synes indlysende rigtigt, at diagnosen stilles på trods af, at den ældre dame ikke selv mener, at hun fejler noget. Det kræver dog etiske overvejelser, idet både den praktiserende læge og udredningsenheden indtager en paternalistisk holdning i form af, at ”vi ved, at det er godt for dig at få stillet en diagnose”.

Det giver også anledning til etiske overvejelser, når spørgsmålet om en diagnose har betydning for patientens økonomiske og sociale situation. De er bedre stillede i forhold til dagpenge, plus / minus arbejdsprøvning og øvrige kommunale tilbud, hvis de har en diagnose.

Information om diagnose

Det kræver stor indfølelse fra lægens side, når en patient og dennes familie skal informeres om en demensdiagnose. Der er naturligvis meget stor forskel på, hvordan reaktionerne er – lige fra stor undren over ”at jeg fejler noget” til stor lettelse over, at tilstanden kan forklares, og at der er tale om en sygdom.

Ofte bliver ægtefællerne lettede over, at der sættes navn på de problemer, de har oplevet komme og udvikle sig. De har ofte i perioder været i tvivl om, der overhovedet var noget i vejen, når patienten har haft gode perioder. Som nævnt er der patienter, som bestemt ikke mener, at de fejler noget, og det stiller naturligvis store krav til den information, der gives ikke mindst i forhold til at motivere til at modtage støtte og hjælp i hverdagen – og den medicinske behandling.

Den magtfulde diagnose

På DKDK's Årskursus i år gav Nanna Mik-Meyer, sociolog og lektor på Institut for Organisation på CBS et meget tankevækkende indlæg under overskriften ”Den magtfulde diagnose”. Hendes budskab var, at diagnoser altid har konsekvenser, og patientroller bliver formet alt efter, hvilke institutioner, der er ansat til at varetage en diagnose. Problemerne opstår, hvis patienten føler sig misforstået, fordi deres oplevelse af

egen situation modsvarer det, de professionelle oplever og udtrykker.

Problemerne opstår, hvis patienten føler sig misforstået, fordi deres oplevelse af egen situation modsvarer det, de professionelle oplever og udtrykker.

Nanna Mik-Meyer siger, at der er meget stor forskel på, om man i familien bliver opfattet som én, der husker meget dårligt, eller om man har fået diagnosen let demens. Det vil ændre opfattelsen af personens tilstand, både hos ham / hende selv og hos familien og omgivelserne i øvrigt. Vores identitet skal altid valideres eksternt, og mange mennesker søger patientforeninger for at få selvpfattelsen spejlet og blive mødt og forstået. I relation til demensramte er det også meget ofte, at ægtefællen har behov for, at mødes med andre, der er i samme situation for således at blive mødt og forstået.

At diagnoser kan være endog meget magtfulde, er bekræftet af det arbejde, der er udført i Rådgivnings- og kontaktcenteret på Kallerupvej i Odense. Her har journalisten Steen Kabel interviewet 5 personer, der – af forskellige grunde – har fået ændret deres demensdiagnose. For flere af dem har det haft store konsekvenser for deres selvpfattelse.

For nogle har det været en rigtig god proces. De har oplevet, at de har fået foræret et nyt og bedre liv, fordi diagnosen er ændret fra Alzheimers sygdom til senhjerneskade. For andre har det været en svær proces. De oplever, at den nye diagnose har givet så meget usikkerhed og utryghed i deres hverdag, at de har svært ved at glæde sig over, at de ikke længere har en fremadskridende sygdom. De føler, at de, siden de fik stillet den første diagnose, har levet på en livsløgn, og at deres identitet er blevet taget fra dem.

For nogle har det været en rigtig god proces. De har oplevet, at de har fået foræret et nyt og bedre liv, fordi diagnosen er ændret fra Alzheimers sygdom til senhjerneskade.

Nogle føler sig som løgnere, fordi de har stået frem i forskellige offentlige sammenhænge og fortalt om, hvordan det er at leve med demens – fx Alzheimers sygdom. Nu føler de, at de har ført folk bag lyset, fordi de alligevel ikke har den diagnose, de troede de havde.

Det er således nødvendigt, at der arbejdes på et højt fagligt og etisk niveau både i udredningsfasen, og når demenskoordinatoren tager over for at demensramte og deres pårørende kan få den bedst mulige støtte og hjælp.

Referencer:

Ny Demensdiagnose – nye håb og nye udfordringer. Red. Steen Kabel, Inquiry Partners. Udgivet af Rådgivnings- og kontaktcenteret Kallerupvej Odense.

Hovedoplæg på DKDK's Årskursus 2013: "Den magtfulde diagnose" ved Nina Mik-Meyer, sociolog, lektor, Institut for Organisation, CBS.

Temadage for demenskonsulenterne i Brøndby

I december 2012 fik vi fra topledelsen i Ældre og Omsorg i Brøndby Kommune accept til at afholde to temadage om året i demenskonsulent-gruppen. Det er en rigtig god idé.

Vi har nu afholdt tre temadage og har fået gennemdrøftet flere store faglige sager, er startet på projekter, har fordelt opgaver og senere klaret resten af opgaverne på vores to-timers månedsmøder eller pr. mail. Vi afholder temadage i et mødelokale væk fra arbejdspladsen.

Der er adgang til pc og projektor, så vi hurtigt kan få samlet og nedskrevet vores "guldgrube".

Programmet indeholder en-to store faglige opgaver og halvanden times fagligt input som afslutning på dagen.

Ældre og Omsorg og Hjemmeplejen i kommunen har hver en virksomhedsplan. Vi blev derfor enige om at udarbejde vores egen "virksomhedsplan". Vi gjorde det for at synliggøre vores arbejde, for at få overblik over indsatsen og for at få topledelsens godkendelse af det.

Det blev en af de store opgaver, og derfor har vi nu vores dokument: **'Demensområdet 2012-14 - aktivitetsplan i Brøndby Kommune.'**

Sådan ser aktivitetsplanen ud på samarbejdsområdet:

Indsatsområde	Mål	Handlinger
Samarbejde	Gruppen af demenskonsulenter skaber fælles fagligt arbejde af høj kvalitet med respekt for hinanden fagligt og menneskeligt	Fortsat udvikling af samarbejdet bl.a. ved at: afholde 2 årlige temadage deltage på Årskurset for demenskoordinatorer

Senest har vi arbejdet med vores store **"Kortlægning af demensområdet"** med demenskonsulenternes anbefalinger til topledelsen. Heri indgik bl.a. en optælling af brugen af demenslægemidler, antipsykotisk-, antidepressiv-, angstdæmpende- og sovemedicin i hjemmeplejen og på ældrecentre hos borgere med en demenssygdom eller demenslignende adfærd.

Resultaterne blev vist på det årlige stormøde med de praktiserende læger, hvor ældrepsykiatrisk team også var tilstede. Overlæge Anette Lolk holdt et oplæg om "Kliniske retningslinjer for udredning og behandling på demensområdet" og om psykofarmaka.

Disse dage har givet inspiration til at arbejde med wellness på et ældrecenter, og enkelte af personalet uddannes nu til instruktører i Snoezelhuset, således at vores beboere med demens kan bruge huset.

Vi har fået større sammenhæng i vores indsats med en overordnet og gennemtænkt plan.

De faglige input på temadagene:

- Besøg i Snoezelhuset i Brøndby (for fysisk eller psykisk udviklingshæmmede).
- Oplæg om Ethiske dilemmaer og refleksion af næstformanden i Sygeplejeetisk råd, der præsenterede en etisk refleksionsmodel.

De etiske dilemmaer lærte vi endnu mere om på Årskurset i september, hvor fire demenskonsulenter deltog.

Nu har vi mulighed for at fordybe os og få gennemdrøftet de faglige områder. Det er tilfredsstillende, fordi det resulterer i fagligt arbejde af god kvalitet.

Fakta om demenskonsulenter i Brøndby (34.210 indbyggere):

- ⇒ Seks demenskonsulenter.
- ⇒ To (13 + 5 timer pr. uge) er på samme ældrecenter.
- ⇒ En på hvert af de to andre ældrecentre (13 timer pr. uge).
- ⇒ To (32 timer hver) til hjemmeboende borgere, hvoraf den ene har en koordinerende funktion.

Den etiske analysemodel - hvad er det?



Psykiatrien i Region Syddanmark



Som den første region i Danmark, har Region Syddanmark oprettet en Klinisk Etisk Komite med fokus på psykiatri. Det betyder, at medarbejdere kan få råd og vejledning, når de skal træffe et vanskeligt valg af etisk karakter.

Det er også muligt at få et allerede overstået etisk dilemma belyst i komiteen. På den måde kan det i fremtiden at styrke de etiske refleksioner i praksis.

Dermed kan Klinisk Etisk Komite bidrage til et vellykket møde mellem patienter, pårørende og Psykiatrien i Region Syddanmark.

De sager, der forelægges, skal være anonymiserede, medmindre patienten har givet sit samtykke til, at sagen behandles i Klinisk Etisk Komite.

Det primære mål med sagsbehandlingen er at bidrage med etiske refleksioner i forhold til de foreslåede handlemuligheder. Det er herefter op til den/de beslutningsansvarlige at afgøre hvilken handling, der bør foretrækkes.

Alle sager er fortrolige. Der skrives referat, som ikke indeholder identificerbare data om patienten.

Som den første region i Danmark, har Region Syddanmark oprettet en Klinisk Etisk Komite med fokus på psykiatri.

Til arbejdet med de etiske problemstillinger er der fremstillet en analysemodel for at sikre, at de enkelte problemstillinger behandles systematisk.

På nyhedsbrevets næste side kan du se den etiske analysemodel.

Se mere på RegionSyddanmarks hjemmeside

Hvad er Klinisk Etisk Komite?

Klinisk Etisk Komite har 14 medlemmer, der repræsenterer forskellige faggrupper og fagområder i psykiatrien. Medlemmerne i komiteen har gennemgået et fælles introduktionsforløb, modtager kontinuerligt undervisning, får tilsendt relevante artikler samt deltager i debatter internt i komiteen for at være rustede til opgaven.

Hvad er komiteens opgave?

- at drøfte konkrete etiske problemstillinger knyttet til behandling og pleje i psykiatrien.
- at medvirke til at udbrede en grundig og systematisk metode til håndtering af etiske problemstillinger i praksis.

Hvilke sager kan komiteen behandle?

Alle kliniske, patientrelaterede dilemmaer af etisk karakter kan behandles – uanset om de er små eller store.

Hvilke emner kan det være?

- information, kommunikation og tavshedspligt
- patientens autonomi
- prioriteringer
- brug af tvang

Den etiske analysemodel

Det/de etiske dilemma/er	Fakta med relevans for det/de etiske dilemma(er)	Berørte parter	Analyse i forhold til centrale etiske principper og positioner Ses i forhold til patienten og andre berørte parter	Handlemuligheder
Hvad er det etisk svære i beslutningen? Præciser det/de etiske dilemma/er.	Hvilken relevant viden haves? Hvad er behandlingsplanen og hensigten med denne? Hvilken relevant viden savnes? Love, regler retningslinjer for området? Er der særlige faktorer der spiller ind i forhold til beslutningsprocessen? Hidtidig praksis? Er dilemmaet velkendt i klinikken? Hvordan er tidligere lignende eksempler blevet håndteret?	Hvem kan/skal træffe et valg? Hvem er berørt i denne sag? Hvilken relevant viden har vi om de berørte parter? Hvilken relevant viden savner vi om de berørte parter? Hvad betyder sagens udfald for de enkelte berørte? Afdæk, hvis muligt, de berørte parters viden, ønsker og hensigter, samt hvilke værdier og principper er i spil? Hvordan udtrykker de sig konkret?	Autonomi Hvad mener patienten? Er denne spurgt? Har patienten fået passende information til at kunne foretage et reelt valg? Kan patienten vurdere resultatet af egne valg? (beslutningsdygtig) Virker patientens holdninger og meninger relevante i forhold til det liv patienten i øvrigt lever/har levet? Er patientens ønske truffet frivilligt, eller kan der være tale om et pres mod denne? Hvad vil være til patientens bedste? Hvordan respekteres patientens interesser og velfærd? Hvordan respekteres patientens integritet? Hvordan bevares/genoprettes patientens værdighed? Hvordan tages der bedst vare om denne patients sårbarhed? Hvordan sikrer vi denne patients livskvalitet bedst muligt? Hvordan undgår vi at forvolde skade? Opvejer de gode hensigter eventuelle skader som tiltag eller behandling kan medføre? Retfærdighed Hvad er mest retfærdigt i forhold til patienten og i forhold til brug af resourcer? Konsekvensetiske overvejelser Hvad vil gavne flest/skade færrest? Pligtetiske overvejelser Findes der afgørelser der kan generaliseres? Betragt patienten som mål i sig selv ikke blot som middel? Dydsetiske overvejelser Hvordan vil en god behandler, vælge at handle i dette tilfælde? Hvilke dyder er relevante i forhold til mulige valg og konsekvenser	Hvilke handlemuligheder er der i dette tilfælde? Hvilke argumenter er der for og imod disse? Er den valgte handling i overensstemmelse med psykiatriens værdigrundlag? Respekt, faglighed, ansvar. Åbenhed, dialog, borgerinddragelse. Ordentlighed i det vi siger og gør. Hvad kan konsekvenserne i forhold til gavn/skade af den valgte handling være på kort og langt sigt. Hvor sikker er vi på dette og kan vi leve med det?

SE FORKLARING PÅ ANALYSEMODELLEN PÅ FORRIGE SIDE

Referat af seminar 2, DKDK's årskursus - kommunale erfaringer med Rådgivningsmodellen

I konference rapporten fra Årskursus 2013 var referatet fra seminar 2 af redaktionelle årsager ikke med. Det kommer imidlertid her:

På seminaret blev der sat spot på nogle af de aktuelle erfaringer fra arbejdet med Rådgivningsmodellen i kommuner rundt omkring i landet.

Først formidlet af Gitte Carlsen og Kirsten Ryssing, som fortalte om deres erfaringer med modellen i Lyngby-Taarbæk Kommune. Det første tiltag i Lyngby-Taarbæk skete i forbindelse med skrivningen af en masteropgave, der så på deres praksis som demenskoordinatorer.

Herefter fik de, i forbindelse med puljemidler fra "puljen til udvikling af bedre ældrepleje", mulighed for at afprøve modellen i kommunalt regi med konsulentbistand fra Dorthe Buss og Ane Eckermann, som dengang begge var ansat ved Nationalt Videnscenter for Demens. De medvirkede til at koordinatorerne i Lyngby-Taarbæk fik kastet et blik på deres egen praksis, gennem de briller, som Rådgivningsmodellen giver.

Det drejede sig både om, hvordan de arbejdede hver især og som gruppe, samt om hvordan man som demens-fagperson tilgik mødet med borgerne.

Den nye vinkel, som modellens forskellige elementer gav dem, førte til en blivende ændring i deres praksis, og i dag bruger man stadig modellen i Lyngby-Taarbæk. Men det var vigtigt for Gitte Carlsen og Kirsten Ryssing at understrege, at det ikke skete uden frustrationer undervejs.

At sidde med de mange nye skemaer og skulle holde styr på dem, tænke på en ny måde, og samtidig faktisk skulle være til stede og lytte og rådgive, var en udfordring.

En vigtig pointe er, at modellen skærpede demenssteamets blik på de faktiske behov hos borgeren. Dermed blev fokus flyttet fra straks at præsentere de mange gode løsninger og tiltag, som en demenskoordinator har i tasken, til i højere grad at tage udgangspunkt i den enkelte borgers værdier/udsagn.

Den samme oplevelse havde Jenny Hansen og Helle Andersen fra Odense Kommune. De berettede om, hvordan de begyndte at teste modellen, med udgangspunkt i Jenny Hansens erfaringer med at bruge værdiskemaet fra Rådgivningsmodellen som grundlag for sin rådgivning. Hun arbejdede oprindeligt som hjemmevejleder i kommunen og anvendte metoden som et fundament for sin vejledning. I forlængelse af dette, begyndte først Helle Andersen, og senere andre af hendes kolleger, at benytte elementer af modellen. I øjeblikket prøver en lille håndfuld koordinatorer fordelt på lige så mange kommuner på Fyn, hvordan modellen kan anvendes i deres daglige rådgivning til borgere i eget hjem.

Fælles for erfaringerne fra Lyngby-Taarbæk og Odense er, at det ikke er nemt i starten. Der kan være brug for tilpasninger, både af selve rådgivningsprocessen og af de forskellige skemaer, som ikke altid kan bruges fuldstændigt, som modellen foreskriver. Det skal også hænge sammen med ens hverdag og opgaver i øvrigt, men over



tid giver det mere og mere værdi at benytte modellen.

Samtidig har man heller ikke altid adgang til en så skarpt afgrænset borgergruppe, som deltog i det oprindelige DAISY-projekt. Det behøver dog ikke at være en hæmsko for at arbejde med modellen, for fokus på borgerens værdier, ønsker og ressourcer vil næsten altid give en effekt, således at den støtte og vejledning, man kan give, får et styrket fokus.

På seminaret kom det klart frem, at det også giver mening som faggruppe at benytte et fælles metodisk udgangspunkt, og på den måde styrke tilbuddet til borgerne.



Nye skemaer til indberetning af magtanvendelse Ny DKDK hjemmeside

Nye skemaer

Som følge af lov om socialtilsyn er procedurerne for indberetning af magtanvendelse blevet ændret. Derfor er der kommet nye skemaer fra Socialstyrelsen til registrering og indberetning af magtanvendelse. Skemaerne skal bruges fra 1. januar 2014.

Læs mere på Socialstyrelsens hjemmeside

Ny DKDK hjemmeside

Efter mange år har DKDK fået lavet ny hjemmeside. Den gamle har tjent os godt, men systemet var lavet for så længe siden, at det var forældet, og den ikke længere kunne opdateres.

Vi håber, at I får glæde af den nye hjemmeside, som bliver mere levende og nemmere at navigere i. Den er fortsat 'in the making', så bær over med småfejl og mangler.

I kan finde den nye hjemmeside på samme webadresse som den gamle (som også vil være aktiv lidt endnu): **<http://www.demens-dk.dk>**

NB: Hvis I kommer ind på den gamle hjemmeside, kan I klikke jer videre til den nye fra linket på forsiden.

Aktivitetskalender 2014

24. og 25. januar:
Bestyrelsesseminar

7. marts:
Bestyrelsesmøde

4. april:
Møde med regionsrepræsentanter

14. maj:
Bestyrelsesmøde

10. – 12. september:
DKDK Årskursus på Hotel Nyborg Strand

Nyhedsbrevet

udgives af
DemensKoordinatorer
i Danmark
ISSN: 1603-3086

DKDK

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

Formand

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

Næstformand

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

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

Sekretariat

Faglig sekretær
Marianne Lundsgaard
ml@demens-dk.dk

Ansvarshavende redaktører

Lone Vasegaard
Kirsten Ryssing

Redaktion

Marianne Lundsgaard

Næste nummer udkommer:
Marts 2014

