

MEDLEMSBLAD

Efterår 2022

24. årgang
November 2022



Demenskoordinatorens rolle i en tid med forandringer



DKDK afholdt for nyligt sit årskursus nummer 28. Det var mit første årskursus som formand, og det var fantastisk at opleve så mange dybt engagerede deltagere og oplæg af en høj faglig kvalitet. Bestyrelsen og jeg vil gerne takke både deltagere og oplægsholdere for nogle inspirerende

og berigende dage. Jeg håber, at I også er gået klogere hjem og har haft lejlighed til at netværke og vidensdele med fagfæller.

Personligt er nogle af de pointer, jeg tager med mig fra årskurset, dels hvordan vores rolle som demenskoordinatorer er i forandring og stiller stadig højere krav i takt med at ældre - og sundhedsområdet generelt forandrer sig, og dels hvordan vi som fagpersoner virkelig skal lægge os i selen for at møde det enkelte menneske lige der, hvor han eller hun er uden forforståelser og bias.

Bl.a. synes jeg at Rikke Høgstedts oplæg illustrerede vores forpligtelse til at skabe sunde arbejdsfællesskaber, der ruster os til et mentalt krævende job, og Anneke Depper-Skaanings oplæg om relationsdannelse understregede, hvor vigtigt det er, at vi som demenskoordinatorer er i stand til at danne relationer og hjælpe vores kolleger i plejen med at danne relationer – også når det bliver svært.

Niels Krøjgaards oplæg om kropssprog og nonverbal kommunikation var en underholdende måde at afslutte en intens første dag på årskurset på, men det gav også anledning til refleksion over mit eget kropssprog, hvordan jeg aflæser andre mennesker, og ikke mindst hvordan egne forforståelser kan blokere for et ligeværdigt møde med mennesket med demens og deres familier. En pointe som blev understøttet af Rikke Rødekilde, som i hvert fald fik rykket ved min forståelse af, hvordan vi bedst muligt involverer borgerne i de løsninger vi skaber.

Vi håber, I har lyst til at være med på næste års årskursus, der finder sted den 13.-15. september 2023.

Demenskoordinatorens rolle i tværfaglige teams

Selvom årskurset er slut, er vi langt fra færdige med at tale om demenskoordinatorens rolle! I DKDK ønsker vi bl.a. at sætte fokus på demenskoordinatorens rolle i de selvstyrende, tværfaglige teams, som flere og flere kommuner vælger at indføre. Modellen er inspireret af den hollandske Burtzorg-model, men i kommunerne arbejder man på at finde frem til den gode model, der tager højde for den måde, det danske

ældreområde fungerer på, og her spiller demenskoordinatorer en væsentlig rolle. Derfor vil jeg gerne opfordre alle jer, der har erfaringer med selvstyrende, tværfaglige teams, og som kan udvide vores forståelse af demenskoordinatorens rolle til at skrive ind til bestyrelsen eller sekretariatet i DKDK.

Ny ældrelov?

Faste, tværfaglige teams har også fået en stor plads i den afrapportering på arbejdet med ny ældrelov, der blev offentliggjort i september. Det samme har spørgsmålet om visitation, hvor rapporten peger på behovet for at flytte visitationen tættere på borgeren, ligesom bedre og mere meningsfuld dokumentation fremhæves. I forhold til sidstnævnte fremhæves udfordringer ved brug af FSIII, og der peges på behovet for at gentænke FSIII. Netop udfordringerne ved FSIII har været et af bestyrelsens opmærksomhedspunkter gennem længere tid, fordi det meget dårligt understøtter demenskoordinatorernes arbejde. Derfor er vi meget glade for, at der bliver sat spot på dette. Det bliver spændende at følge det videre arbejde med at udarbejde en ny ældrelov. Senest har regeringen i et nyt udspil, "Danmark kan mere 3", foreslået, at social- og sundhedsfaglige medarbejdere, der i dag arbejder som fx visitatorer eller koordinatorer, i højere grad skal tage del i arbejdet med borgerne. I DKDK vil vi arbejde for at gøre det tydeligt, at demenskoordinatorer i høj grad tager del i arbejdet med borgerne – ikke nødvendigvis i den daglige pleje, men gennem samtale, vejledning og relationsopbygning, som alt sammen er væsentligt for at hjælpe mennesker med demens og deres familier til at leve et værdigt og meningsfuldt liv.

Der er nok at tage fat på for bestyrelsen det kommende år – og vi glæder os til det. Vi hører meget gerne fra jer, hvis I har ideer til temaer eller aktiviteter, bestyrelsen kan arbejde med den kommende tid.

Gitte Kirkegaard
Formand, DKDK

INDHOLD:

Leder	1
Infektioner er særligt farlige for mennesker med demens	2
Nyt fra Sundhedsstyrelsen	3
Det hele forandrer sig langsomt og hele tiden, og man kan knapt nok følge med til tider	5
Hvornår er det nu, vi skal gøre brug af specialiseret rådgivning fra VISO?	10
Fra fingerspidsfornemmelse til BASIC-Q – erfaringer med brug af nyt værktøj til tidlig opsporing af demens	13

Infektioner er særligt farlige for mennesker med demens

Af Rebekka Falsing Strangholt, Presse- og kommunikationskonsulent, Nationalt Videnscenter for Demens

Infektioner kræver hyppigere indlæggelse og er oftere fatale for mennesker med demens end for andre. Derfor er det ekstra vigtigt, at vi bliver bedre til at opspore og håndtere infektion hos mennesker med demens.



Der er en tydelig sammenhæng mellem infektioner og demens, både når det gælder hyppigheden af infektioner, konsekvenser af infektioner og infektioner som kræver hospitalskontakt. Mennesker med demens har desuden en større risiko for at dø efter en infektion, også selv om det blot er en banal infektion.

Det viser forskning fra Nationalt Videnscenter for Demens, der primært er foretaget af postdoc Janet Janbek.

Faktisk viser hendes forskning, at mennesker over 65 år med demens har 50 procent højere risiko for at blive indlagt med en infektion, end mennesker over 65 år uden demens. Derfor er der god grund til at være ekstra opmærksom på, om der er tegn på, at en borger har en infektion, inden det bliver hospitalskrævende.

Nogle af de hyppigste infektioner er urinvejsinfektion og lungebetændelse. Den højeste dødelighed findes efter sepsis – altså blodforgiftning – som mennesker med demens er 62 procent oftere indlagt med end mennesker af samme alder uden demens.

”Den forhøjede risiko for indlæggelse med sepsis kan skyldes, at mennesker med demens er mere sårbare over for alvorlige infektioner, men det kan også være fordi, de går alt for længe rundt med infektioner, som ikke bliver opdaget, før de bliver livstruende,” siger Janet Janbek.

Bliver infektionen reelt behandlet?

Mennesker med demens dør oftere end andre efter infektioner. Mortalitätsrisikoen er størst den første måned efter en infektion, men Janet Janbeks forskning viser, at helt op til 10 år efter en infektion, er der forhøjet risiko for at dø, hvis man har demens.

Det kan der være mange årsager til, mener Janet Janbek.

”Mennesker med demens er formentlig svagere og har brug for mere hjælp efter en endt indlæggelse. Den indledende infektion kan igangsætte en række begivenheder, der ultimativt fører til død. Infektioner kan også spille en rolle i acceleration eller forværring af demenssygdommen og dermed bidrage til øget dødelighed på længere sigt,” siger hun.

Det er derfor meget vigtigt at fokusere på infektionsforebyggelse samt at levere den korrekte pleje og

behandling af infektioner. Faktisk viser hendes forskning, at mennesker med demens har større risiko for at blive genindlagt inden for en uge.

”Det fortæller os, at der er mulige problemer med behandlingen og håndteringen af infektioner. Det kan for eksempel være, at det er svært for mennesker med demens at få taget antibiotika rigtigt, eller at infektionen ikke bliver diagnosticeret korrekt og derfor ikke behandlet korrekt”.

Ser man på de forskellige typer af infektion og genindlæggelse, viser tallene, at når et menneske med demens bliver diagnosticeret med en uspecifik infektion og efterfølgende bliver genindlagt efter en uge, skyldes 95 procent af genindlæggelserne også en infektion. Det gælder kun for 40 procent af genindlæggelserne for ældre uden demens, men med samme uspecifikke diagnose.

”For mig viser det, at der er en tydelig udfordring, vi bliver nødt til at finde ud af, hvordan vi tackler,” siger Janet Janbek.

Går galt et sted

På baggrund af Janet Janbeks forskning ved vi nu, at der er en tydelig forskel på genindlæggelser og mortalitet ved infektion hos mennesker med demens. Vi ved også, at der er nogle faktorer i forebyggelsen, opsporingen og/eller behandlingen af infektioner hos mennesker med demens, som kan blive bedre.

Det er noget af det, som Janet Janbeks videre forskning handler om.

”Nu skal vi undersøge, hvad der sker i beslutningsprocesserne fra, at en infektion er diagnosticeret og håndteret. På den måde kan vi mere præcist identificere, hvor vi kan gribe ind og skabe evidensbaserede løsninger, der holder praksis på tværs af professioner, der er involveret i demenspleje” siger hun.



Nyt fra Sundhedsstyrelsen

Af Louise Willads, fuldmægtig, Enhed for Ældre og Demens, Sundhedsstyrelsen

I dette nummer sætter vi fokus på den ene af vores populære demenshåndbøger, der omhandler seksualitet og den opdaterede version af vores Træningsguide til mennesker med demens. Vi fortæller også om Videnscenter for værdig ældreplejes nye hjemmeside og kommende aktiviteter og tilbud fra Sundhedsstyrelsen.



Seksualitet hos mennesker med demens i ældreplejen

Vi har alle behov for kærlighed og omsorg. Og uanset alder har vi stadig behov for nydelse, intimitet og berøring. Det kan være en stor udfordring at tale om og arbejde fagligt med seksualitet hos ældre. Både for borgeren, pårørende og medarbejderne, da emnet kan opleves meget privat og tabubelagt. Hvis man har en demenssygdom, kan ens seksualitet blive påvirket på måder, der kan skabe dilemmaer og vanskelige situationer i dagligdagen. Fx mister nogle mennesker med demens, evnen til at afkode og aflæse andres grænser og kan komme til at have en uforståelig eller uhensigtsmæssig seksuel adfærd. Når vi arbejder med mennesker med demens, er det vigtigt altid at være nysgerrig på årsagerne bag personens adfærd. Det er ikke sikkert, at den seksuelle adfærd handler om et seksuelt behov.

Håndbogen "Seksualitet hos mennesker med demens i ældreplejen" opstiller 9 pejlemærker for arbejdet med ældre menneskers seksualitet:

- Seksualitet er mere end sex. Det er en del af livet – hele livet.
- Når I arbejder fagligt med borgerens seksualitet, er I med til at understøtte borgerens trivsel. Personcentreret omsorg handler også om borgerens seksuelle behov og udfordringer.
- En demenssygdom kan påvirke seksualiteten og hvordan den kommer til udtryk, fx på grund af reducerede hæmninger eller manglende forståelse for omgivelserne.
- Borgeren med demens ved ikke altid, hvad der er hensigtsmæssig seksuel adfærd, men kan altid mærke vrede eller andre negative reaktioner fra medarbejdere og omgivelser.
- Arbejd fagligt ved at observere trivsel og adfærd og reflekter fagligt med dine kollegaer. Private normer og antagelser er ikke en del af det faglige arbejde.
- Ikke al adfærd, der virker seksuel, handler om noget seksuelt – undersøg årsagerne bag borgerens adfærd.
- Start altid med små interventioner, der er tilpasset den enkelte borger.
- Vær med til at bryde tovejstabet omkring seksualitet

ved at tage initiativ til dialog med borgeren og de pårørende.

- Øv dig sammen med dine kollegaer i at snakke fagligt om seksualitet.

Du kan hente meget mere viden og inspiration i håndbogen [her](#), bl.a. hvilke værktøjer og metoder man kan benytte til at understøtte borgerens seksualitet, samt hvordan ledelsen kan støtte medarbejderne i det faglige arbejde med seksualitet.

Sundhedsstyrelsen har udgivet en række demenshåndbøger, som har til formål at give konkrete og praksisnære inputs til det social- og sundhedsfaglige arbejde med at sikre god og værdig pleje for mennesker med demens. Find alle håndbøgerne [her](#).

Fysisk aktivitet kan styrke livskvaliteten for mennesker med demens

Sundhedsstyrelsen har opdateret Træningsguiden for mennesker med demens, som kan hjælpe både mennesker med demens og ældre med nedsat funktionsniveau i at være fysisk aktive.

Guiden indeholder 27 øvelser og lege opsat i et format, der er nemt at tage med ud i praksis. Guiden giver inspiration til fysisk aktivitet i fem hverdagsmiljøer: eget hjem, naturen, foreningen, på pleje- eller aktivitetscenter og i træningscentret. Guiden har fokus på fysisk intensitet, kondition, styrketræning, balance, koordination samt kognitive udfordringer. Derudover er der fokus på leg og socialt samvær. De fleste af øvelserne kan justeres både i forhold til antallet af deltagere og sværhedsgrad.

Træningsguiden er til kommuner, frivillige, pårørende, trænere i



en forening eller andre, som støtter mennesker med demens i at blive - og ikke mindst forblive - fysisk aktive og bevare en god trivsel og sundhed så længe som muligt.

Den nye guide er opdelt i to publikationer – en fuld version, der indeholder baggrundviden, kommunikation og alle øvelser og en kort udgave, der kun indeholder øvelser. Du kan downloade de to publikationer [her](#).

Sundhedsstyrelsen afholdte den 6. oktober 2022 et webinar, hvor den nye træningsguide blev præsenteret. Webinaret bestod af en vekslen mellem videns- og erfaringsbaserede oplæg, film og debat. Du kan se webinaret [her](#).

Træningsguiden er oprindeligt udviklet i 2018 til Sundhedsstyrelsen af konsulenthuset PLUSS, Ældre Sagen og Institut for Idræt og Ernæring (NEXS), Københavns Universitet som led i Den Nationale Demenshandlingsplan 2025.

Sundhedsstyrelsen på DKDK Årskursus

Sundhedsstyrelsen deltog på årskurset i september med både stand og to seminarer. Demensrejseholdet havde to seminarer på torsdagens program, som handlede om nedbringelse af antipsykotisk medicin.

Begge seminarer var velbesøgte, og vi var glade for at møde den store interesse i netop dette emne. Vi havde også en stand, hvor vi fik lejlighed til at møde mange af deltagerne og gå i dialog om vores indsatser, materialer og generelle problematikker på demensområdet.

Vi fik delt flittigt ud af bl.a. demenshåndbøger og refleksionskort og takker for den store interesse i vores materialer. Vi håber, at de kan være med til at understøtte jeres vigtige arbejde i forhold til den gode demensomsorg og

værdige ældrepleje.

Vi håber, at vi ses igen i 2023.

Kommende aktiviteter og tilbud

Temadage og webinar om nedbringelse af antipsykotisk medicin til mennesker med demens:

Vil du have mere viden om, hvordan antipsykotisk medicin påvirker et menneske med demens? Så tilmeld dig en af Sundhedsstyrelsens gratis temadage eller webinar, og bliv klogere på medicinens bivirkninger og hvordan vi kan arbejde med alternativer til antipsykotisk medicin.

Webinar, fredag d. 25. november kl. 12:30-15:30.

Ny hjemmeside

Videnscenter for værdig ældrepleje i Sundhedsstyrelsen er gået i luften med en ny hjemmeside. Her kan du finde udgivelser, redskaber, film og webinarer, der handler om værdig ældrepleje.

Det betyder, at du nu har en samlet indgang til det, der før lå spredt på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Du kan bl.a. gå på opdagelse i det nye tema om demens, hvor vi har samlet relevante materialer fra Sundhedsstyrelsens initiativer på demensområdet.

www.sst.dk/vaerdighed



"Det hele forandrer sig langsomt og hele tiden, og man kan knapt nok følge med til tider"

Af Barbara Egilstrød, projektleder og Kirsten Shultz Petersen, vejleder. Institut for Medicin og Sundhedsteknologi på Aalborg Universitet.

Et bidrag på baggrund af en kvalitativ undersøgelse af "kvindelige ægtefællers oplevelse af at leve med en husbond demens" Barbara er PhD studerende. Hun forsker i støtte til pårørende i hverdagslivet med demens, samspillet i pårørende støtte, når flere aktører er involveret, samt inddragelse og samskabelse i udvikling af kommunale sundhedsindsatser. Kirsten er lektor. Hun forsker i rehabilitering og demens og betydningen af inddragelse og samskabelse i udvikling af kommunale sundhedsindsatser.

Demens opleves og håndteres i hverdagslivet

Demens opleves og håndteres i hverdagen af borgere med demens og i høj grad af deres nærmeste pårørende. Ifølge professor emeritus, Birthe Bech-Jørgensen, (Bech-Jørgensen) er hverdagslivet det liv, vi lever hver dag. Vi opretholder, genskaber og omskaber vores liv hver dag. Når hverdagslivet forstyrres, bliver vi nødsaget til at finde andre måder at leve vores hverdagsliv på, så forstyrrelser kan håndteres.

En demenssygdom er et godt eksempel på, hvordan hverdagslivet kan forstyrres, og hvordan det får betydning for, hvordan hverdagslivet håndteres. Forstyrrelserne i hverdagslivet begynder ofte, før diagnosen stilles, hvor der opleves nogle forandringer, oftest af de pårørende. Bech-Jørgensen beskriver dette som en ekstern forandring, en forandring, der kommer udefra. En udefrakommende forandring kan fx være en demensdiagnose, som forårsager indgribende forandringer for det enkelte menneske og dets levevilkår. Typisk forsøger man at håndtere disse forandringer ved at fortsætte og genoprette hverdagen, som man kender den. Man forsøger at gøre det, man plejer, men det er som regel ikke holdbart i længden, da

betingelserne for hverdagen, som man kender den, har forandret sig.

Efterhånden som sygdommen udvikler sig bliver borgere med demens mere kognitivt svækkede, og de får sværere ved at håndtere praktiske gøremål og bliver socialt udfordrede. De får derfor behov for støtte. De pårørende er oftest primus motor i at få hverdagen til at hænge sammen og er dem, som oftest yder omsorg og støtte. På det tidspunkt, hvor borgeren med demens bliver afhængig af den pårørende som primær omsorgsperson, sættes rammerne for en ny hverdag - foranderlig og uforudsigelig. Bech-Jørgensen beskriver udover de eksternt betingede forandringer også de internt betingede forandringer. Det er i de internt betingede forandringer, at hverdagslivet for alvor skal håndteres. Bech-Jørgensen beskriver de interne forandringer som enten *forskydninger*, *skred* eller *brud*. 'Forskydninger' er ubemærkede forandringer, som håndteres ubemærket. Vi tænker ikke over, at vi tilpasser os. 'Skred' er mærkbare forandringer, hvor det åbenlyst må håndteres på nye måder. Her er man godt klar over forandringerne, men man er stadig i stand til at håndtere forandringerne og genoprette hverdagens rutiner. 'Brud' er



omfattende forandringer, som kræver en omstrukturering af hverdagslivet. Nye måder at håndtere hverdagslivet på sker oftest i grænseområder imellem de kendte hverdagsrutiner og kaos. I et demensforløb er dette grænseområde hele tiden i bevægelse, og der er en vekselvirkning imellem disse tre tilstande igennem hele demensforløbet (Bech-Jørgensen, 1995).

Kvindelige pårørende er i overtal

Pårørende kan være ægtefælle, kæreste, børn, børnebørn, venner eller naboer. Oftest er de pårørende kvinder. I Europa er 83% af de pårørende til borgere med demens

kvinder (Alzheimer Europe, 2018), men hvordan fordelingen ser ud i Danmark, vides ikke. Historisk set har kvinder været dem, som oftest påtager sig omsorgsarbejdet. Det er oftest kvinder, der bidrager med omsorg og støtte både i kernefamilien for børn og ægtefæller, men også udenfor kernefamilien for andre familiemedlemmer og venner (Pezzin and Schone, 1999; Tennille J. Checkovich and Steven Stern, 2002; Spiess and Schneider, 2003). Det kan forklares med, at kvinder har tilpasset sig de samfundsmæssige og heteronormative forventninger til kvinders omsorgsarbejde (Eriksson, Sandberg and Hellström, 2012). Endvidere tyder det på, at kvinder oplever en større omsorgsbyrde end mænd, især når det kommer til demens (Pöysti *et al.*, 2012).

Kvinders oplevelse af at være pårørende i hverdagslivet med demens

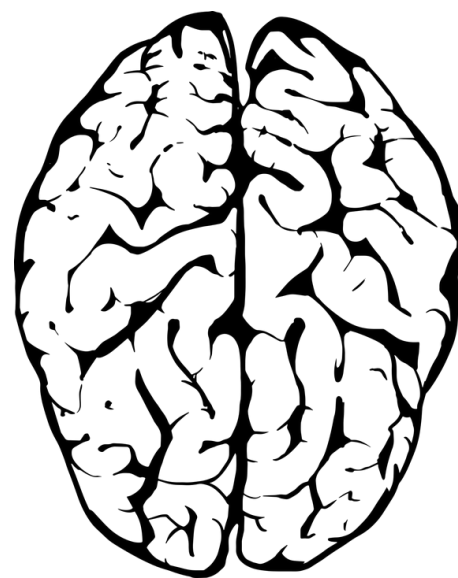
Ni kvinder blev interviewet om, hvordan de har oplevet og håndteret forandringer i hverdagslivet med demens (Egilstrød and Petersen, 2021). Kvinderne har alle haft hjemmeboende mænd og været

pårørende de seneste to til ni år. Det gav mulighed for at få viden om, hvordan pårørende håndterer et foranderligt hverdagsliv med demens.

Kvinderne fortæller, at de tilpasser hverdagslivet efter demenssygdommen. De finder hele tiden nye måder at være i hverdagen på og indretter hverdagslivet efter, hvad der kan lade sig gøre. Kvinderne veksler imellem at håndtere hverdagens forandringer i det ubemærkede og det mærkbare. Der kommer tidspunkter, hvor forandringerne er så omfattende, at det kræver en mærkbar omstrukturering. Det kommer fx til udtryk ved, at kvinderne begynder at trække sig tilbage socialt, da de ikke længere oplever, at det er forsvarligt at forlade hjemmet. Desuden oplever de en række dilemmaer omkring, hvornår de skal gribe ind eller tage over for mændene i forskellige situationer.

Når ægteskabet forandres

En demenssygdom kommer snigende, og i starten, hvor kvinderne oplever små ændringer, er det ikke demens, de tænker på som det første. De fortæller,



hvordan de prøver at finde andre årsager til de oplevede forandringer ved fx at slå det hen med, at deres mænd også har haft for travlt. På et tidspunkt bliver forandringerne dog så omfattende, at de indser, at det er demens. Kvinderne oplever dog, at deres ægtefælles forandringer svinger meget, hvilket medfører uforudsigelighed i sygdomsforløbet. En kvinde fortæller:

"Alzheimer gør jo, at man ikke kan huske, og tingene bliver meget værre. Men så pludseligt i sidste uge, lige før weekenden, så kom han sig lidt, og jeg tænkte, wauw, han var lige ved at være tilbage igen" (Sophie)

Det bliver derfor også forvirrende for kvinderne, da forandringerne er dynamiske, og nogle gange forværres symptomerne, mens de andre gange oplever en form for forbedring i sygdomsforløbet. Når kvinderne oplever en forbedring, håber de, at disse forbedringer vil fortsætte, selvom de godt er klar over, at sygdommen overordnet set fører til en forværring både kognitivt, fysisk og socialt.

Som demenssygdommen udvikler sig, begynder kvinderne at kompensere for mændenes



hukommelsestab og funktionsnedsættelse ved at justere, hvordan de udfører hverdagens opgaver, således at manden fortsat kan lave de aktiviteter, som han altid har gjort. En kvinde fortæller:

"Han har jo aldrig været særlig praktisk. [...] Jeg tror, at han kompenserer for hans dårlige syn. Når han skal skænke kaffe i en kop, så hælder han kaffe til det når helt op til toppen, og han stopper ikke. [...] så prøver jeg at lære ham, hvordan han skal gøre. Ja ja, det må være den bedste måde, siger han" (Anna-Sophia)

I takt med forandringerne oplever kvinderne også en ændring i ægteskabet, hvor de på et tidspunkt har mistet så meget af deres ægtefæller, at de ikke oplever at være i et ægteskab længere, men at være omsorgspersoner for deres mænd.

Når man bliver bundet til hjemmet

Som tiden går og forandringerne skrider frem bliver kvinderne mere og mere bundet til hjemmet.

Kvinderne føler, at de skal holde godt øje med, hvordan mændene klarer sig i hverdagslivet. De får ikke meget sammenhængende søvn, da nogle af mændene også begynder at gå oppe om natten. En kvinde oplever det sådan her:

"[...] han får medicin, fordi hans adfærd har forandret sig. Det skulle give noget mere ro, og i så måder virker det, men han farer rundt, og han sover mindre. Jeg havde håbet, at han ville sove mere, en middagslur eller eftermiddagslur, men han sover faktisk mindre. Han står også op om natten; og forrige nat ville han ikke i seng, men jeg gik i seng, fordi jeg var træt" (Ruth)



Det kan være svært for kvinderne at acceptere, at mændene har forandret sig og fx husker dårligt, hvilket kvinderne kan blive flove og irriterede over, især når andre er til stede. En kvinde siger:

"han gentager hele tiden sig selv. Nogle gange bliver jeg virkelig bekymret og fortæller ham, at vi har snakket om det. Jeg ved ikke, om det er forkert at sige, men jeg kan ikke lade være med at sige noget [...] Jeg må nok acceptere, at han ikke kan huske det. Men jeg tænker ikke, at det er forkert at sige, at vi lige har snakket om det, for andre gider jo ikke at høre om det igen" (Elisabeth)

Kvinderne forsøger med tiden at acceptere situationen, hvor de justerer og ændrer deres ægteskabelige roller. De oplever med tiden, at det er mere trygt at blive hjemme. At tage på ferie eller at tage til fester, som de plejede, er ikke længere en mulighed. Kvinderne føler længsel efter at komme ud også bare for at ordne praktiske ærinder. De føler sig dog bundet til hjemmet, fordi mændene ikke kan finde ud af at være væk hjemmefra og socialisere. Og de kan ikke være alene hjemme for længe ad gangen, som denne kvinde fortæller:

"hvis jeg skal på apoteket, så skal jeg samle alt sammen [...] jeg skal være hurtig [...] det er også rart at kunne komme i byen og shoppe lidt for at kigge lidt. Men det har jeg ikke gjort i flere år" (Maria)

Da kvinderne er bundet til hjemmet, bliver kontakten til venner og familie sparsom. De savner at have kontakt til omverdenen, men de føler, at de er nødsaget til at blive hjemme:

"Når jeg læser i avisen [...] og ser spændende udstillinger eller forelæsninger [...] så bliver jeg nødt til at fortælle mig selv, at det kan jeg ikke [...]" (Anne-Sophia)

I stedet for at komme ud som kvinderne plejede, så finder de små frirum i hjemmet, hvor de lige kan få sig en pause:

"[...] Han hjælper med opvasken [...] Ofte lukker han ikke skabe og skuffer [...] det er rart bare at få fem minutter, for det er vel ikke så tit man får det, vel? Så det er rart bare med fem eller ti minutter [...] til trods for, at jeg skal gå nedenunder igen og sætte alt på plads" (Kathrina)

Når ensomheden og stresstilstanden vokser

At blive bundet til hjemmet og miste kontakten med omverdenen giver en oplevelse af ensomhed, og kvinderne oplever at blive mere og mere belastede.

Til trods for at kvinderne får hjælp udefra, så oplever de, at hjælpen ikke er tilstrækkelig, fordi der er så mange opgaver i løbet af en dag. En kvinde siger fx:

”Så kommer hjemmehjælpen forbi [...] Normalt, så tager jeg opvasken, mens hun er her [...] og så [...] har jeg meget vasketøj, fordi han har Parkinsons, så han spilder. [...] Så skal jeg forberede frokost [...] jeg synes hele tiden, at jeg skal noget” (Ruth)

Kvinderne oplever yderligere, at det er svært at tale med nogen om deres situation, og at familie og venner undervurderer mandens reelle kognitive og funktionelle svækkelse. Kvinderne vælger derfor at holde udfordringerne for sig selv frem for at blive misforstået:

”Du gør i forvejen alt hvad du kan. Alt, og folk forstår det ikke, for når man sidder der, så kan han sidde og snakke med også, men om fem minutter har han glemt alt [...] Men folk forstår det ikke helt” (Josephine)

Det konstante fokus på deres ægtemænds behov medfører en øget fysisk og psykisk belastning for kvinderne. Kvinderne bekymrer sig hele tiden og følger hele tiden med i, hvad deres mænd gør. *”Mine øjne er altid nogle meter foran hans”*, som en kvinde udtrykker det.

Kønsmæssige ligheder og forskelle i oplevelsen og håndteringen af demens

Selvom der ikke er lige så mange mænd som kvinder i omsorgsrollen for

en borger med demens, så oplever mænd naturligvis også belastninger, når deres ægtefælle får demens. Forskning viser, at der er flere ligheder end forskelle imellem den måde, kvinder og mænd oplever demensforløbet. Særlige ligheder er oplevede forandringer som sorg og negative personlige følelser, så som skyld, skam, ensomhed, vrede, bitterhed m.m. (Madsen and Birkelund, 2013).

Derudover forekommer der ligheder i måden, hvorpå de praktisk håndterer praktiske gøremål i hverdagen med demens og vedligeholder sociale forbindelser. Som demenssygdommen skrider frem, bliver de pårørende mere bundne som omsorgspersoner og påtager sig et større praktisk ansvar i hverdagen. Både kvinder og mænd forsøger i starten at holde fast i deres hobbyer og sociale relationer for at skabe et frirum i hverdagen og tage hensyn til deres egne behov. De er dog generelt ikke i stand til at slippe den dårlige samvittighed. Til sidst er de nødt til at begrænse og måske helt stoppe deres aktiviteter udenfor hjemmet for at blive hjemme hos ægtefællen. Undersøgelser viser endvidere, at ægtefæller forsøger at fastholde hverdagslivet i hjemmet så længe som muligt, også hvor betingelserne for at opretholde hverdagslivet ikke er til stede, og plejehjem derfor er på tale. Flere ægtefæller fortæller, at det er svært at give slip, og at de har lovet hinanden at være der for hinanden i medgang og modgang (Hellström et al., 2017; Egilstrod, Ravn and Petersen, 2018).

Der ser dog også ud til at være en forskel i, hvordan kvinder og

mænd forholder sig til rollen som pårørende.

En undersøgelse viser, at mænd i begyndelsen af demensforløbet forsøger at skabe afstand mellem at være omsorgsperson og ægtefælle, og de har typisk en tilgang til omsorgsarbejdet som en opgave, der skal løses. De forsøger at håndtere og planlægge situationerne ud fra rationelle kriterier, hvor de bliver handlingsorienterede og fokuserede på at løse den opgave, de står overfor. Dette bliver en håndteringsstrategi til at tage afstand til følelser. Mændene håndterer den nye tilværelse ved at holde mest muligt følelsesmæssig afstand til omsorgsopgaven, og lade den forstyrre så lidt som muligt i deres hverdagsliv. Som sygdommen skrider frem, og ægtefællen bliver mere svækket, kommer omsorgsrollen tættere på. Mændene rykker tættere på omsorgsopgaven i takt med, at de erkender de nye betingelser for at håndtere hverdagslivet, og efterhånden forener de sig med at være omsorgsperson. Fx havde en mand en rutine med at gå i haven alene for at være sig selv, som han altid havde gjort, hvilket han også gjorde i starten af demensforløbet. Men da demenssygdommen blev forværret, kom kvinden med ud i haven og var der sammen med ham. Jo mere sygdommen skred frem, jo mere tog manden over. På et tidspunkt kom konen på dagcenter,



hvor manden fortsatte med at forsøge at klare mange af opgaverne ude i haven og nu også indenfor i hjemmet, imens hun var væk. Undersøgelsen viste generelt, at mænd i starten af forløbet distancerede sig fra demenssygdommen og omtalte omsorgsopgaven, som noget hustruen *havde*, men at de efterhånden beskrev demenssygdommen som noget, *de* levede i, og som var *deres* hverdag sammen.

De mænd, der tidligere havde levet i heteronormative roller med en forventning om, at kvinden tog den største del af omsorgsarbejde, og hvor der havde været en tydelig fordeling af huslige pligter, krydsede på et tidspunkt en grænse, hvor de formåede at hengive sig til det, de før anså som kvindens opgave. De forbinder sig også følelsesmæssigt med omsorgsopgaven og hengiver sig til løftet i medgang og modgang. Således udvider de den mandlige identitet som bygger udelukkende på heteronormative forventninger (Hellström *et al.*, 2017). I vores analyse ovenfor viser det sig, hvordan kvinder holder fast i ægteskabet og hverdagen, og forsøger at justere den, hvor de med tiden oplever at gå fra *"vi til jeg"*, fra ægtefælle til omsorgsperson. Dette kan tyde på, at kvinder fra start følger samfundsmæssige og normative

forventninger til en kvinde, hvor det for kvinden kan være naturligt at være i en omsorgsrolle. I et litteraturstudie fandt vi desuden, at par generelt forsøger at fastholde ægteskabet og forsøger at rekonstruere ægteskabet så længe det er muligt, hvorefter de oplever at gå fra *"vi til jeg"*, og til primært at være omsorgsperson fremfor ægtefælle (Egilstrød, Ravn and Petersen, 2018).

Hvad kan vi lære af forskningen

En synliggørelse af, hvordan pårørende håndterer et hverdagsliv med demens, der hele tiden er foranderligt, kan bidrage til at forstå, hvordan hverdagslivet opleves og håndteres, når de får en særlig rolle som omsorgspersoner til en ægtefælle med demens. De pårørendes fortællinger giver anledning til forskellige følelser, håndteringsstrategier og derved forskellige behov for støtte. Det bliver tydeligt, hvordan pårørende lever med og håndterer hverdagslivet med demens. I starten forsøger de at holde sammen på den hverdag, de kender, og det ægteskab de lever i, og i takt med at *forskydninger* bliver til *skred*, og *skred* bliver til *brud*, er ægtefæller nødsaget til at finde nye måder at være i hverdagen på. Det er også tydeligt, hvordan særligt to følelsesmæssige håndteringsstrategier anvendes. Den ene strategi, hvor

pårørende kommer til at påtage sig demensomsorgsopgaven, som en opgave der skal løses, hvor følelserne bliver skubbet til side og den anden, hvor de følelsesmæssige reaktioner hærger løs fra begyndelsen samtidig med, at de skal finde sig til rette i hverdagen. Ved at være opmærksom på hverdagslivet og ægtefællers fortællinger om forandringerne, kan fagprofessionelle, frivillige og andre personer tæt på parret bedre forstå pårørendes behov for støtte i hverdagen - også den følelsesmæssige støtte. Ofte kommer de pårørendes behov snigende og ubemærkede, samtidig med at de har et altovervejende fokus på at identificere og tilgodese deres ægtefællers behov (Clemmensen *et al.*, 2020). Det er derfor vigtigt at være informativ om eksisterende tilbud og hele tiden være opsøgende i forhold til at afdække pårørendes behov, således at pårørende på bedste vis kan støttes i hverdagslivet.

Afslutningsvis er det vigtigt med generel folkeoplysning, da tegn på demens og dermed forandringer i hverdagslivet, starter langt før borgerne får en demensdiagnose, hvorved behovet for støtte er til stede allerede inden en diagnose.

Kilder

Alzheimer Europe (2018) *European Carers' Report 2018 Carers' experiences of diagnosis in ve European countries.*

Bech-Jørgensen, B. (1995) *Når hver dag bliver hverdag*

Clemmensen, T. H. *et al.* (2020) "I know his needs better than my own" – carers' support needs when caring for a person with dementia',

Egilstrød, B. and Petersen, K. S. (2021) 'Female spouses lived experiences of living with a husband with dementia: a qualitative study on changes in everyday life',

Egilstrød, B., Ravn, M. B. and Petersen, K. S. (2018) 'Living with a partner with dementia: a systematic review and thematic synthesis of spouses' lived experiences of changes in their everyday lives',

Eriksson, H., Sandberg, J. and Hellström, I. (2012) 'Experiences of long-term home care as an informal caregiver to a spouse: gendered meanings in everyday

life for female carers',

Hellström, I. *et al.* (2017) 'Development of older men's caregiving roles for wives with dementia',

Madsen, R. and Birkelund, R. (2013) "The path through the unknown": The experience of being a relative of a dementia-suffering spouse or parent.'

Pezzin, L. E. and Schone, B. S. (1999) 'Intergenerational household formation, female labour supply and informal caregiving: a bargaining approach'

Pöysti, M. M. *et al.* (2012) 'Gender Differences in Dementia Spousal Caregiving',

Spiess, C. K. and Schneider, U. A. (2003) 'Interactions between care-giving and paid work hours among European midlife women, 1994 to 1996'

Tennille J. Checkovich and Steven Stern (2002) 'Shared Caregiving Responsibilities of Adult Siblings with Elderly Parents

Hvornår er det nu, vi skal gøre brug af specialiseret rådgivning fra VISO?

Af: Nina Larsen, Socialfaglig konsulent, VISO



Det kan for ansatte på ældreområdet være svært at vurdere, hvornår et ønske om specialiseret rådgivning eller udviklingsforløb skal ansøges via Sundhedsstyrelsen eller Socialstyrelsen. Denne usikkerhed kan medføre, at den ansatte undlader at ansøge, eller blot søger der, hvor de plejer. Demenskonsulenter kan med deres overblik og rådgivningskompetencer være den gode sparringspartner for de ansatte i forhold til afklaringen af, hvem der skal kontaktes hvornår.

Om VISO

VISO har eksisteret siden 2007, hvor amterne blev nedlagt. Herefter overtog VISO rådgivningsforpligtelsen til de kommunale, regionale og private tilbud på det specialiserede socialområde.

VISO har et leverandørnetværk som dækker hele Danmark. I dette netværk er der specialister inden for alle målgrupper, som hører under det specialiserede socialområde, både ift. børn og unge, specialundervisning og voksne og ældre.

På ældreområdet gennemfører VISO ca. 90 enkeltsagsforløb om året og ca. 10 gruppesagsforløb.

Hvis man som kommunal, selvejende eller privat institution på ældreområdet ønsker specialiseret rådgivning eller kompetenceløft, så kan der være hjælp at hente ved både Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen.

Artiklen her har som formål at skitsere, hvilke tilbud om specialiseret rådgivning, der kan opnås via kontakt til Socialstyrelsens fagkontor, *den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation* (VISO). Sundhedsstyrelsens Rejsehold vil også kort blive beskrevet, med henblik på at give læser et bredere billede af, hvilke tilbud der kan være relevante for egen organisation. Herudover beskrives VISO's erfaringer med og ønsker til samarbejdet med kommunernes demenskonsulenter.

Hvem er VISO?

Socialstyrelsen driver den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO), som leverer specialiseret rådgivning på hele det sociale område, herunder også ældreområdet samt hjælpemiddelområdet. Rådgivningen fra VISO bliver varetaget af specialister fra praksis, som derfor kan tale direkte ind i den lokale

kontekst. VISO har fokus på at tilføre praksis viden om en konkret målgruppe og opkvalificere medarbejderne i brugen af konkrete metoder eller redskaber, så det skaber positive forandringer for borgeren og dennes omgivelser.

Hvad er det VISO tilbyder?

Kerneopgaven for VISO er at yde specialiseret rådgivning på enkeltsagsniveau. Det vil sige, at rådgivningen tager afsæt i en konkret borgersag, hvor fagpersonerne omkring borgeren, oplever at være kørt fast i forhold til at kunne yde den støtte, som borger har brug for.

Rådgivningsforløbene tilrettelægges efter den konkrete problemstilling og hensynet til den lokale kontekst. Temaerne i rådgivningen kan fx være målgruppeviden, metoder og redskaber til at støtte op omkring borgeren, samt at understøtte samarbejdet, hvis sagen er præget af konflikter og samarbejdsvanskeligheder. Der er således tale om helt konkrete borgersager, hvor der arbejdes med inddragelse af borger og pårørende, refleksionsrum for medarbejderne samt mulighed for sparring på lederniveau i de sager, hvor forandringerne af den ene eller den anden

Eksempel på enkeltsag

Hjemmeplejen oplever vanskeligheder med at gennemføre den bevilgede støtte og omsorg til en 58årig mand, som bor i egen bolig. Manden har en erhvervet hjerneskade og er som følge heraf fysisk plejekrævende. Hjemmeplejen oplever, at han oftest skælder ud, taler nedladende til dem, samt slår ud efter dem, når de vil hjælpe ham med personlig hygiejne. Jævnligt må personalet opgive at yde støtten, og trække sig, til han er faldet til ro. De pårørende er frustrerede over det, de oplever, som værende en manglende indsats i hjemmet, og klager derfor ofte til visitationen. Visitor og hjemmeplejeleder henvender sig til VISO. Rådgivningsforløb iværksættes med fokus på at få skabt en fælles forståelse for borgers adfærd, herunder anbefalinger til, hvordan personalet kan opnå en bedre relation og samarbejde med borger, så de i højere grad kan lykkes med støtten i hjemmet.

årsag kan være svære at få forankret i den daglige praksis omkring borgeren.

Foruden rådgivning på enkeltsagsniveau, så tilbyder VISO også rådgivning i form af gruppeforløb. I gruppeforløb tilbyder VISO rådgivning og vidensformidling til medarbejdere i kommunen, som har et behov for rådgivning i forhold til en gruppe af borgere inden for det specialiserede område. Dette kunne fx være et alment somatisk plejehjem, hvor der er flyttet flere beboere ind med samme udfordringer som fx aktivt misbrug eller erhvervet hjerneskade. Gruppeforløb er på et generaliseret niveau, hvorfor der ikke skal fremsendes akter, indhentes samtykke mm.

Eksempel på gruppesag

Hen over de seneste år, er der visiteret flere beboere til plejecenteret, som foruden deres fysiske funktionsnedsættelser, også har psykiske lidelser. For en del af de nye beboere kommer problemerne til udtryk ved, at de har ringe sygdomsindsigt og derfor afviser plejen. Afvisningerne har form af vredesudbrud både verbalt og fysisk målrettet personalet. Personalet er som følge heraf tiltagende utrygge ved at gå på arbejde.

Ledelsen beslutter at ansøge VISO om et gruppesagsforløb. Rådgivningsforløb iværksættes med en VISO specialist med særlig viden indenfor psykiatrien, herunder viden om og erfaring med konkrete metoder og tilgange, som personalet kan anvende i deres relation til og samarbejde med beboerne. Forløbet bliver en veksling imellem oplæg fra VISO og inddragelse af personalets erfaringer og viden, således at de aftalte tiltag er noget alle parter kan se sig selv i, og som er realistiske i forhold til den lokale kontekst.

Ligner Rejseholdene og Gruppesager ikke meget hinanden?

Rejseholdene, som hører under Videnscenter for værdig ældrepleje ved Sundhedsstyrelsen, er også praksisnære læringsforløb. Rejseholdene består også af konsulenter fra praksis, og fokus for Rejseholdene er, at tilføre viden, metoder og redskaber til institutionen, som medarbejderne nemt kan overføre i den daglige praksis, så det skaber værdi for borgerne og for medarbejderne.

Kigger man alene på de overordnede rammer for tilbuddene, så ligner forløbene hinanden. Men der er forskelle både på rammerne, indholdet, varigheden m.m.

Den væsentligste forskel er, at Rejseholdene er bundet op omkring et overordnet formål om, at forløbene skal indeholde emner, som i sidste ende understøtter

værdighed i ældreplejen. Herunder ligger en bred vifte af temaer, både til det organisatoriske niveau og til hverdagens helt praksisnære løsning af opgaver i plejen på landets plejecentre.

Gruppeforløb ved VISO kan ansøges af alle kommunale enheder, dvs. også hjemmeplejen kan ansøge herom. Gruppeforløbene er, som beskrevet i forrige afsnit, målrettet håndtering af aktuelt oplevede lokale udfordringer, som kan relateres til manglende viden om en konkret målgruppe.

Hvem kan ansøge om et VISO forløb?

En ansøgning til et VISO forløb skal indsendes af den lokale ledelse og/eller demenskonsulenten. Såfremt der er en aktiv myndighedssagsbehandler i sagen, ønsker VISO, at sagen indsendes af vedkommende, fx hvis problemstillingerne omhandler hjælpemidler, eller hvis borger er bevilget pædagogisk støtte efter servicelovens § 85.

Hvad sker der, når VISO modtager vores henvendelse?

Når VISO modtager en henvendelse, vil der indledningsvist blive rettet henvendelse fra VISO til den fagperson, som er anført som tovholder på henvendelsen.

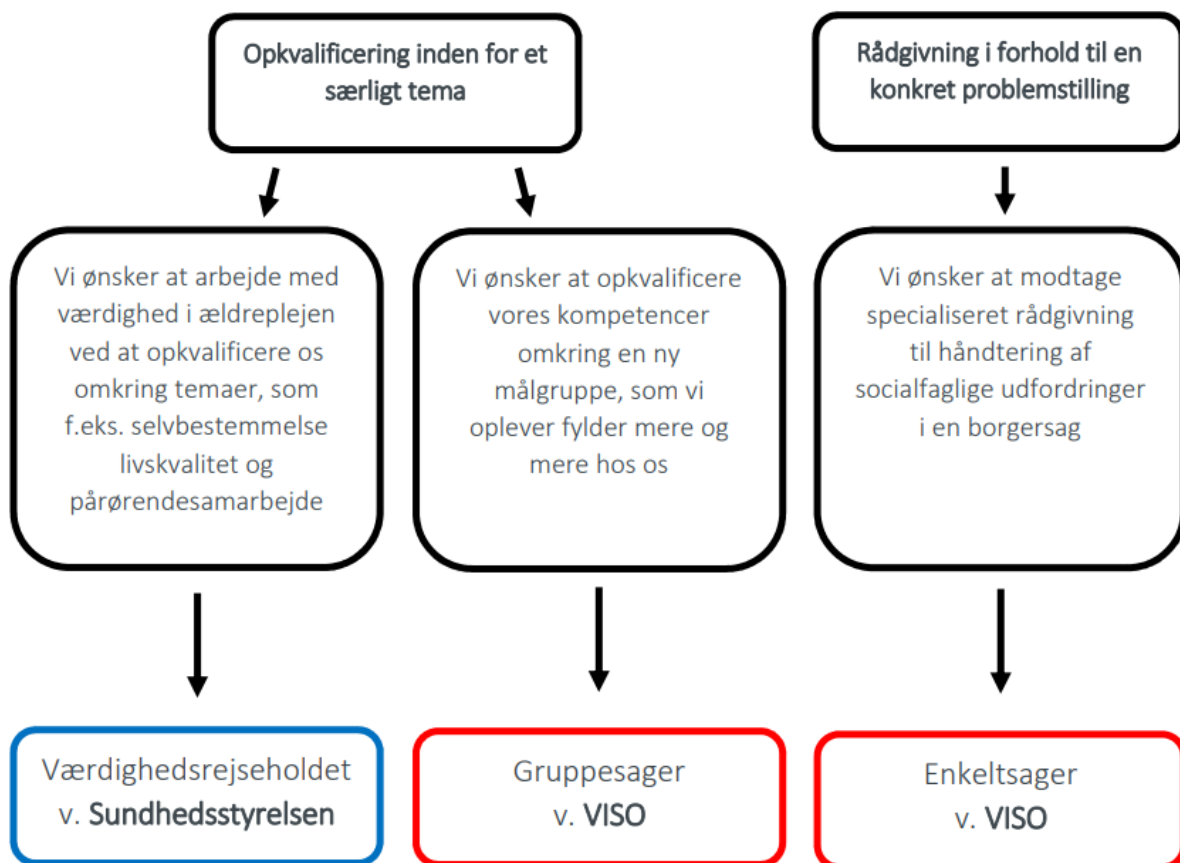
Problemstillingerne, som er beskrevet i henvendelsen, vil blive udfoldet i en telefonsamtale, og aftaler omkring de næste skridt vil blive indgået her. Rådgivningsforløbet iværksættes ikke, før alle parter har været samlet til et afklarende møde, hvor der i fællesskab bliver sat mål for forløbet, og hvor omfang, deltagerkreds mm. fastlægges.

Er der sager, som ikke kan varetages i VISO?

VISO har hjemmel i Serviceloven og kan og må derfor alene yde specialiseret rådgivning til håndtering af socialfaglige problemstillinger. VISO kan derfor afvise en henvendelse, hvis problemstillingerne udelukkende omhandler usikkerhed omkring en diagnose, medicinering, behandling eller lignende sundhedsfaglige problemstillinger. Herudover kan VISO afvente iværksættelse af et rådgivningsforløb, hvis VISO vurderer, at den henvendende institution ikke selv har afdækket muligheden for faglig sparring i egen kommune.

Hvilke forventninger har VISO til demenskonsulentens rolle?

Allerede inden henvendelsen sendes ind til VISO, kan demenskonsulenten have en vigtig funktion. VISO afdækker altid, hvilke faglige indsatser, der har været foretaget, i.f.t. at løse den konkrete problemstilling lokalt i eget regi. Her oplever VISO, at der ofte har været en



demenskonsulent på i forhold til faglig supervision eller sparring om metoder og tilgange til borger. Det er en vigtig proces for medarbejderne at have været en del af, men også en vigtig viden for VISO at tage afsæt i. VISO anbefaler, at demenskonsulenten i sin kontakt med institutionen vejleder om vigtigheden i, at de valgte indsatser og effekten heraf dokumenteres på systematisk vis i de sager, hvor der er behov for en særlig indsats.

Demenskonsulenten kan ligeledes være med til at vejlede og sparre med medarbejderne om, hvornår en problemstilling er blevet så kompleks, at fx VISO bør kontaktes. Her kan der opstå en etisk og faglig usikkerhed, idet det ikke er alle borgere, som er i stand til at give et informeret samtykke, og måske borgeren heller ikke har en personlig værge, fremtidsfuldmagt eller nære pårørende, som kan inddrages. Her kan demenskonsulenten fx sparre med medarbejderne om omsorgspligten vs. borgerens ret til selvbestemmelse. Dette emne om samtykke kan rejse en række spørgsmål, hvor VISO på et anonymiseret grundlag, kan være behjælpelig med sparring både til demenskonsulenten og til den enkelte medarbejder.

Demenskonsulenten har også ofte en vigtig rolle i selve VISO-forløbene. Selvom demenskonsulenten ikke nødvendigvis har indgående kendskab til

problemstillingerne om den konkrete borger, så anbefaler VISO, at vedkommende deltager i hele forløbet. Dette naturligvis forudsat borger/værges samtykke. Når VISO anbefaler dette, så skyldes det, at VISO ofte oplever, at demenskonsulenten med sin faglighed, rolle og forudgående relation til personalet og de pårørende kan være en rigtig god medspiller i forhold til at hjælpe aktørerne med at holde fast i den viden og de aftaler, som er indgået undervejs i et VISO-forløb.

En afledt effekt af demenskonsulentens deltagelse i hele forløbet er ligeledes, at demenskonsulenten selv får opkvalificering i aktuelt bedste viden om målgrupper og metoder, og dermed kan være med til at brede denne viden ud til gavn for borgere og medarbejdere i kommunens andre institutioner.

Kan jeg få sparring på faglige dilemmaer og ønsker til forløb via VISO?

Ja! VISO har dagligt telefonen åben for henvendelser, hvor fagpersoner og borgere kan ringe ind og drøfte problemstillinger og ønsker til forløb. Ligeledes kan generelle spørgsmål som fx varighed, deltagerkreds m.m. vendes, og sparring gives i forhold til indhentning af informeret samtykke, omsorgspligt, magtanvendelser m.m.

Så, hvis man som kommunal, selvejende eller privat

institution på ældreområdet oplever et behov for ændringer i egen praksis, lige fra det mere organisatoriske niveau og helt ud i den daglige praksis, så er der gode muligheder for rådgivning både via VISO og Rejseholdet. Med denne artikel er det forventningen, at det er blevet tydeligere, hvem institutionen kan kontakte for at få det bedst egnede forløb til den konkrete problemstilling, man lokalt er optaget af. Er der alligevel en usikkerhed omkring, hvem det vil være bedst at kontakte, så er I som fagpersoner altid velkommen til at ringe til VISO for drøftelse heraf.

Kontakt VISO

VISO kan kontaktes pr. telefon alle hverdage i tidsrummet:

Kl. 9.00—11.30

Tlf.: 72 42 40 00

Fra fingerspidsfornemmelse til BASIC-Q – erfaringer med brug af nyt værktøj til tidlig opsporing af demens

Af Mira Maria Petersen, projektleder og Annemette Ljungdahl Nielsen, chefkonsulent, Center for Ældrelev og Innovation, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune.

Københavns Kommune har afprøvet det nye værktøj BASIC-Q. Læs om erfaringerne med at implementere værktøjet og bliv klogere på, hvordan kommuner kan arbejde systematisk med at afklare, om borgere bør opsøge egen læge med henblik på at blive udredt for demens.



Som et led i den Nationale Demenshandlingsplan i 2017 fik Nationalt Videncenter for Demens til opgave at udvikle, validere og implementere et nyt værktøj, der kunne bruges bredt i primær- og sekundærsektoren til identifikation af demens i de tidlige stadier. Der er en række ulemper ved det gængse værktøj MMSE-testen som ifølge neuropsykologisk fagkonsulent, Kasper Jørgensen, bl.a. mangler sensitivitet ved let demens, er tidskrævende og indeholder opgaver som kan virke konfronterende og overflødige i forhold til demens.

Med afsæt i den nyeste viden inden for testudvikling og psykometri har Nationalt Videncenter for Demens derfor udviklet to nye værktøjer, som er *Brief Assessment of Impaired Cognition* (BASIC) til en klinisk setting og *Brief Assessment of impaired Cognition Questionnaire* (BASIC-Q) til en kommunal setting. Artiklen stiller skarpt på BASIC-Q og

den igangværende implementering i Københavns Kommune.

Et nemt og præcist samtaleværktøj

BASIC-Q er valideret i 2018-19 på demensudredningsenheder fra alle fem regioner. Valideringen viste bl.a., at værktøjet er mere præcist end MMSE, tidsforbruget er mindre, og sensitiviteten er højere i forhold til let demens.

I modsætning til BASIC, som bl.a. består af to korte kognitive tests, er BASIC-Q et struktureret samtaleværktøj til brug i kommunalt regi. Behovet for et samtaleredskab blev tydeligt i udviklingsprocessen, hvor Nationalt Videncenter for Demens gennemførte et fokusgruppeinterview med kommunale demensfaglige personer. Kasper Jørgensen fra Nationalt Videncenter for Demens uddyber: *"Når man er hos lægen, er man vant til at blive målt og vejet, så her er det oplagt med en test. I en samtale med en demenskoordinator, ergoterapeut eller hjemmesygeplejerske er situationen en anden. Her kan en test virke anmassende, og derfor kan det være en fordel for fagpersonalet at benytte et simpelt redskab, der bygger på enkle spørgsmål – uden at være nødt til at præsentere en test."*

BASIC-Q består af et spørgeskema, som overordnet består af tre spørgsmål om borgers hukommelse til borger selv og til en nær pårørende samt fire orienteringsspørgsmål til borger

ge borgere, der ligger i den relevante *kategori 0-15: Mulig kognitiv svækkelse* og hvor mange borgere, der sendes videre til egen læge.

BASIC-Q dokumenteres i vores omsorgssystem Cura i en nyoprettet observation. Derudover har vi sammen med kommunens praksiskonsulent udarbejdet en standard korrespondancemeddelelse, der sikrer, at de praktiserende læger får den fornødne dokumentation om borgernes symptomer. Medarbejderen kan tilpasse standardkorrespondancemeddelelsen til den enkelte borger og kopiere den ind i korrespondancefeltet.

I Københavns Kommune har vi demensfaglige ressourcepersoner på alle enheder, som medarbejderne kan gå til, hvis de får brug for rådgivning og vejledning i forbindelse med at støtte og motivere relevante borgere til at gennemføre BASIC-Q eller komme til lægen. Derudover kan medarbejderne kontakte vores demensfaglige rådgivere, som bistår med viden om demens og kan vejlede i forbindelse med svære problematikker, fx hvis en borger gentagne gange takker nej til BASIC-Q, hvor der er tydelige tegn på demens.

Som et yderligere supplement til undervisningen er der udarbejdet et e-læringsmodul, som består af øvelser, interaktioner og filmsekvenser og er målrettet nye medarbejdere, og medarbejdere der ønsker et brush-up.

Det nytter med BASIC-Q!

Implementeringen er stadig i gang, og vi arbejder lige nu på at implementere BASIC-Q i alle genoptræningscentre. Dernæst går vi i gang med implementeringen i de sidste enheder, som er i hele sygeplejen og hjemmeplejen.

De foreløbige resultater viser, at det nytter med BASIC-Q. Der er i alt 212 gennemførte samtaler, hvoraf størstedelen kommer fra visitationen. Hele 69% af de borgere, som skemaet er anvendt på, faldt i kategorien 'mulig kognitiv svækkelse'. Samtidig er 69% af disse borgere sendt videre til egen læge. Data viser således, at vi er godt på vej, og at vores medarbejdere i høj grad får opsporet relevante borgere.

Et "levende" værktøj

Medarbejderne er overvejende positive over for værktøjet. De oplever, at det er kort og simpelt samt hurtigt at bruge. Spørgsmålene kan nemt flettes ind i en almindelig samtale. Det bliver også nævnt, at BASIC-Q er mindre invasiv end andre kognitive tests, samt at resultatet ofte bekræfter medarbejdernes eget indtryk af borgeren. En medarbejder har beskrevet værktøjet som "et levende

værktøj", hvilket refererer til, at det har skabt øget opmærksomhed på demens og opsporing af demens, som fx gør, at de nu sparrer med hinanden om, hvilke borgere der kunne være relevante. Generelt udtrykker flere, at BASIC-Q gør en positiv forskel i deres arbejde med at opspore borgere, der er i mistanke for at have demens.

Kommunale erfaringer

Undervejs i implementeringen er vi også stødt på udfordringer. En af dem handler ifølge medarbejderne selv om at huske at få værktøjet brugt, når de har relevante borgere. For mange medarbejdere kan det gå lidt i "glemmebogen" i en travl hverdag med tætpakkede køreplaner, mange informationer og andre projekter. I sygeplejen og hjemmeplejen har vi derfor engageret en ressourceperson fra enhederne, som har fulgt op på brugen af BASIC-Q på ugentlig basis.

Det er heller ikke alle enheder, hvor der nødvendigvis er en oplagt 1-1 samtalsituation, hvor BASIC-Q kan hives frem. Eksempelvis på aktivitetscentre, hvor borger ofte indgår i sociale sammenhænge, eller i genoptræningscentre, hvor borger kun deltager i holdundervisning. I disse situationer har vi måttet tænke ud af boksen i forhold til at skabe en god samtalsituation for borger og medarbejder.

Nogle nævner også, at det kan være vanskeligt at få kontakt til pårørende for at få besvaret pårønderapporteringen. Omvendt kan det også være svært, hvis den pårørende er til stede og borger og pårørende er uenige om svaret, hvilket understreger vigtigheden i at få skabt en god ramme for samtalen.

Vi kan også se, at det for nogle medarbejdergrupper kan være uvant at indlede en samtale om kognitiv svækkelse og formidle resultatet, hvilket har medført, at vi har haft særligt fokus på dette i undervisningen.

Foregår motivationsarbejdet over længere tid, og medarbej-



bejderne fx når at 'slippe' borgeren, er det vigtigt at få ind i arbejdsgangen, hvordan vi sikrer, at borger ikke 'tabes' ved fx at inddrage andre kommunale fagpersoner omkring borger. Det har ført til drøftelserne af, hvornår ens opgave stopper, og hvilke handlinger det så udløser.

Det er forskelligt om medarbejderne ønsker at bruge et fysisk spørgeskema, eller om de dokumenterer direkte i Cura. Erfaringen er her, at forebyggelseskonsulenter og aktivitetscentre foretrækker et fysisk skema i modsætning til genoptræningscentre og sygeplejen, som primært taster direkte i Cura.

At få skabt et fælles sprog – på tværs af sektorer

Vi har fra begyndelsen været opmærksomme på, at det kræver samarbejde med praktiserende læger at komme i mål med brugen af BASIC-Q. Vi har løbende orienteret de praktiserende læger om indsatsen og lagt op til samarbejde og drøftelser om, hvordan vi kan udbrede kendskabet til BASIC-Q i almen praksis. Vi håber særligt på, at den igangværende validering af BASIC og BASIC-Q i almen praksis bidrager til, at der bliver skabt et fælles sprog på tværs af sektorer. Ifølge Ann Nielsen, der er programleder

ved Nationalt Videnscenter for Demens, så viser de foreløbige resultater, at lægerne er positive over for det nye opsporingsværktøj. Hun fortæller videre, at der er nedsat en følgegruppe i projektet, der i den kommende tid vil bidrage til, at kendskabet til og brugen af BASIC og BASIC-Q øges

Hvordan kan din kommune komme i gang med at bruge BASIC-Q?

- Ønsker du at bruge værktøjet i din kommune kan det frit rekvireres hos Nationalt Videnscenter for Demens.
- Inddrag altid relevante samarbejdspartnere (fx praktiserende læger), før du tager BASIC-Q i brug.
- Husk BASIC-Q kan ikke diagnosticere demens, men det kan bruges til at afklare, hvem der bør opsøge egen læge for yderligere udredning.



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

Gitte Kirkegaard
Tlf. 2371 7687
ggki@haderslev.dk

Næstformand

Tinna Klingberg
Tlf.: 2210 4723
E-mail: Tin-aeh@aalborg.dk

Se øvrige bestyrelsesmedlemmer på www.demens-dk.dk

Sekretariat

Faglig sekretær
Anja Bihi-Nielsen
abn@demens-dk.dk

Redaktion

Fra bestyrelsen
Jannie Sternberg
Lene Raaby Andersen
Majken Sletting

Fra sekretariatet
Anja Bihi-Nielsen
Anna Jensen



Fotos og illustrationer

DKDK, Pixabay, Unsplash