

Et historisk tilbageblik i demensfeltet over 25 år

Mette Borresen, VISO-specialist (Demens). Fagkonsulent ved Videnscenter for Demens, Aalborg Kommune



Mette Borresen takker for muligheden for at tage os med på rejsen tilbage i historien på demensområdet.

Selv har hun 20 års erfaring på demensområdet, hvor hun startede som oversygeplejerske i gerontopsykiatrien. Plejefagligt har hun været med i 40 år.

Mette Borresen taler i sit oplæg om bølger i demensfeltet. Vi er blevet ramt af mange bølger igennem tiden, og det bliver vi stadigvæk. Hver gang en ny bølge kommer, kommer der nyt til, mens noget bliver liggende, som sand der aflejrer nedenunder, når bølgen ruller ind.

Det vi arbejder videre med, og hvad der bliver liggende, afhænger altid af et aktivt valg fra os i feltet, pointerer Mette Borresen. Der har været fravalg af: visse farmakologiske præparater, fikseringer og låste døre, korrigerende metoder og institutioner.

1968-bølgen

Den første bølge skyller ind over os i 1968. En tidsalder præget af individualisering, økonomisk velstand og valg. Der sker en bevægelse fra at forstå senildemens, som en naturlig udvikling af alderdommen til at forstå det som demenssygdomme. Mennesker med demens flyttes fra institutioner til 'hjem'. Blikket rettes mod fagligheden, hvor der før var fokus på traditionel plejefaglighed – ro, renlighed og regelmæssighed – til omsorg. Plejebegreberne må udvides, det er ikke længere nok med basale behov – søvn og hvile, ren og tør – der skal andre ting til. Vi begynder at lede efter nye antimedici-nske behandlinger. Med denne bølge får vi en udvikling mod bedre demensbehandling, bedre boligforhold for mennesker med demens, og vi arbejder med en bedre tilgang, så vi kan kompensere for kognitive

tab, snarere end kun fysiske behov.

1993-bølgen

Et år med mange nye tiltag. Uddannelsen for demens starter og DKDK har sit første årskursus. Der sker en kommunal organisering, hvor demenskoordinatorer er en del af svaret på at gøre noget specielt for mennesker med demens. For de er specielle, understreger Mette Borresen, og de har krav på en speciel tilgang, forståelse samt rammer og fagligheden omkring.

I denne periode begynder andre videnskaber end den medicinske videnskab at interessere sig for området. Psykologien "rykker ind" og sætter fokus på, at mennesker med demenssygdom ikke skal behandles som en ens homogen masse. Demenssygdomme kan ikke sidestilles med diabetes og andre sygdomme. Det er et radikalt skifte fra, at demens er en fremadskridende sygdom, der ikke kan behandles til, at der er andre måder at hjælpe mennesker med demens til et bedre liv – her opstår den personcentreret omsorg. Vi som demenskoordinatorer får her et medansvar. Et ansvar for at følge mennesket med demens på sin rejse i stedet for at sige, det er en uforståelig sygdom, som går sin gang. Og jo dygtigere vi er, jo mindre vanskelig bliver den rejse, pointerer Mette Borresen.

I denne periode bliver historikerne også en del af feltet. Der er fokus på det enkelte menneskes historie, men også den tid personen med demens levede, hvor hukkommelsen var bedst. Her bliver affødt metoder som reminiscens samt narrativ og forståelse af, hvad mennesket med demens er forankret i.

Etikken kommer ind med det klassiske dilemma af omsorgspligt på den ene side og omsorgssvigt på den anden side. Et dilemma, der bliver formuleret, så vi bliver klar på, hvad vi bør gøre, og hvad der er godt at gøre for mennesker med demens.

Betydningsfulde temaer

Op af bølgehavet kommer nye betydningsfulde temaer og kernebegreber, som udfordrer fagligheden, juraen og etikken. Vi begynder at anvende begrebet mennesket/personen med demens, demensramte, demenslidende, m.m. i stedet for begrebet 'demente'. Det handler om ikke at generalisere, men at have fokus på, at mennesket med demens ikke er sin diagnose.

Der kommer fokus på omgivelsernes betydning. Mennesket med demens kan ikke betragtes helt isoleret fra sine vante omgivelser, sine pårørende og sine vaner. Vi får øje på, at mennesker har det forskelligt afhængigt af de rammer, vi sætter dem i, hvilke mennesker de er sammen med, hvilke input de får og hvilket setting de er i. Der sker en ændring i tilgangen til demensramte –

vi begynder at tale kommunikation og signaler.

Vi får nu blik på udredningen. Det starter som en bølge med de tre store videnskaber; neurologi, geriatri og gerontopsykiatri, som danner et trekløver om demenssygdomme. Udredningen hjælper os til præcis medicinering, at vi kan sige noget om progressionen i sygdommen, forklare baggrunden for handlinger og viser os, hvor vi skal hjælpe den demensramte til at bo.

Der kommer blik på hjernen, følelserne og adfærden. Og sidst men ikke mindst teknologien, som også er et stort tema den dag i dag.

00'erne

Vi bevæger os ind i 00'erne, og så begynder det et gå stærkt, siger Mette Borresen. Det er ikke længere små bølgeskulp, men snarere tsunamier af udvikling og bølger af ting, som rammer demensområdet.

Mette Borresen fremhæver magtanvendelsesreglerne, hvor vi er gået fra ingen regler, til et snævert regelsæt, hvor der ikke er meget vi må. Med magtanvendelsesreglerne glider socialpædagogikken ind i demensfeltet, da man ser på, om der er andre områder, der har erfaring med at forebygge uhensigtsmæssig magtanvendelse. Med det, kommer der fokus på relationer, samvær og kommunikation – socialpædagogikkens kerneomdrejning.

Det er en tid, hvor mange puljer kommer til og sætter skub i udviklingen – hvilket vi også kender i dag. Og de er kommet for at blive, mener Mette Borresen.

Der kommer uddannelser og kurser til – det starter ud med diplomuddannelsen i demens - de pårørendes stemme kommer frem, kommunerne får dagtilbud, og vi får fokus på indretningsarkitektur.

Filosofien "vågner" også op, og retter vores blik mod, at det ikke er demenssygdommen/hjerneskadens, der er problemet, men i hvilken grad vi kan kompensere for de hjerneskader, som demenssygdommen giver. For mange demensramte mennesker har det faktisk godt, når vi spørger til, hvordan de har det, understreger Mette Borresen. Hvis rammerne, tilgangen, støtten, forståelsen og nærværet omkring et demensramt menneske er bedst muligt, så kan det menneske fungere og have det godt på trods af sygdommen.

Hvad har alle de her bølger så betydet for mennesker med demens, spørger Mette Borresen. Har de fået det bedre? Er livet med demens blevet bedre? Det er vi nødt til at spørge os selv om, når vi møder dem, opfordrer hun. Har alle udviklingsperspektiver været rettet mod at give øget trivsel og trykthed – hun ved det ikke.

2018-bølgen

Der kommer hele tiden nye ting til, som vi skal forholde os til. Faglige dilemmaer kommer til, og det er ikke blevet nemmere at være fagperson.



Det nye vi skal forholde os til nu er; ny teknologi, nye videnskaber, nye metoder, nye aktører, ny jura og nye boligformer.

Her fremhæver Mette Borresen de nye magtanvendelsesregler, som giver os yderligere beføjelser. Vi får øget mulighed for at anvende reglerne, og det skal vi forholde os til, understreger hun. Vi kan låse mere og fastholde mere, men er det godt, og er det nødvendigt, spørger hun. Hvem er det godt for – den demensramte, de pårørende eller os?

Nye dilemmaer – en skillevej

Vi står ved en skillevej, siger Mette Borresen. På den ene side vil nogen retningen med øget magtanvendelse, låse og flere teknologier, som erstatter menneskelig omsorg, mens nogen vil en anden vej - arbejde mere med kontakt, tilknytning, omsorg, meningsfuld aktivitet. Vi er altså ved en skillevej, det er ikke bare tilfældige dønninger, men en radikal skillevej. Det er det nye i den historiske udvikling.

Mette Borresen runder af med at spørge forsamlingen, hvad er vores opgave? Hvad er det vigtigste vi har for os? Hun mener, at vi skal vurdere bølgerne og granske dem nøje - er der belæg for dem?

Til slut opfordrer Mette Borresen os til at holde det etiske blik. Vi skal bruge os selv og spørge, er det godt for mennesker generelt, og er det godt for mennesket med demens? Vi skal hjælpe de gode praksisformer frem. Praksisformer, hvor vi kan se, at der er belæg for det, hvor vi kan vurdere en slags faglig validitet i det, og se på, om det er etisk godt? Er det det vi bør gøre, er det sådan vi bør behandle demensramte mennesker i vores samfund?