

Demenspolitik for Rødovre kommune

 [Forord](#)

 [Demens](#)

 [Rødovre Kommunes demenspolitik](#)

 [Sygepleje](#)

 [Boformer](#)

 [Aktiveringsmuligheder](#)

 [Information](#)

 [Aflastning](#)

Forord

Mellem 80-100.000 danskere er ramt af demens – og tallet er stigende. Den samme udvikling ser vi i Rødovre Kommune, hvor vi forventer en stigning af borgere med demenssygdomme fra cirka 599 til 640 personer i løbet af de næste fire år. Det er en meget alvorlig stigning og derfor er der naturligvis behov for at sætte særligt fokus på demensområdet. Det er baggrunden for at Kommunalbestyrelsen i Rødovre har godkendt en demenspolitik den 30. januar 2001. Den skal sætte fokus på behandling, tilbud, tværsektorielt samarbejde og samarbejdet med de pårørende til de demensramte.

Det er en tværfaglig gruppe af medarbejdere i ældre- og handicapafdelingen, der har arbejdet med forslaget til en demenspolitik. Arbejdsgruppen er barslede med en række anbefalinger til socialudvalget, og de danner grundlag for kommunens målsætninger på demensområdet. Den nye politik har været til høring blandt relevante samarbejdspartnere på det sociale område, blandt andet Ældrerådet og Det Sociale Forbrugerråd.

Demenspolitikken er en utrolig vigtig milepæl i kommunens arbejde med demente medborgere. Den afdækker de målsætninger og visioner kommunen vil arbejde udfra. Det er vigtigt, at vi fra politisk hold udstikker rammerne for, hvordan vi ønsker at arbejde med demente borgere skal foregå. Demenspolitikken er vores visioner, som skal realiseres, men realiseringen sker naturligvis ikke fra den ene dag til den anden, og derfor har Ældre- og handicapafdelingen også nedsat en styregruppe, som skal sikre implementeringen og realiseringen af visionerne. Der er dog ingen tvivl om, at vi med demenspolitikken har fået et fælles udgangspunkt at arbejde udfra, både i det daglige arbejde, men også udfra de politiske beslutninger som træffes indenfor ældreområdet.

Demenspolitikken beskriver fire overordnede områder, med målsætninger for arbejdet og behandlingen af demente borgere i Rødovre kommune.

- **Diagnosticering**
- **Omsorg, pleje og behandling**

- **Personalets uddannelse**
- **Tværasektorielt samarbejde**

Det er mit håb, at demenspolitikken vil skabe fokus på området og sikre et godt udgangspunkt for det kommende arbejde med at videreudvikle ældreområdet i Rødovre kommune.

Britt Jensen
Formand for Socialudvalget

Demens

Demens er den overordnede betegnelse for en række hjernesygdomme, hvor der på grund af en degeneration af nerveceller sker en dybtgående svækkelse af de kognitive funktioner. Symptomerne viser sig ved en snigende svækkelse af kort og langtidshukommelsen. Evnen til at udtrykke sig sprogligt og forståelsen af sproget svækkes. Desuden svækkes evnen til at forholde sig til virkeligheden, tænke abstrakt, tyde og forstå sanseindtryk, samt udføre automatiserede handlinger, som f.eks. at spise, at tage tøj på og varetage personlig hygiejne.

Manglende sygdomsindsigt indebærer, at borgeren ikke selv erkender behovet for hjælp.

Samtidig sker en ændring af følelseslivet og personligheden. De almindeligste symptomer er rastløshed, indesluttethed, aggressivitet, angst, utryghed og uro. Nogle forlader hjemmet uden at kunne finde tilbage.

Demens er en fremadskridende og stærkt invaliderende kronisk hjernesygdom.

Rødovre Kommunes demenspolitik

Udredning og diagnosticering

Målet er, at borgere med demenslignende symptomer sikres en kvalificeret udredning med henblik på at stille den korrekte diagnose, således at relevante behandlingstilbud kan etableres.

Demens er et symptom på en sygdom som i lighed med andre sygdomstilstande skal føre til en grundig medicinsk udredning og behandling.

Dansk Neurologisk Selskab har udarbejdet et udredningsprogram som har følgende formål:

- at påvise og behandle potentielt reversible årsager til demens (sygdomme som kan helbredes eller lindres, eller hvor yderligere sygdomsudvikling kan forebygges).
- at identificere depression og andre behandlelige tilstande, som kan forveksles med demens.
- at identificere patienter med Alzheimers sygdom, som kunne have gavn af nye medikamentelle behandlingsmuligheder.

- at identificere og behandle visse psykiske symptomer og komplikationer ved de kroniske demenssygdomme (f.eks. psykisk reaktion på tilstanden, depression, adfærdsforstyrrelser).
- at tage stilling til medikolegale spørgsmål, f.eks. egnethed som motorfører, og pension.
- at tilvejebringe det bedste grundlag for målrettet tilrettelæggelse af den almen medicinske behandling, pleje, omsorg, samt psykosociale hjælpeforanstaltninger.
- at tilvejebringe det bedste grundlag for information til patienten og de pårørende om diagnose, prognose, risikofaktorer, behandlingsmuligheder, samt om den fremtidige juridiske og økonomiske planlægning.

Hertil kommer, at en tidlig grundig udredning er et rimeligt tilbud til patienten og de pårørende, som spares for den bekymring og angst, som ofte ledsager uvisheden om diagnosen. Muligheden for individuel støtte, behandling af nye symptomer og komplikationer, samt planlægning af fremtiden bliver bedre, når diagnosen kendes. En tidlig diagnostisk udredning ledsaget af individuel tilpasset behandling og støtte vil formentlig kunne forebygge de ofte u hensigtsmæssige indlæggelser og de sociale sammenbrud, som denne gruppe af patienter har."

Da kun den korrekte diagnose giver mulighed for den rette behandling skal udredningen af demens-tilstande sikre:

- at ingen borger med en demenssygdom fejlplaceres
- at borgere med demenssygdomme ikke fejlbehandles eller unddrages kvalificeret omsorg, pleje og behandling
- at omsorg, pleje, og behandlingsmæssige foranstaltninger kan tilbydes som f.eks. daghjem og boformer, der er specielt egnede for borgere med demenssygdomme, samt støtte og aflastning for pårørende
- at en uafklaret tilstand forårsaget af sociale sammenhænge ikke medfører unødvendige og belastende indlæggelser på sygehus

Initiativ til og ansvar for udredningen

Udredningen bør ske i en tidlig fase af demensudviklingen m.h.p at borgeren kan udnytte et tilbud om medikamentel behandling og evt. udsætte forværring af symptomerne.

Det vil ofte være pårørende, der tager initiativ til lægekontakt, når de oplever forringet intellektuel funktion eller adfærdsmæssige ændringer i familien.

I de tilfælde hvor borgeren ingen pårørende har, eller hvor kontakten er svigtende, kan de ansatte i de kommunale hjælpeforanstaltninger formidle kontakt til lægen, hvis borgeren ændrer adfærd.

Enhver læge eller anden fagperson inden for sundhedssektoren, der får mistanke om, at en person lider af en demenslignende sygdom, har pligt til at tage initiativ til at pågældende tilbydes udred-

ning af tilstanden.

Den praktiserende læge er ansvarlig nøgleperson for udredningen.

Omsorg, pleje og behandling

Målet er, at borgere med demenssygdomme får tilbud om pleje, omsorg og behandling, således, at den enkeltes mulighed for et værdigt livsforløb sikres.

Indgangsvinklen til begrebet omsorg, pleje og behandling er, at se på mennesket som en person, der har en demenssygdom, og ikke en dement person.

Ved brug af begrebet "en dement person" risikerer personen at blive reduceret til en sygdom.

Tages der derimod udgangspunkt i udsagnet "en person med en demenssygdom", eksisterer personen som et selvstændigt individ, hvor sygdommen er en del af hans/hendes liv og tilværelse.

Demens betragtes som en uhelbredelig sygdom. Omsorg, pleje og behandling skal således ikke sigte mod helbredelse, men mod et værdigt livsforløb, hvor indsatsen rettes mod ønsker og behov hos personer med sygdommen.

Udover de psykosociale behandlingsmuligheder og indsatsområder, der beskrives i det følgende, er medicinsk symptombehandling en mulighed.

I omsorgen må tilstræbes en så enkel samværsform som mulig, uden brug af for mange fremmede hjælpemidler og ord.

I omsorgen lægges vægt på helhedsforståelse, som baggrund for den situationsbestemte handling.

Respekt og forståelse for et andet menneske opnås ved at tage udgangspunkt i den andens måde at klare sin tilværelse på.

Sygepleje

Målet er, at borgere med demenssygdomme sikres den nødvendige pleje, således at den enkeltes særlige behov imødekommes.

I denne forbindelse defineres sygepleje som at arbejde med og for mennesker, hvor målet er at hjælpe det enkelte menneske til bedst mulig at bevare og/eller genvinde den fysiske, psykiske og sociale sundhed. Er dette ikke muligt da at trøste og lindre.

Sygeplejehandlingerne skal tage udgangspunkt i :

- kendskab til borgeren
- kendskab til sygdommen
- identificering af borgerens behov
- identificering af ressourcer hos borgeren og dennes netværk

Målet for sygeplejehandlingerne er at støtte og/eller udføre de handlinger, borgeren selv ville have udført, hvis han/hun evnede det.

Handlingerne tilstræbes gennemført, som borgeren selv ville have gjort det.

Ved ændringer i den enkeltes fysiske, psykiske eller sociale situation, kan der opstå behov for syge-

pleje, som ikke umiddelbart kan imødekommes i eget hjem, og ikke nødvendigvis kræver hospitalsindlæggelse.

Disse behov kunne være behov for tryggere rammer med mulighed for tættere kontakt eller mere kontinuerlig observation og pleje.

I disse situationer skal der være tilbud om følgende muligheder:

- Særlige enheder for behandling, der ikke kræver hospitalsindlæggelse. Dette kan være fysiske sygdomme, følgetilstande eller lignende, hvor der ikke kræves hospitalsindlæggelse, og hvor indlæggelse i sig selv kan forværre demenssygdommen.
- Særlige enheder for midlertidigt ophold i dag- aften og/eller nattetimerne på flexibel plads. Der kan f.eks. være tale om angst og urotilstande hos personen med demens, hvor behovet for tryk og tættere kontakt er større, end der kan etableres i eget hjem.

En flexibel plads er en plads i plejehjemsregi, der geografisk er placeret i nærmiljøet og kan anvendes til aktivering, pleje og/eller aflastning. Da disse behov ligger på forskellige tider af døgnet, giver det samtidigt mulighed for, at samme plads kan benyttes af flere borgere. Principielt er opholdet tidsbegrænset, men en løbende vurdering af den aktuelle tilstand skal sikre, at opholdet fortsat er relevant for den enkelte.

Ved planlagt aflastning kan perioden for opholdet være aftalt på forhånd, ved akut aflastning planlægges perioden efter borgerens tilstand og den pårørendes behov.

Boformer

Målet er, at borgere med demenssygdomme og evt. ægtefælle skal have mulighed for at vælge den boform, der imødekommer den enkeltes behov for pleje og omsorg.

Botilbuddene skal imødekomme den enkeltes behov og ønsker, men det bør tilstræbes, at der bliver så få boligsift som muligt.

Boligen skal som ramme kunne tilpasses og understøtte den ønskede plejeideologi bedst muligt, hvor det er holdninger til plejen, kontakt og samvær, der udgør det væsentlige.

Uanset valg af boform, er det vigtigt for borgeren med demenssygdom at:

- have faste, kendte rammer
- være i et overskueligt miljø
- have få og kendte personer omkring sig
- have faste rutiner og rytmer
- have mulighed for individuel behandling og positiv særbehandling
- have mulighed for udnyttelse af tilbageværende ressourcer

- have mulighed for individuelle og fælles aktiviteter

Forbliven i egen bolig:

Det skal være muligt for borgeren med demenssygdom og evt. ægtefælle at forblive i egen bolig, hvor pleje, aktivitetstilbud og de fysiske rammer skal tilpasses dette valg

Plejen ydes af veluddannede og motiverede medarbejdere og tilpasses den enkeltes behov individuelt over døgnet.

De fysiske rammer skal kunne tilpasses den enkeltes behov. Boligændringer og hjælpemidler skal kompensere for nedsat fysisk funktionsniveau. Endvidere skal der tages forholdsregler, så sikkerheden omkring den demente bevares iflg. gældende lovgivning.

Bofællesskaber:

Er der behov for en mere tryghed i boligformen, skal der være mulighed for at vælge mellem flere former for bofællesskaber.

Disse bofællesskaber kan være beliggende i lokalmiljøet i eksisterende boligområde, i tilknytning til plejehjem eller være nybygget i roligt og evt. naturskønt område.

Ved et bofællesskab forstås en samling af 6 til 8 boliger, hvor der er mulighed for både privatliv og samvær med de øvrige beboere. Dvs. at der udover de private boliger skal være fælles lokaliteter. Der skal være døgndækning af uddannet og motiveret personale.

Plejebolig:

Hvis borgere med demenssygdomme har behov for en plejebolig, skal muligheden være til stede i form af skærmede enheder eller tilsvarende indretninger. Herved forstås en mindre afgrænset enhed med overskuelige rammer, med et mindre antal medbeboere og med en fast stab af veluddannet og motiveret personale.

En skærmet enhed, der er at betragte som en behandlingsform, skal forefindes på alle plejehjem. Dermed opnås et tryghedsmiljø, som borgeren kan overskue, hvor der ikke stilles større krav, end han/hun kan honorere. Døgnrutinen i en lille gruppe kan bedre foregå efter borgerens behov med mulighed for øget livskvalitet.

I den skærmede enhed tilbydes en kontaktperson, som betyder at borgeren med demens og dennes familie har sin egen ressourceperson (personale). Denne ordning vil give større mulighed for at få de oplysninger om borgerens tidligere liv, vaner, ønsker o.s.v., som er helt centrale for at identificere borgerens behov og for at kunne udføre kvalificeret pleje af borgeren.

Aktiveringsmuligheder

Målet er, at borgere med demenssymptomer, uanset boform, sikres samvær og beskæftigelse tilpasset den enkeltes behov og ressourcer.

Med udgangspunkt i den enkeltes livsforløb, ønsker, behov og ressourcer gives kvalificeret tilbud om aktivering og socialt samvær. Derved skabes tryghed gennem nærvær og stabile rammer, så høj livskvalitet opretholdes, livsforløbet fortsættes på en værdig måde og isolation undgås.

For at nå målet, tages udgangspunkt i de tre tidligere omtalte boformer.

Hjemmeboende, som kan have glæde af samvær med andre uden for hjemmet, tilbydes en plads i et af kommunens dag og -træningscentre.

Tilbuddet kan gælde deltagelse i en gruppe bestående af borgere med og uden demenssygdomme, eller en gruppe kun bestående af borgere med demenssygdomme.

Principielt er opholdet tidsubegrænset, men en løbende vurdering af den aktuelle tilstand skal sikre, at tilbuddet fortsat er relevant for den enkelte.

Der kan gives lignende tilbud i eget hjem af personer ansat i hjemmeplejen eller dag og -træningscentrene.

Ved behov for aktivering udover dagtimerne kan tilbydes en "flexibel plads", hvor timetallet fastsættes efter den enkeltes behov.

De tilbudte aktiviteter her har som mål at efterligne borgerens hverdag mest muligt med kendte dagligdags opgaver som det primære.

Det indebærer en støtte og guidning, som er nødvendig for at bevare strukturen i den dementes hverdag.

Her tilbydes:

- samvær med eller uden aktiviteter afhængig af den enkeltes behov og formåen
- nærvær, som skaber tryghed
- mulighed for at etablere et tillidsforhold, således at en evt. senere flytning til en permanent plejehjemsplads opleves mindre traumatisk

Tilbuddene gælder alle årets dage og hele døgnet.

I bofællesskab tilbydes samvær og beskæftigelse indenfor fællesskabets rammer. Også her gælder det om at bevare strukturen i hverdagen mest muligt gennem støtte, guidning, nærvær og samvær. Der tilknyttes en fast personalegruppe, som skal sikre kontinuitet og tryghed, og som løbende vurderer den enkeltes aktuelle formåen og behov.

I plejebolig tilbydes ligeledes samvær og beskæftigelse i lokaliteter beliggende i umiddelbar tilknytning til boligen. Dette skal foregå i små faste grupper med eget personale.

Information

Målet er, at borgere med demenssygdomme og deres pårørende sikres den nødvendige information og rådgivning om sygdommen, om pleje og behandlingstilbud og om kommunens bolig og aktiveringsmuligheder.

Allerede i forbindelse med udredningsfasen skal information i form og indhold gives på en sådan måde, at patient og pårørende får en reel forståelse for undersøgelserne, resultaterne og konsekvenserne. Ligeledes skal der vejledes om, hvor borgeren og de pårørende fremover kan søge behandling, støtte og vejledning.

Det er i borgerens interesse, at de nære pårørende er så velinformede som muligt. De pårørende bliver derved i stand til at støtte borgeren i at træffe realistiske beslutninger, eller måske selv træffe beslutninger for den inhabile borger, i forbindelse med planlægning af fremtiden såvel personligt, familiemæssigt, økonomisk, boligmæssigt og plejemæssigt.

Formålet med informationen er at opnå: Indsigt, forståelse og accept.

For at sikre informationens kvalitet skal der tages flere individuelle hensyn, som:

- Information til borgeren skal tage udgangspunkt i borgerens egen opfattelse af sygdommen, og tilpasses borgerens forudsætninger for at forstå konsekvenserne. Som et led i symptomrækken hos borgere med demenssygdomme, ses ofte en manglende sygdomserkendelse og derved en manglende forståelse for konsekvenserne, for de pårørendes problemer og manglende motivation for behandlingstilbud.
- Erkendelsen af, at sygdommen har ramt familien, kommer ikke altid samtidig hos de pårørende. Informationer om sygdommens karakter og forventede udvikling kan opfattes forskelligt, afhængig af den pårørendes forhold til borgeren med demenssygdommen. En eller flere gentagelser af samme information, ofte i et varieret sprog og med vekslende tidsintervaller, kan være nødvendigt.
- Udover information til borgere, der er ramt af sygdommen, er det vigtigt at sikre en bred information til øvrige borgere i kommunen. Ved at synliggøre og legalisere sygdommen, kan man opnå kontakt med de borgere, der har en pårørende med ikke erkendte demenssymptomer.

Aflastning

Målet er at aflaste, støtte og hjælpe de pårørende i deres rolle som omsorgsydere.

Den pårørende kan opleve en belastende dagligdag fyldt med praktiske problemer, sorg, uro og samvittighedskvaler, derfor skal der være en så bred vifte af muligheder for aflastning, støtte og hjælp, at den enkeltes behov kan imødekommes. Formålet er at give den omsorgsydende pårørende mulighed for at fortsætte samlivet så længe som ønskeligt.

Der skal være følgende muligheder:

- Telefonrådgivning
- Aflastning i hjemmet
- Pårørendegrupper
- Aflastning i dagtimerne
- Aflastning aften og/eller nat
- Planlagte aflastningsophold

- Akutte aflastningsophold
- Permanent indflytning i bofællesskab eller plejebolig for demente

Telefonrådgivning

Der skal gives mulighed for telefonisk kontakt døgnet rundt med fagligt uddannet personale. Formålet kan være råd og vejledning eller blot det, at en forstående person lytter. Endelig kan der være behov for iværksættelse af yderligere hjælpeforanstaltninger.

Pårørendegrupper

Der skal gives mulighed for at deltage i pårørendegrupper med deltagelse af fagligt uddannet personale. Formålet kan være personlig vejledning, information eller gode råd fra en fagperson. Der kan gives mulighed for at udveksle erfaringer og dele oplevelser og følelser.

Aflastning i hjemmet

Der skal gives mulighed for aflastning i hjemmet, så den pårørende kan bibeholde sit aktive liv udenfor hjemmet, både med hensyn til interesser og selskabelighed.

Aflastning i dagtimerne

Der skal gives mulighed for aflastning i dagtimerne i form af ophold i daghjem specielt for demente eller dagcenter. Frekvens og timetal efter behov.

Aflastning aften og/eller nat

Der skal gives mulighed for at tilbringe aften og nat under trygge rammer med personale i nærheden for de demente, der er angst og urolige på dette tidspunkt af dagen.

Planlagte aflastningsophold

Opholdet kan være af dages eller ugers varighed. Varigheden er afhængig af årsagen til opholdet, som f.ex. kan være sygdom, ferie eller en pause i en problemfyldt hverdag.

Akutte aflastningsophold

Disse kan være af timers, dages eller ugers varighed. Akutte aflastningsophold kan benyttes ved akut tilspidsede situationer i hjemmet, det være sig en akut tilstand hos borgeren med demenssygdom eller hos den omsorgsgivende pårørende.

Permanent indflytning i bofællesskab eller plejebolig for demente

Tilbuddet om permanent bolig skal være til stede, hvis dette er den optimale løsning for den demente borger eller dennes pårørende.

Personalets uddannelse

Målet er, at personalet uddannes til varetage pleje, omsorg og vedligeholdelse af funktionsniveau hos borgere med demenssygdomme.

Personalet omkring borgere med demenssygdomme skal sikres grundlæggende viden om demens. Niveaulet skal være afhængigt af egen grunduddannelse og funktion i forhold til borgeren med demenssygdomme.

Denne undervisning skal ruste den enkelte medarbejder til at kunne yde den optimale pleje hos bor-

geren med demens.

Undervisningen kan indeholde:

- Demenssygdomme inkl. symptomer og adfærd.
- Fælles holdninger til pleje og omsorg, herunder: miljø og moral/etik.
- Grænsesætning.
- Adfærdsregulerende terapi
- Kommunikation og kropssprog.
- Aktiviteter og samvær
- Forebyggelse af vold
- Samarbejde med pårørende
- Lovgivning (værgemål, retsstilling)

Demensvejledere i kommunen er særligt interesserede medarbejdere fra de enkelte enheder, som er uddannet specielt med henblik på at være ressourceperson i forhold til det øvrige personale og de pårørende.

Demensvejlederne har mulighed for at mødes jævnligt for at udveksle erfaringer og ajourføre viden.

Tværasektorielt samarbejde

Målet er, at personalet i arbejdet med borgere med demenssygdomme og deres pårørende samarbejder med alle relevante instanser.

Fælles referenceramme omkring demensproblematikken skal danne grundlag for samarbejdet sektorerne imellem og overholde gældende lovgivning.

Udveksling af oplysninger mellem relevante fagpersoner kræver accept fra borgeren med demenssygdom eller fra en pårørende.

Nøgleordene for samarbejdet skal være: Tillid, tryghed, nærhed, respekt og indføling.

Ved tværasektorielt samarbejde forstås samarbejde mellem kommunale og amtslige institutioner og ansatte heri.

Af andre relevante samarbejdsparter kan nævnes : Frivillige organisationer, kirkelige foreninger og politi.

Litteraturhenvisninger:

* Dialog om demens *

Marianne Engel.

Dafolo 1998.

* Et træningsprogram for personer der har omsorg for mennesker med demens.*
TTS Gruppen = Trænings-,undervisnings-og støttegruppe under Europakommissionens Alzheimerprogram. April 1998.

* En revurdering ad demens. *
Tom Kidwood.
Dafolo 1999.

* Håndbog i Demens. *
Else Melin og Rolf Bang Olsen.
O.S. 1997.

* Referenceprogram for demensudredning.*
Dansk Neurologisk selskab.
DNS 1998.

* Sammenhæng i omsorgskæden for demente og deres pårørende.*
Helle Snell, Helle Vibeke Dahl, Lene Jensen.
Center for geronpsykologi 1995.

* Tværfaglig træning af demente i samværsgrupper.*
Ergoterapeut Lisbeth Villemoes Sørensen.
Ballerup kommune 1996.

* Demente i Kolding kommune.*
Forberedende projektarbejde til demenspolitik i Kolding kommune.
1998.

* Vejledning til støttegrupper for pårørende til demenslidende. *
Gerontologisk institut – Videnscenter på ældreområdet.
1998.

* Sygeplejekultur i erhverv og uddannelse. *
Tine Eriksen.
Kontekst 1986.

* Omsorg , sygepleje og medicin. *
Kari Martinsen.
Oslo 1989.