

# DemensKoordinatorer i Danmark



## Fremtidsønsker



Som nyvalgt formand for DKDK vil jeg gerne indlede med at sige "tak for valget". Det er med stor ydmyghed, at jeg går til opgaven, og jeg vil gøre alt, hvad jeg kan for – i samarbejde med næstformand Kirsten Ryssing, den øvrige bestyrelse og sekretariatet – at DKDK's arbejde videreføres med størst mulig faglig-

hed, hvor vi hele tiden holder os foreningens overordnede formål for øje – nemlig at øge kvaliteten i omsorgen for mennesker, der lider af demenssygdomme.

Ingen læsere af dette Nyhedsbrev er i tvivl om vigtigheden i dette arbejde, og selv vort lands statsminister har dagsordensat demensarbejdet. I sin tale ved Folketingets åbning, sagde Helle Thorning Schmidt: "flere rammes af demens..... vi vil bruge 100 millioner ekstra på, at mennesker med demens får en bedre hverdag". Hun nævnte bl.a., at bedre uddannelse og bedre boliger kan medvirke hertil. Desuden kom hun ind på den kæmpe udfordring, det er for familien til den, der rammes af en demenssygdom.

Der er således stort fokus på demensarbejdet i denne tid. Aktuelt er der diskussioner om brugen af GPS til hospitalsindlagte borgere med demens-

sygdom, og regeringen har i sit lovkatalog medtaget brugen af fremtidsfuldmagter. DKDK vil som forening gøre alt, hvad vi kan for at kvalificere denne debat og påvirke de beslutninger, der træffes, så det bliver til størst mulig gavn for dem, der berøres.

Mange af landets kommuner har i årenes løb lavet et utal af sundhedsprojekter, som er afsluttet med en evaluering i prosaform. Der er ikke tradition for, at måle effekten af diverse sundhedstiltag ved hjælp af randomiserede forsøg, med en interventionsgruppe og en kontrolgruppe. Argumentet imod denne metode har ofte været, at en kommune ikke kan forholde en gruppe af borgerne en given ydelse. I sygehusvæsenet – som jo drives af regionerne -, foregår der som bekendt et utal af dobbeltblindede randomiserede forsøg.

I takt med, at utallige opgaver er flyttet fra sygehusvæsenet og ud i kommunerne, er jeg af den faste overbevisning, at forskningsopgaverne må flytte med, så vi ved, hvilke tiltag, der virker og hvilke, der ikke gør. Jeg mener derfor, at vi fremover har behov for såvel randomiserede forsøg, som for mere kvalitative studier af den kommunale indsats for borgere med demens. Derfor hilser jeg meget velkommet, at KL har nedsat en referencegruppe, som skal udarbejde en strategi for forskning på det kommunale sundhedsområde.

Syv plejecentre i København, Furesø, Viborg, Horsens og Lolland kommuner har i perioden 2012 – 2014 som pilotprojekt haft fast tilknyttede

praktiserende læger. Målet med projektet er at undersøge, om kvaliteten af behandling og pleje for beboerne på plejecentre bedres, hvor der er et tættere samarbejde mellem lægen og plejepersonalet.

Dette samarbejde, mener jeg, er af uhyre stor betydning, og det er helt afgørende, at der er en gensidig respekt og en enighed om sammen at forsøge at finde de rigtige løsninger for de ofte meget svage ældre, som bor i en plejebolig. Jeg har hørt en af de deltagende plejehjemsledere fortælle begejstret om de fordele, hun oplevede, ved at have en fast tilknyttet læge. Det Nationale Forskningscenter for Velfærd har evalueret pilotprojektet og fastslår, at faste læger har medført: færre sygehusindlæggelser – både forebyggelige indlæggelser, som er reduceret med 28%, samt genindlæggelser og korttidsindlæggelser, som er reduceret med henholdsvis 27 og 14%.

Vi skal som demenskoordinatorer bidrage med vores faglighed i såvel projekter som i dagligdagen. Vores bidrag er af afgørende betydning, og skal være med i debatten på alle niveauer.

Lone Vasegaard  
Formand

### INDHOLD:

Referater fra DKDKs Årskursus 2014	1
Ny bestyrelse og aktivitetskalender	28

18. årgang  
Oktober 2014

# NYHEDSBREV 3

# Åbningstale

**Karen J. Klint**, formand for Folketingets sundheds- og forebyggelsesudvalg

Karen Klint åbner dette Årskursus med en opfordring til demenskoordinatorerne om, at vi som fagpersoner skal kæmpe for de svage borgere, vi arbejder for – at vi gør politikerne opmærksomme på, hvilke behov vi støder på i det daglige arbejde: ”Det danske sundheds- og socialvæsen var ikke nået til, hvor vi er i dag, hvis ikke der var nogen, der havde råbt op og kæmpet for forbedringer”.

Karen Klint har siddet i Folketinget i 16 år. Før det arbejdede hun 30 år på det socialfaglige område. Hun har bl.a. været visitator til de tidligere amtsplejehjem, voldskonsulent for alle sociale tilbud i Vejle Amt og centerleder. Hun slår fast, at hun ikke har glemt den etik og det menneskesyn, hun dengang blev uddannet til at arbejde efter.

## Et aldrende samfund

De politiske udfordringer i dag er efter Karen Klints opfattelse især afledt af befolkningens sammensætning. Der bliver født færre børn, unge er sent selvforsørgende, og levealderen er stigende. I forhold til det lave fødselstal, kompenserer vi ikke som Sverige ved at have åbne grænser. Unge mennesker kommer sent på arbejdsmarkedet,

*”I er dygtige, jeres ansatte er dygtige, men får de lov at bruge deres faglighed? Er der tid til det? Eller er tiden så knap, at fagligheden kommer i spil sammen med andre værktøjer, så som brug af begrænsninger i selvbestemmelsesretten for at forebygge ulykker?”*

**Karen J. Klint**, formand for Folketingets sundheds- og forebyggelsesudvalg

hvorfor Folketinget i enighed har hævet folkepensionsalderen. Samtidig er der mange unge, som ikke begynder på en anden uddannelse efter Folkeskolen, men går på offentlig forsørgelse. Disse faktorer skaber tilsammen et aldrende samfund, hvor det bliver en fremtidig udfordring at få tilstrækkelig arbejdskraft f.eks. indenfor social- og sundhedssektoren.

## Værdighed og unikke personligheder

Med hensyn til den høje levealder påpeger Karen Klint, at mange ældre generelt klarer sig godt: Alle er borgere, få er patienter. Men hun fremhæver, at der er ulighed i, hvem der lever længst – og bedst. Det vigtigste i forhold til ældreomsorg er værdighed, såvel på det personlige som på det faglige plan.

Med baggrund i sine egne erfaringer slår Karen Klint fast, at vi er alle unikke personer - sådan fødes vi, og sådan vokser vi op, men hvordan ser det ud i alderdommen? Velfærdsteknologien vil overtage nogle funktioner, men har vi de rette vilkår til at udnytte det bedste heraf? Er det sådan, at det personlige præg ikke bliver tilgodeset på plejehjem, hvor f.eks. neglelak og læbestift bliver erstattet af elastikbukser, så bleskift bliver lettere?

## Inhabile patienter

Karen Klint kommer til sidst ind på de problemer, der er i forhold til inhabile patienter. I tal er det ikke mange, det drejer sig om, men det er svære spørgsmål: ”Jeg har ikke lyst til, at ældre kan tvangsbehandles i eget hjem – lige fra insulinbehandling, til tabletter, der knuses og gemmes i yo-



ghurt og smerteplastre, der sættes på ryggen, så de ikke kan pilles af. Jeg erkender problemerne både fagligt og personligt. Jeg har arbejdet i det felt i mange år. Hvad er bedst? Love og regler eller mere tid til medarbejderne?”

Dette spørgsmål fører til et spørgsmål fra salen, om det sidste - mere tid - overhovedet er en mulighed? Karen Klint svarer, at vi må fodre politikerne med viden om, hvordan forholdene er. Det er medarbejderne, der kender dagligdagen. De forhold, vi har i dag, er udviklet på baggrund af tidligere medarbejderes kampe for bedre forhold.

# Mine visioner for fremtidens demensindsats

**Birgitte Vølund**, nyvalgt formand for Alzheimerforeningen

Invitationen til at fortælle om sine visioner for fremtidens demensindsats har givet anledning til eftertanke, og Birgitte Vølund indleder oplægget med at slå fast: "Demens har brug for at erobre plads på dagsordenen såvel politisk, i civilsamfundet, social- og sundhedsfagligt og etisk. Det vil jeg gerne bruge engagement og energi på".

Der pågår en diskussion om, hvor mange med demenssygdom, der kan ventes i fremtiden, men uanset om det kommer til at svare til det pessimistiske eller det optimistiske skøn, venter der en stor opgave. Danmark opfattes som et inspirationsland, fordi vi satser på viden som overordnet ledetråd. Vi er et vidensamfund, og det skal vi også være i forhold til demens – men viden forpligter og viden udfordrer.

## Inspiration fra udlandet

Birgitte Vølund fremhæver den engelske premierminister David Cameron, som er ambitiøs på demensområdet: "We want to make a real difference to the lives of people with dementia. Building on the National Dementia Strategy, we believe that the UK can be a world leader in dementia care and research. Delivering major improvements in dementia care and research by 2015. Living Well With Dementia: a national dementia strategy: Driving improvements in health and care. Creating dementia friendly communities that understand how to help better research".

Vi kan også hente inspiration i Sverige, hvor man pr. 31. marts 2015 indfører Nationale retningslinjer for demensplejehjem med beskrivelse af den kva-

litet, man ønsker. Ikke minimumsrettigheder, men kvalitet, der kan måles og efterprøves.

## Demensalliancen

I Danmark er der iværksat et spændende samarbejde imellem Pensam, Ældresagen, FOA og Alzheimerforeningen, kaldet Demensalliancen. Visionen for samarbejdet er at skabe det bedste liv for mennesker med en demenssygdom og gøre Danmark til et foregangsland på demensområdet. Demensalliancen afholdt et topmøde i september 2014, hvor overskriften var: "Aldrig alene med demens". Birgitte Vølund fastslår, at der er brug for disse initiativer. Hun henviser til de henvendelser, Alzheimerforeningen får på demenslinjen, om de belastninger pårørende oplever, f.eks. om forholdene i plejeboliger med hensyn til ringe bemanding og faglighed.



Alzheimerforeningen har en overordnet vision: "En verden uden demenssygdomme - hvor demenssygdomme forebygges, personer med demenssygdomme behandles effektivt, og livet med demens indtil da leves i værdighed".

## Mere om visionen

Birgitte Vølund uddyber sin egen vision: "Danmark er verdens første demensvenlige land, fordi vi har viden. Man siger demens er en folkesygdom – vi kan i stedet sige: Fra folkesygdom til folkesag".

Birgitte Vølund mener, der skal mere fokus på:

- Behandling – der er et stort behov for øget sundhedsfaglig viden. Der er behov for en større faglighed i forhold til diabetes, hjertesygdomme osv.
- Kvalitet – der skal arbejdes for nationale retningslinjer for kvalitet i demensomsorg og pleje.
- Høj kvalitet skal være et kendemærke for al tilgang til demensarbejde.
- Kapacitet – både i forhold til udredning og egnede boliger.

Ca. 70 % af de henvendelser, der er på demenslinjen, indeholder en anbefaling om at kontakte den lokale demens-kordinator / demenskonsulent. Birgitte Vølund inviterer DemensKooordinatorerne i Danmark til samarbejde med Alzheimerforeningen - vi har brug for hinanden.

# Kan vi rehabilitere alle ældre - herunder borgere med demens?

**Pia Kürstein Kjellberg**, analysechef, KORA

Pia Kürstein Kjellberg har været med til at evaluere flere rehabiliteringsprojekter, deriblandt den meget omtalte Fredericia-model. Desuden har hun været med til at udarbejde en kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet.

## Samfundsmæssig og historisk baggrund

Den samfundsmæssige baggrund for, at hverdagsrehabilitering er blevet så populært i kommunerne, er den demografiske udvikling i befolkningen med et stigende antal ældre og et faldende antal yngre i den erhvervsaktive alder, hvor en forholdsvis lille arbejdsstyrke i fremtiden skal holde hjulene kørende, mens en stor gruppe af ældre borgere er gået på pension.

Historisk har ældreomsorgen udviklet sig fra et paradigme om "længst muligt i eget hjem" (1980'erne) til "længst muligt i eget liv" (2010'erne). I 1980'erne tilbød samfundet



## Fredericia-modellen

Projekt "Længst muligt i eget liv" blev søsat i Fredericia Kommune i 2008. Projektets fokus er hverdagsrehabilitering. Projektet har haft stor succes og har inspireret mange andre kommuner. Formålet er at sætte fokus på den rehabiliterende indsats i plejen, og at styrke den ældre borger i at mestre sit eget liv.

[Læs mere om modellen ved at klikke her.](#)

borgeren en institutionsløsning, hvis vedkommende ikke kunne klare sig selv. Det var en helhedsløsning, men den var meget bekostelig. Herefter opstod den moderne ældreomsorg, som vi kender den i dag, hvor hjemmeplejen begyndte som institution.

## Længst muligt i eget liv

På et ældretopmøde afholdt af FOA i 2007 bliver idéen om et nyt paradigmeskifte diskuteret - et paradigme, der tager udgangspunkt i at støtte ældre borgere i at klare sig selv længst muligt i eget liv uden hjælp fra samfundet. Formålet er at udskyde eller forkorte behovet for hjælp - uden at lade nogen i stikken.

Helene Bækmark, daværende direktør for Pleje, Sundhed & Arbejdsmarked i Fredericia Kommune, gør ord til handling og implementerer hverdagsrehabilitering. Pia Kürstein Kjellberg måtte gennem evaluering af Fredericia-modellen erken-

de, at her var noget afgørende nyt på spil. For det første tager modellen udgangspunkt i borgerens mål. Et eksempel er, at en ældre mand blev hjulpet til at opnå sit mål om at komme hen til det lokale værtshus og mødes med vennerne, selvom det ikke er en sundhedsfaglig prioritering. En anden forskel er den tid, der er afsat. I Fredericia giver man los og bruger den tid, der skal bruges på at lave kvalitativt arbejde, for så siden skære ned i tiden. En tredje forskel er, at indstuderede rutiner i den almindelige hjemmepleje systematisk bliver taget op til overvejelse og eventuelt ændret. F.eks. skal hjemmehjælperen ikke servicere ældre borgere, der godt selv kan anrette deres egen mad.

I 2010 på KL's sociale topmøde i Aalborg, kan Helene Bækmark berette, at Fredericia Kommune har sparet 13 mio. kr. ved at prioritere hverdagsrehabilitering. Det giver genlyd hos de kommunale ledere og et halvt år senere, viser en rundspørge, at 92% kommuner planlægger en indsats med hverdagsrehabilitering.

## Hverdagsrehabilitering i hele landet

I september 2012 undersøger Pia Kürstein Kjellberg de forskellige modeller for hverdagsrehabilitering - der findes hele 95 forskellige, da nogle kommuner benytter mere end én model. Generelt er der tendens til en variation over temaet:

- En fysioterapeut og en ergoterapeut
- Nye borgere med rehabiliteringspotentiale

- En individuel rehabiliteringsplan
- SOSU-personalet som hjemmetrænere
- Systematisk opfølgning på målopfyldelse
- Systematisk opfølgning på afslutning til mere/ mindre hjælp

De 95 modeller kan inddeles i fire arketyper:

- 1) Hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger (60/ 95)
- 2) Hjemmepleje med ekstra ressourcer (14/ 95)
- 3) Tværfaglig specialenhed (13/ 95)
- 4) Terapeutmodellen (8/ 95)

Hver arketype har sine styrker og ulemper. Pia Kürstein Kjellberg mener, den første type er svær med megen samarbejde på tværs af faggrupper. Der er den fjerde type meget lettere, men her mangler hverdagsrehabilitering fuldstændig integration i hjemmeplejen. Der er gode erfaringer med tværfaglig specialenhed (type 3), men den kommer kun få borgere til gode.

Pia Kürstein Kjellberg understreger, at en vellykket rehabiliteringsindsats tager lang tid, og hvor store besparelser der er at hente, kommer helt an på, hvordan indsatsen tilrettelægges, - hvis overhovedet der er noget at spare. F.eks. evaluerer hun Fredericia-modellen i 2013 efter, at den er blevet

bredt ud til at omfatte alle borgere, der modtager personlig pleje efter servicelovens §83 og ikke kun dem, der er udvalgt til at være "rehabiliterings-egnede". Her fik samtlige borgere med behov for pleje en individuel rehabiliteringsplan. En økonomisk analyse viste, at indsatsen er omkostningsneutral.

### Kan demente borgere rehabiliteres?

For at vende tilbage til oplæggets hovedspørgsmål, om demente borgere kan rehabiliteres, svarer Pia Kürstein Kjellberg, at det er svært, og at det afhænger af, hvad man mener med rehabilitering. Hvis det handler om at tilføre faglighed af høj kvalitet, tror hun, demente borgere også kan have glæde af en indsats. Et eksempel er en borger, en dement mand, i Fredericia Kommune, som rehabiliterings-medarbejderne ikke mener kan flyttes ved hjælp af rehabilitering. Her forsø-

ger de alligevel at finde en løsning i forhold til, når manden skal i bad, hvilket er problematisk, da han modsætter sig. De forsøger at tænde for bruseren, og da han hører, vand der løber, går han selv i bad - uden nogen form for tvang eller støtte.

Som svar fra en deltager i salen bekræfter Pia Kürstein Kjellberg, at det desværre er korrekt, at demensramte borgere systematisk bliver sorteret fra på forhånd i langt de fleste rehabiliteringsindsatser. Hvis rehabiliteringsindsatsen blot er en maskeret spareøvelse, er det ok, men hvis der i stedet er tale om højnelse af den faglige kvalitet, er det en skam, at demente borgere ikke får glæde heraf.

En anden deltager spørger, hvorfor højere faglig kvalitet nu skal kaldes hverdagsrehabilitering. Pia Kürstein Kjellberg synes, spørgsmålet er relevant, men hun mener, det er nødvendigt at bruge begrebet, for der er tale om en ny måde at bedrive hjemmepleje på.

En tredje deltager pointerer til slut, at det er vigtigt ikke at diskvalificere folk i forvejen, fordi de har en demenssygdom. Vi skal være opmærksomme på, at borgere med demens måske ikke bliver bedre med hverdagsrehabilitering, men at de sandsynligvis bliver mindre dårlige, end de ellers ville have været.



# Innovativ evaluering i demensindsatsen

**Malene Skov Dinesen**, cand.mag. i Informationsvidenskab samt diploma i Systemisk ledelse og organisationsudvikling.



Malene Skov Dinesen fortæller, hvad det er, innovativ evaluering kan frem for traditionel evaluering. En traditionel evaluering er bagudskuende og sættes først i værk, når et projekt er færdigt, for at undersøge om der er evidens for indsatsen.

Ved den innovative tilgang går evaluator ind i projektet og påvirker det, mens det foregår.

## Traditionel versus innovativ evaluering

Malene Skov Dinesen mener, evaluering skal gives tilbage til praksis, dvs. at evaluering skal foregå i praksis og derved også kan påvirke og udvikle praksis undervejs. Den positivistiske tankegang, der ligger bag traditionel evaluering, tager sjældent højde for konteksten og de mekanismer, der er særlige for den enkelte situation. Det gør det svært at overføre evalueringens såkaldte evidensbaserede viden til andre lignende sammenhænge.

### Definition af innovativ evaluering

Innovativ evaluering er en refleksiv relationel proces, hvor kontekstbestemt viden om fortiden og nutiden anvendes til fremadrettede handlinger, der understøtter aktørerne i at skabe nye muligheder og forbedret praksis parallelt med, at eksterne krav om dokumentation opfyldes.

Kritikere af innovativ evaluering hævder, at den ikke er objektiv, men Malene Skov Dinesen mener heller ikke, det er rimeligt at kalde traditionel evaluering for objektiv - der vil altid skulle tages subjektive valg, - det vigtige er, at evalueringen er åben, gennemsigtig og velbegrunderet i forhold til valgene.

En konsekvens ved traditionel evaluering er, at det først er til sidst i et projekt, der evalueres. Så er der måske gået lang tid - det kan være år - hvor projektet har kørt efter planen uden sideløbende refleksion. Ved evaluering fældes dommen: *DUR* eller *DUR IKKE*. Hvis projektet dømmes ude, er det spild af ressourcer. Ved innovativ evaluering udvikles og justeres projektet løbende i forhold til evalueringen, så indsatsen vil aldrig være spildt.

## Tænk før du evaluerer

Ved at vælge den innovative tilgang skal forarbejdet gøres grundigt - det er her arbejdsbyrden ligger modsat i traditionel evaluering, hvor arbejdsbyrden ligger i slutningen af et projekt. Evaluatoren skal være skarp på, hvad der skal evalueres undervejs og hvordan. Det er også vigtigt at vide, om det er i forhold til økonomiske, faglige eller borgerper-



spektiver, der evalueres. Desuden mener Malene Skov Dinesen, at der skal være tale om en reel efterspørgsel på evaluering, dvs. at der er en villighed til, at evalueringen skal skabe forstyrrelser i praksis, og at praksis justeres i forhold til dette. Der skal være en lyst til at blive klogere på egen praksis og ændre den til det bedre - som Malene Skov Dinesen siger: "Mennesker ændrer kun noget, hvis det giver mening for dem".

### **Programteori**

Udgangspunktet og omdrejningspunktet for innovativ evaluering er en programteori. Den består af antagelser om sammenhænge i praksis. Gennem evaluering tester vi antagelserne op imod realiteterne. Evaluering er en konstant sideløbende refleksion, hvor antagelserne testes: Gør vi det, vi tror, vi gør? Påvirker kontekster og mekanismer, sådan som vi antog? Opstår resultater og virkninger? Hvad betyder det, vi ved nu, for hvad vi skal justere?

### **Kontekst og mekanismer**

I evalueringen er det vigtigt konstant at tage højde for konteksten og hvilke mekanismer, der er på spil. Konteksten er de forudsætninger, som praksis 'lever' i:

- Kommunestørrelse/geografi
- Socioøkonomiske forhold
- Borgersammensætning
- Personalesammensætning/anciennitet
- Lokalitet aktiviteterne foregår i: borgers hjem/plejebolig/aktivitetshus

Mekanismerne kan være:

- Medarbejdernes forståelse af deres profession
- Ledelse og kultur i organisationen
- Er det motivation eller modstand
- Forventninger om forbedringer

Malene Skov Dinesens mål er, at evaluering skal være interessant og livgivende, samtidig med at den skal kunne bruges fremadrettet i praksis.



# Demenskoordinatoren som ekspert og fascilitator - introduktion til dobbeltpositionsmodellen

**Andreas Granhof Juhl**, erhvervspsykolog, samarbejder med DemensCentrum Aarhus om opbygning af demens praksisuniversitetet

Andreas Granhof Juhl har forsket i, hvordan en professionel arbejder, når denne har succes. Resultatet er ikke en tjekliste, hvor succesen er i hus, når alt er "vinget" af. I stedet fandt han frem til, at succesfuldt arbejde afhænger af, hvordan den professionelle agerer: Det er afgørende, om den professionelle er fleksibel og kan indtage forskellige positioner alt efter arbejdssituationen.

## At indtage en position

At indtage en position er at have blik for de forskellige handlemuligheder, der er i situationen, og derudfra



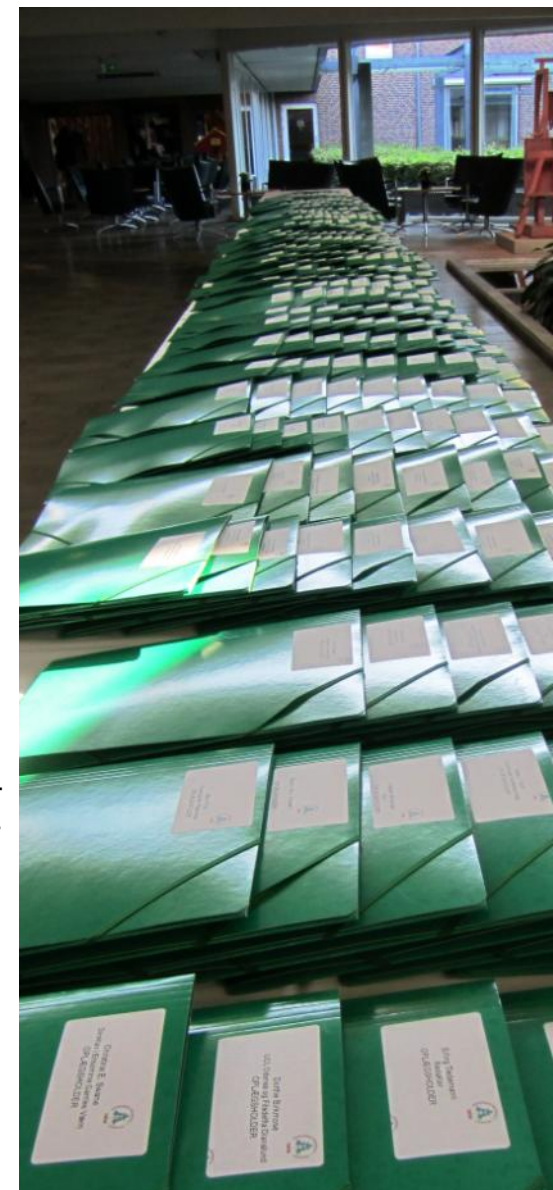
tage et pragmatisk valg. Situationer ændrer sig, når man skifter position. Derfor er det interessant at kunne skifte tilgang eller position og være reflektiv i forhold til, hvad der kan ske, hvis man vælger at gøre B i stedet for A og omvendt. Det er en måde at udbrede handlerummet fra kun at handle ud fra et relativt snævert rum af muligheder. Anders Granhof Juhl kalder det at kunne positionere sig på denne måde for reflektiv praksis, i modsætning til normal praksis. For at være reflektiv praktiker skal man

- 1) blive ved med at sætte sig noget for,
- 2) være selvrefleksiv og kritisk i forhold til sig selv,
- 3) efterspørge resultater og feedback på præstationer.

## Dobbeltpositionsmodellen

I sin forskning har Andres Granhof Juhl identificeret mange forskellige positioner, men for overskuelighedens skyld har han valgt at sætte fokus på to positioner (dobbeltpositionsmodellen) i forhold til demenskoordinatorens arbejde: Positionerne ekspert og facilitator.

Demenskoordinatoren agerer ekspert ved at besidde en særlig viden såvel inden for demenssygdom og – tilbud med også i nærprocesser. Eksperten har kontrol, informerer og er ekspert på viden. I positionen som facilitator handler det i stedet om at involvere og motivere og tage udgangspunkt i andres situation,





behov og ressourcer. At indtage ekspert-positionen kan føles som at være på sikker grund, men hvis borgerne skal klare sig uden at hidkalde en ekspert, hver gang der opstår uforudsete situationer, er det nødvendigt, at gøre dem i stand til selv at håndtere situationen. Udfordringen er at vedblive med at reflektere over tilgængelige positioner gennem sit arbejdsliv, at balancere mellem positionerne i konkrete situationer og at vide, hvornår det er bedst at træde ud af den ene og over i den anden.

### Hvilken position hvornår?

Hvilken position demenskoordinatoren vælger at indtage, er i høj grad afhængig af den enkelte opgave eller situation. Hvis opgaven kræver en ringe grad af involvering, men hvor løsningen afhænger af en absolut viden, kalder den på en ekspert. Eksperten analyserer problemet og fremsætter to-tre alternative løsningsmodeller. Et almindeligt lægebesøg er en klassisk situation, hvor lægen indtager ekspertrollen ved at diagnosticere og ordinere.

Ulemper ved ekspertpositionen er, at kunden/borgeren kan være uvillig eller ude af stand til at forstå eller acceptere en diagnose eller til at udføre løsningen. I en proceskonsultation, hvor demenskoordinatoren er facilitator, skabes en relation til

*"Proceskonsultation er at skabe en relation med klienten, der sætter klienten i stand til at opfange og forstå de processer og begivenheder, der opstår i klientens interne og eksterne miljø med det formål, at situationen kan forbedres ud fra klientens definition..."*

Schein, 1999,p.20.

borgeren. Her skal borgeren selv opfange og forstå situationen og dermed selv tage ejerskab. Det er især relevant, når opgaven er kompleks og kræver en stor grad af involvering: Her er fokus på fælles diagnose og empowerment.

En deltager spørger Andreas Granhof Juhl, om viden om dobbeltpositionsmodellen kan overføres til undervisningssituationer. Det kan den - det drejer sig om hele tiden at være opmærksom på, hvornår man skifter fra den ene position til den anden ud fra, hvad det er for en slags viden, undervisningen omhandler. Og så er det også et spørgsmål om at prøve sig frem og lære af sine fejl, trial-and-error. Andreas Granhof Juhl anbefaler, at man åbent efterspørger feedback fra sine kursister.



# Hvad er væsentligt i rehabiliteringsforløbet efter en erhvervet hjerneskade?

**Frank Humle**, neuropsykolog, direktør i center for hjerneskade, København

Frank Humles oplæg tager udgangspunkt i borgere med erhvervet hjerneskade, men han er sikker på, at deltagerne kan overføre mange af pointerne til demensramte borgere.

## Vågenhed

Et af de områder, der bliver ramt ved såvel hjerneskade og demens, er vågenhed, mental energi eller parathed. Det er helt afgørende at være vågen eller mentalt parat, for at hjernen kan modtage information. I selve indkodningsøjeblikket, hvor vi skal kunne modtage information, lægger vi ikke mærke til, at vi ikke har energien til at huske det. Det er først, når vi skal trække på informationen igen og huske på den, at vi bemærker, at vi ikke var mentalt parate i det afgørende øjeblik. Der findes mange forskellige former for vågenhed. En skade i hjernen kan give nedsat energiniveau generelt, mens alle øvrige hjernefunktioner er intakte. Der kan også være tale om et skift i opmærksomhedsniveau alt efter interesse - det er alment, men særligt udtalt ved bestemte hjerneskader.

## Fysisk træning

Hvad kan der gøres for at øge niveauet af vågenhed? Fysisk træning er et godt bud. God kondition øger hjernens plasticitet.

Frank Humle fortæller om et studie, hvor en gruppe sammenlignelige borgere med følger efter traumatisk hjerneskade blev delt op i to grupper:

En gruppe på 176 borgere, der ikke træner fysisk, som bliver sammenholdt med en gruppe på 64, der træner. Træningsgruppen var fysisk aktive mindst tre gange 30 min. pr. uge (jogging, cykling eller svømning) inden for det seneste halve år. Fysisk aktivitet hjælper på mange forskellige kognitive områder, og indenfor vågenhed er det også effektivt. F.eks. havde 71,8% fra ikke-træningsgruppen svært ved at koncentrere sig, hvor det kun gjaldt 54,9% fra den trænende gruppe. Studiet viste også, at fysisk aktivitet indvirker signifikant positivt på evnen til at holde sig vågen og til at vågne op.



Frank Humle bemærker, at dét som i høj grad er vanskeligt, når man agerer i virkeligheden med en nedsat hjernekapacitet, er, at der ikke er nogen, der udpeger bestemte informationer for dig, og gør dig klart, at "denne information bliver vigtig at huske på i fremtiden". Det er op til dig selv at sortere i indtryk og informationer og huske på det, som er væsentligt.

Frank Humle siger, at Sundhedsstyrelsen anbefaler 30 minutters daglig træning af moderat intensitet med henblik på at mindske risikoen for en række sygdomme, vedligeholde muskelstyrke og kondition og evne til at udføre dagligdags aktiviteter. Konditionsfremmende motion som cykling, løb og svømning har en forebyggende effekt på demens. Træningen af demente borgere tyder på, at træningen skal være af middel til høj intensitet, individuelt tilrettelagt og indeholde styrke- og konditionstræning samt funktionel træning. Fysisk træning synes derudover at have positiv indflydelse på psykiske symptomer, adfærd, praktisk funktionsevne, kognitive funktioner og kommunikationsevne.

## Sanserne

Et andet område, der kan blive ramt ved hjerneskade og demenssygdom, er sanserne. Frank Humle understreger, hvor vanskeligt det er at arbejde med, idet man ikke kan tage for givet, at personer, der får påvirket deres sanseapparat, selv er klar over den påvirkning – og det er

heller ikke sikkert omverdenen ved det. Borgerne møder omverdenen som før, men kan ikke bearbejde alle sanseindtrykkene, og det giver forvirring.

Ved hjerneskade kan synet nemt blive påvirket, da øjnene og den del af hjernen, som handler om syn, lægger langt fra hinanden - derfor er der mange steder i hjernen, der indvirker på synet. Udredning er afgørende, for synsforstyrrelser dækker over mange forskellige lidelser. Et eksempel er, hvis en borger ikke spontant genkender det, vedkommende ser, men skal bruge energi på at finde det frem i hukommelsen. Et andet eksempel er, en borger, som er totalt blind på en del af sit synsfelt – uden at være klar over det. Frank Humle fortæller om et tredje eksempel, hvor en kvinde oplever, at når hun kigger på én ting, så forsvinder alt det andet omkring hende. Derudover kan hun ikke styre sine øjenbevægelser bevidst, og heller ikke koordinere syn og motorik. Det gør, at hun er fuldstændigt desorienteret.

### Visuel neglekt

Visuelle forstyrrelser skal ikke forveksles med visuel neglekt, som er en opmærksomhedsforstyrrelse, der også medfører ændret attitude. Neglekt betyder reduceret opmærksomhed på egen krop eller rummet på den ene side, typisk venstre. Ved visuel neglekt er borgeren f.eks. ikke opmærksom på den ene side af teksten, når

vedkommende læser, på trods af at selve synet er normalt. I udtalte tilfælde spises kun den del af maden, som ligger på den ene side af tallerkenen. Der findes forskellige måder at hjælpe borgere med visuel neglekt på. Alene at gøre opmærksom på neglekt - "husk nu, du har visuel neglekt" - i bestemte situationer, gør, at borgeren kan tage sine forholdsregler. Prismebriller med lameller, der flytter synscentret 10 grader, kan hjælpe, og hjernetræning hvor hjernen bliver mindet om, at der er et område i højre side, den ikke er opmærksom på.

Frank Humle understreger flere gange, at udredning er altafgørende, da den ene slags forstyrrelse let kan forveksles med en anden, og dermed bliver behandlet forkert.

### Koncentration og opmærksomhed

Frank Humle understreger, hvor uhyre vigtig koncentration og evnen til at fastholde opmærksomhed er. Ifølge en tysk undersøgelse skyldes 68% af alle trafikuheld, hvor bilisten kører ind i en forankørende, uopmærksomhed. Risikoen ved delt opmærksomhed under bilkørsel – hvor føreren f.eks. er optaget af at tale i håndfri mobiltelefon - bevirker ifølge en trafikforsker "en stigning i risikoen på fire gange er fundet i flest studier, og jeg vil tro, at mellem to og fire gange er det bedste bud." Det er, ifølge Frank Humle, et bevis på, at vi - selv uden en hjerneskade - ikke er så gode til at koncentrere os, som vi tror. Derfor er det vig-



tigt at være forudseende og f.eks. holde en pause på en lang køretur, *inden* trætheden sætter ind.

Vanskeligheder med opmærksomhed kan f.eks. ses ved, at borgeren er nem at aflede, har svært ved at bevare overblik over f.eks. madlavning, forlægger ting, er impulsiv og har en lang reaktionstid. Der findes forskellige metoder til at håndtere opmærksomhedsforstyrrelser, f.eks. træning af arbejdshukommelse med computerprogrammer som cogmed. Kritikere mener, forbedringen med denne træning er minimal, men Frank Humle pointerer, at det kan rykke, hvis borgeren samtidig modtager sparring fra personalet. Forbedring handler også om borgerens tilgang: Hvis en borger med en hjerneskade let opgiver udfordrende opgaver med henvisning til begrænsninger grundet hjerneskade, bliver det vanskeligt at forbedre resultaterne.

# Vores tolkninger af andres adfærd

*Dorthe Birkmose, psykolog, cand.psych., rådgiver og tilrettelæggende underviser, UCL Odense og Filadelfia Dianalund*

Referatet er kort, da pointerne i oplægget er at finde i artiklen "Vores tolkninger af andres adfærd" af Dorthe Birkmose bragt i ViPU Viden, 15. årgang, nr. 2, juni 2013.  
[Klik her for at læse artiklen.](#)

Dorthe Birkmose er optaget af to ting – hvordan passer vi på hinanden som praktikere, og hvordan passer vi på borgere og pårørende?

## Problemskabende adfærd

Problemskabende adfærd er mange ting, og udadreagerende adfærd er kun en del heraf. Indadreagerende adfærd – som f.eks. misbrugen, selvskadende adfærd - er ikke så let at blive opmærksom på. Der findes også seksualiserende adfærd, og personer med gentagne adfærdsmønstre, hvor de f.eks. stiller det samme spørgsmål 50 gange i træk. Personalet, dvs. praktikerne, der arbejder med problemskabende adfærd, føler afmagt, og de risikerer at blive slidte.

## Afmægtighedsfølelse

Der findes to – meget menneskelige - måder at håndtere afmægtighedsfølelse på. Den ene er at tage afmagten ind personligt. Tankerne centrerer om, at det er MIN skyld – det er MIG, der er uduelig. Her sætter den enkelte praktiker lighedstegn mellem problemet og sig selv som person. Det er meget ensomt at påtage sig den skyld, det slider på den enkelte praktiker, og problemet kan ikke løses.

Den anden måde at håndtere følelsen på er at vende afmagten ud: "Det er ham, det gør det! Der er noget galt med ham!". Her ser man adfærd som et personlighedstræk hos borgeren. Det kan bevirke, at praktikerne behandler borgere dårligt, hårdere og bliver mere grove. At opleve sig selv være grundlæggende irriteret på borgere, er opslidende – det var jo ikke derfor, man valgte et omsorgsarbejde.

## Hvad stiller man op?

Praktikere efterspørger konkrete værktøj – quickfixes -, der kan ændre borgernes adfærd, men så enkelt er det ikke. Alle ved, hvor vanskeligt det er blot at ændre sin egen adfærd. I stedet mener Dorthe Birkmose, at praktikerne skal forsøge at forstå andres adfærd. Kort sagt: Den faglige tilgang skal i højsædet.



Det er godt at have i baghovedet, at borgere med problemskabende adfærd sikkert ikke oplever sig selv som værende "problemskabende". Adfærden er udtryk for noget andet. Som praktiker skal man være nysgerrig på, hvad det er, der er på spil? Hvad er årsagen, og hvad er formålet med denne adfærd? Adfærden skal tolkes ud fra den faglige tænkning, der hviler på en antagelse om, at mennesket er socialt. I forhold til psykiske belastninger er fagligheden det, der kan blive ved med at tilføje arbejdet energi.

Al adfærd er kommunikation, og som sociale væsner har vi brug for at forstå andre mennesker og at blive forstået. Men der sker misforståelser, og at vi ikke bliver hørt. Så skruer vi op for kommunikationen – den bliver højere og skarpere. På samme måde bygger frustrationerne sig op hos borgere og pårørende, som oplever, at de ikke kan kommunikere det, de gerne vil – frustrationer som udmunder i problemskabende adfærd.

Til slut understreger Dorthe Birkmose, at der skal kæmpes for den faglige tænkning. De to andre typer af tankesæt, hvor afmagten vendes ind eller udaf, er alment menneskelige og føles i det bestemte øjeblik meget sande. Praktikere skal være meget opmærksomme på ikke at blive snydt af egne tanker.

# Når gode mennesker handler ondt

**Dorthe Birkmose**, psykolog, cand.psych., forfatter til bogen "Når gode mennesker handler ondt - tabuet om forråelse", Syddansk Universitetsforlag 2013

Referatet er kort, da pointerne i oplægget er at finde i artiklen "Når gode mennesker handler ondt" af Dorthe Birkmose bragt i ViPU Viden, 15. årgang, nr. 3, oktober 2013.  
[Klik her for at læse artiklen.](#)

Dorthe Birkmoses bog "Når gode mennesker handler ondt" fra 2013, som tager hul på tabuet om forråelse, bragte sindene i kog efter udgivelsen. Det er et svært og angstprovokerende emne, men Dorthe Birkmose mener, det er nødvendigt at få forråelsen italesat, så vi ikke bare skader andre eller ødelægger os selv. Flere bryder sig ikke om, at Dorthe Birkmose bruger ordet "ond" – hun pointerer, at hun ikke peger fingre af nogen bestemte individer. Hendes emne er onde handlinger, og det er ikke det samme som at sige, at mennesket er ondt. Men samtidig synes hun, det er vigtigt, ikke at undvige et så alvorligt emne ved at italesætte det anderledes.

## Onde handlinger

Hvordan kan det ske, at gode mennesker kan ende med at udføre onde handlinger? En klassisk forråelsesproces starter med, at man får impulser eller tanker, man ikke er stolt af, - f.eks. lyst til at ignorere, hæve stemmen etc. -, men man opfører sig ordentligt. Alle har prøvet at få de impulser eller tanker. Næste trin er der, hvor forsvarsmekanismerne, f.eks. bagatellisering eller fortrængning sætter ind. De gør, at man lette-

re kan leve med forråelsen. På det niveau bliver handlingerne onde. Det sidste niveau er, hvor man legitimerer handlingerne og fortæller historier for sig selv og hinanden, som gør, at man ikke længere kan kende forskel på godt og ondt. Vi har evnen til at overbevise os selv om, at onde handlinger ikke er onde! Dorthe Birkmose advarer mod forsvarsmekanismerne: På den ene side beskytter de en selv, på den anden side er der tale om selvbedrag.



## Tre typer af ondskab

Dorthe Birkmose inddeler onde handlinger i tre former:

- 1) idealistisk ondskab – hvor vi vil hjælpe ud fra et ideal om det gode, f.eks. det hvide snit
- 2) egoistisk ondskab – f.eks. personale som kæmper for sig selv, fordi de ikke lige vil fyres
- 3) tankeløs ondskab – hvor vi ikke har tænkt over, hvad vi gør, og vi gør, som vi plejer!

Forråelse er svært at opdage, selv når den er ekstrem. Et eksempel er afsløringer af omsorgssvigt på plejehjem, hvor en journalist gik undercover og blev ansat som medhjælper. Vedkommende havde svært ved selv at få øje på forråelsen, selvom den var tydelig på de optagelser, han havde taget med skjult kamera. At den er svært at få øje på i selve situationen, kan skyldes, at journalisten godt kunne lide sine kolleger på plejehjemmet.

Hvad gør man, når man opdager forråelse? Her er der flere barrierer end muligheder. Der findes desværre ingen nemme løsninger til at dæmme op for forråelse. En vigtig del af at bekæmpe den, er at turde tænke og tale om, at forråelsen findes, men der er stadig lang vej endnu.

Forråelse er en udviklingsproces, som et menneske kan gennemgå, hvor vedkommende bliver mere kold og kynisk i sin tankegang.

### Ud med ja-hatten og ind med nuancerne

En type af forråelse i arbejdslivet Dorthe Birkmose vender sig imod, er den evige insisteren på positiv tænkning. Det kan være, når der bliver brugt positive ord om noget, som ikke er positivt, og når politikere ikke står ved det, de gør, f.eks. når de forklarer besparelser som omstruktureringer.

Medarbejderne skal have ja-hatten på, være fleksible og langtids-friske i stedet for langtids-syge. Et eksempel er på et handicapcenter, hvor ledelsen har indstiftet en pris til månedens medarbejder. Medarbejderne bliver indstillet af kollegerne. Et billede kommer op og hænge af månedens medarbejder, som får to biografbilletter og en god

middag. Ét individ bliver fremhævet frem for gruppen. De medarbejdere, som aldrig bliver indstillet, er utilfredse, og for dem bliver belønningssystemet et slags straf-system, idet de aldrig får prisen. Konsekvensen er, at de skærer ned på deres arbejdsindsats, og der bliver et dårligere arbejdsmiljø. Ved positivt at fremhæve udvalgte medarbejdere frem for andre forsøger ledelsen indirekte at få kollegerne til at oppe sig. Et sådan ledelsestiltag er ifølge Dorthe Birkmose manipulation af værste skuffe, og det er farligt, for det forhindrer os i at fokusere på de réelle problemer på arbejdspladsen. I stedet skal faglighed og nuanceret tænkning i højsædet - det er vigtigt ikke at reducere kompleksitet, selvom vi er under et voldsomt økonomisk pres.

Som et sidste eksempel på, hvor forråelse *kan* være på spil, nævner Dorthe Birkmose visuelt skjulte døre på plejehjem, som især er beregnet på dørsøgende demente borgere. Her snyder vi folk, fordi vi kan - og det kratter i etikken. Det kan også ses som resultatet af en proces, hvor vi arbejder på at finde den mindst værste løsning, og dér kan det være i orden. Men vi skal altid eftertjekke med etikken.



## ”Da vi blev dement(e)”

*Erling Tiedemann, fhv. amtsborgmester og fhv. formand for Etisk Råd, nuværende redaktør*

*Der er no'en, som si'r, at der er ingen engle,*

*at troen på dem er kun et fænomén.*

*Men hvodden vil de men'sker så forklare,*

*at jeg på 30. år er gift med én ...*

”Alle mennesker ændrer sig igennem livet. Det mest stabile i livet er forandringer. Alligevel er der nogle, som bliver ved med at være sig selv”. Sådan indleder Erling Tiedemann sin personlige beretning om livet med sin kone, og hvad der skete, da hun blev ramt af en demenssygdom.

### **De første tegn og udredning**

Ægteparret, som har været gift i 37 år, klarede sig fint i alderdommen trods fysisk svækkelse, og de stoppede heller ikke med at rejse ud i den store verden. De boede bl.a. et halvt år i Rom og rejste senere til Lucca, en vidunderlig middelalderby. Men en aften på hotellet faldt hustruen - umiddelbart uden årsag. Hun blev kørt til hospitalet i en ambulance. Her blev hun undersøgt, og heldigvis fejlede hun ikke noget akut, men lægen mente, hun skulle udredes for vaskulær demens.

Efter hjemkomst blev hustruen udredt på rigshospitalets hukommelsesklinik. I den periode begyndte pårørende-ansvaret at gå op for Erling Tiedemann. Han mener det ikke som en kritik af systemet, men han har ondt af den hjælpeløse patient, som ikke har en pårørende til at hjælpe sig.



### **Hjemmepleje og plejehjem**

Han vil heller ikke kritisere den kommunale hjemmepleje, som de modtog efter visitation. Alle hjemmehjælperne var gode. Han vil blot konstatere, at han holdt fortegnelse over, hvor mange der kom i hjemmet gennem et par år. I alt var der tale om 175 kommunale medarbejdere. Erling Tiedemann har takket medarbejdere fra hjemmeplejen for deres omsorg. Han ved, flere vil indvende, at de er ansatte og betalte for at yde den omsorg, så det er ikke noget at takke for. Han mener, det er en sandhed med modifikationer, for man kan ikke betale sig fra at være åben og for at have hjertet med i sit arbejde. Det er en velsignelse at møde mennesker, der har øje for andres behov.

Med hjemmeplejen til hjælp gik det ok et par år, men så blev hustruens helbred markant dårligere. Efter flere akutindlæggelser mente sygehuspersonale og pårørende, at Erling Tiedemann snart måtte finde en anden løsning, for som nærmeste pårørende ville han ikke kunne blive ved med at holde til det. Udsigten til at hans hustru skulle flytte på plejehjem, fyldte Erling Tiedemann med dårlig samvittighed, og han kæmpede med en følelse af svigt. En bekendt, som også er fagperson indenfor demens, hjalp ham med at træffe den svære beslutning, og i dag bor hans hustru på plejehjem.

### **Mere oplysning er nødvendig**

Erling Tiedemann ønsker for demenskoordinatorerne, at deres folkeoplysende rolle bliver styrket, så vi alle forstår, hvad demenssygdom er, og hvad den kræver af støtte og omsorg: ”Desværre er det ikke sikkert, at I vil blive prioriteret. I sundhedssystemet kan vi desværre fagligt udrette mere, end vi kan overkomme ressourcemæssigt.” Personligt ønsker han, at han selv tidligere havde været klar over, hvad der var under opsejling, så han kunne have reageret mere hensigtsmæssigt, da demenssygdommen ramte.

Erling Tiedemann slutter det rørende oplæg med et håb for sin hustru: ”Ægteskabet er en livslang, lykkelig kontrovers. Enhver kontrovers bør afsluttes med et kys. Jeg håber, at min kone ikke vil synke så langt ind i demensen, at hun ikke længere kan mærke og forstå, når hun får et kys”.

## SEMINAR 1

# Forebyggelse af udadregerende adfærd: metode, faglighed og ledelse

### Socialstyrelsen

Mennesker med demens kan i særlige situationer udvikle udadregerende adfærd. Et nyt metodeudviklingsprojekt skal hjælpe disse mennesker. Som led i Den Nationale Handlingsplan på Demensområdet udvikler og afprøves nu en ny faglig og organisatorisk ramme for arbejdet med denne gruppe borgere. Projektet skal på baggrund af eksisterende internationalt og dansk viden give en model for arbejdet med at forebygge og håndtere problemstillinger med udadregerende adfærd.

### Udadreagerende adfærd

Udadreagerende adfærd kan f.eks. være i form af råben, vold eller motorisk uro. Adfærden er ikke en naturlig del af sygdommen, men skal ofte ses som en reaktion på uhensigtsmæssige forhold i miljøet omkring borgeren. Selv hos mennesker med komplekse problemstillinger, som følge af demenssygdomme, kan adfærden forebygges og afhjælpes, hvis den alligevel opstår.

Både faglige, strukturelle og organisatoriske elementer bør spille sammen, når man skal sikre rammer, der mindsker risikoen for, at der opstår problemer med udadregerende adfærd i plejeboliger.

De socialfaglige og organisatoriske rammer skal spille sammen med de sundhedsfaglige, for at sikre den bedst mulige pleje og omsorg. Men det er i rammerne i plejeboligerne man kan sikre en hverdag, der passer til de enkeltes behov og dermed styrke indsatsen.

### Kommuner afprøver model

I 2013 og 2014 afprøves metoderne i projektkommunerne Sønderborg, Syddjurs og Hillerød. SFI, det Nationale Center for Velfærdsstatsforskning evaluerer projektet. Evalueringen vil være klar i starten af 2015, men allerede i dette efterår vil der komme mere nyt fra projektet.





## SEMINAR 2

# Dobbeltpositionsmodellen - hvordan bruger konsulenten de to positioner i praksis?

**Andreas Granhof Juhl**, erhvervspsykolog, samarbejder med DemensCentrum Aarhus om opbygning af demens praksisuniversitetet



spørgsmål til sig selv: "Hvad er det, jeg gør, som gør det til en god dag for andre?" Her skal man begynde at grave efter mønstre. Når man ser mønstret, finder man nye handlemuligheder.

Den interne konsulents rolle bliver debatteret:

- Hvem skal have noget ud af de spørgsmål, jeg stiller?
- Er det mig - så jeg kan stille en diagnose? Og finde handlemuligheder?
- Er det mennesket, som jeg ønsker at hjælpe til at være aktiv medspiller i eget liv?
- Hvordan bruger vi vores faglige viden ud fra forskellige positioner som facilitator og ekspert?
- Hvem er det, der ejer løsningen? Det er som regel vedkommende, der kan gøre noget ved det.

### Kontrakten

Kontrakter er et kommunikationsredskab, som i princippet kan bruges i alle typer af samtaler. I opstarten af en proces skal der laves en grundkontrakt, hvor forventninger skal afstemmes, og der skal være klare rollefordelinger. Den gode kontrakt beskriver resultat, rammer, råderum og relationer.

På seminaret lægger Andreas Granhof Juhl op til at prøve nogle af de teorier, han omtalte i hovedoplægget, i praksis. I øvelser føler seminardeltagerne på egen krop, hvad forskellen er, når de indtager de forskellige positioner. Dels som ekspert - dels som facilitator. Ved at indtage forskellige positioner opstår forskellige handlemuligheder og dermed forskellig praksis.

Ud fra de to perspektiver drøfter seminardeltagerne mål, intervention, professionel selvforståelse, viden og samarbejde. Konklusionen bliver:

- Facilitator ønsker, at de andre skal overtage facilitators blik, når vedkommende ikke er der
- Eksperten ønsker kontrol

### Grav efter mønstre

Ved intervention skal de positive afvigelser dyrkes. Man skal stille følgende

*"Vi kan kun se et PROBLEM, fordi vi tror, det kan være anderledes!"*  
Andreas Granhof Juhl

## SEMINAR 3

# Innovativ evaluering i hverdagen

**Malene Skov Dinesen**, cand.mag. i Informationsvidenskab samt diploma i Systemisk ledelse og organisationsudvikling.

Evaluering består i dag af et uoverskueligt felt med mange forskellige tilgange, hvilket gør det svært at navigere i. Der findes et utal af definitioner, hvor fokus f.eks. er på det bagudskuende aspekt, på vurdering eller på at resultater står i et fornuftigt forhold til hensigt og anstrengelser. Malene Skov Dinesen mener, at det før en evaluering er væsentligt at overveje, hvordan evalueringen anvendes – derudfra vælger man typen af evaluering.

### Syv anvendelsesformer

Hvad kan evaluering bruges til? Peter Dahler-Larsen har identificeret syv anvendelsesformer:

- Kontrol – kontrol af underliggende myndighed
- Læring – forbedre indsatsen på et område
- Oplysende – at blive klogere over tid
- Taktisk – fremskynde eller udskyde beslutninger
- Strategisk – understøttet noget allerede besluttet

- Symbolsk – evaluering som 'protected discourse'
- Konstitutiv – når praksis indretter sig efter evalueringen

Umiddelbart synes det indlysende, at evaluering skal bruges til at forstå og evt. ændre praksis, men det er vigtigt at forstå, at evaluering foregår i en kontekst, og der er mange ting, der spiller ind, før der bliver truffet en beslutning om evalueringens anvendelse.

Evalueringen skal ifølge Malene Skov Dinesen være med til at designe projektet eller programmet. Det vigtigste er at få lavet nuancerede, gode beskrivelser af praksis. Selvfølgelig skal de metodiske faglige overvejelser skal med – dvs. hvorfor har du antagelser om, at det har effekt? På hvad? På hvilke målgrupper?

### Hvordan evaluerer man livskvalitet?

En deltager spørger om, hvordan det er muligt at



evaluere på socialpædagogiske intervention i forhold til livskvaliteten hos mennesker med demens.

Malene Skov Dinesen svarer, at det er en stor udfordring, hvor helt klassiske evalueringsmetoder kommer til kort, f.eks. kan man ikke udføre kontrollerede, randomiserede forsøg. I stedet kan man lave triangulering af data, dvs. at man bruger flere datakilder til at belyse det samme spørgsmål. I dette tilfælde kan der opsættes indikatorer eller tegn for livskvalitet og gøres observationer før og efter intervention. Disse data kan suppleres med interviews af fagprofessionelle og pårørende.

### To definitioner

*'en systematisk retrospektiv vurdering af gennemførelse, præstationer og udfald af offentlig politik, som tiltænkes at spille en rolle i praktiske handlings-situationer.'*  
(dansk oversættelse af Evert Vedung i Dahler-Larsen, 1998)

*'Evaluering er i al sin enkelthed, at standse op midt i eller efter et af sine gøremål og vurdere, om resultaterne står i et fornuftigt forhold til hensigt og anstrengelser.'* (Albæk 2003)

Dataindsamlingsmetoder kan f.eks. være:

- Interviews
- Observation
- Proces, f.eks. på møder med medarbejdere eller pårørende
- Registreringer og dokumentation
- Spørgeskemaundersøgelser

Malene Skov Dinesen beklager, at kvalitativ evaluering ikke er særligt anerkendt, f.eks. hos de statslige styrelser, som har en klassisk logik i forhold til evaluering. Hun mener dog, at vinden er ved at vende, og at kvalitativ evaluering er ved at blive mere populært – ikke mindst på de kommunale direktioner, hvor der er forståelse for, at der findes områder, hvor det ikke giver mening at lave klassisk evaluering.



### Hverdagsevalueringer

Malene Skov Dinesen ved, at der ofte ikke er tid og ressourcer til store, forkromede evalueringer. Derfor anbefaler hun et lille greb, som hun kalder hverdagsevalueringer. Det er en nem måde at spørge sig selv og hinanden mere uddybende end "hvordan gik det?". De tre spørgsmål, som kan gøre en forskel i hverdagen, er: Hvad gik godt? Hvorfor? Hvad kan med fordel udvikles?

## SEMINAR 4

# Velfærdsteknologiens muligheder og begrænsninger i funktionssvækkede ældres liv

**Christine E. Swane**, kultursociolog, ph.d., direktør i Ensomme Gamles Værn

Oplægget tog udgangspunkt i en publikation, som Ensomme Gamles Værn udgav i 2013 med titlen "Velfærdsteknologiens muligheder og begrænsninger i funktionssvækkede ældres liv". Formålet med publikation er at beskrive nye velfærdsteknologiske produkter og løsningsmodeller og de muligheder og begrænsninger, der ser ud til at være i forhold til funktionssvækkede ældres sociale liv. Publikationen er skrevet i samarbejde med udviklingskonsulent Knud Erik Jensen, som også deltog i seminaret, og publikationens konklusion er, at der ikke er et entydigt svar på spørgsmålene.

Seminaret lægger op til en drøftelse af følgende spørgsmål:

- 1) Hvem blandt ældre med demens har glæde af de moderne velfærdsteknologiske løsninger – og hvilke?
- 2) Hvad har velfærdsteknologiske løsninger at byde på, når vi tænker på sociale behov og livskvalitet?

Drøftelserne på seminaret blandt deltagerne viser, at den praksis som demenskoordinatorerne er en del af, i stigende grad er præget af spørgsmål og ikke af svar.

### Et politisk emne

Velfærdsteknologi er i dag i kommunerne et både politiseret og økonomisk område, og det er et område med mange private interesser, mange puljer og mange specialansatte i kommunerne. Det synes i dag lettere at få midler til teknologiske projekter end til projekter med "varme hænder". Flere ser velfærdsteknologien som det nye "ustyrbare" område i kommunerne. Et synspunkt er, "at det går af helvede til, hvis vi ikke skruer op for velfærdsteknologien. Men vi må stå på fagligheden". Et andet synspunkt er, at det er gift for udvikling af velfærdsteknologi og en positiv implementering af den, hvis indførelse af velfærdsteknologi blandes med besparelseperspektiver.

### Der mangler forskning

Seminar deltagerne drøfter, om vi skal tilgodese beboernes eller personalets behov for velfærdsteknologi? Et svar er, at teknologien skal være frihedssættende for begge parter. Det er vigtigt, at borgere tidligt i deres demensforløb vænnes til teknologien, så de kan lære teknologien og forholde sig til den. Men hvem skal betale for teknologien? Måske når produkter skifter fra at være hverdagsteknologi til velfærdsteknologi - men hvornår er det? Og hvad skal

defineres som et hjælpemiddel og hvad som velfærdsteknologi? Hvilken rådgivning er der til rådighed for borgere, pårørende og personale? Der mangler viden om, hvad det betyder for mennesker, når velfærdsteknologi bliver en del af deres hverdag. Der er behov for forskning om borgeres, pårørendes og personalets erfaringer. Vi ved ikke noget om effekter, sideeffekter, implementering og bivirkninger.

Som fagpersoner må vi medvirke til, at diskussionen om velfærdsteknologi og/eller varme hænder ikke låses fast i et enten/eller - der er behov for både varme hænder og velfærdsteknologi.



### Ulighed og livsstil

Der er ulighed i borgeres muligheder for at få velfærdsteknologi, og denne ulighed understøtter classeskellene i vores plejesystemer. Er det og bør det være et frivilligt valg at bruge velfærdsteknologi?

Sundhed knyttes til livsstil og er dermed vores eget ansvar. Alzheimer ses som en sygdom, der også skyldes livsstil og ikke længere som en følge af at være gammel. Hvad betyder det i fremtiden for synet på borgere med demens?

Christine Swane retter til slut en bøn til DKDK: Vi har brug for disse diskussioner og for at tage dem løbende. Vil DKDK ikke være garant for at det sker?

Publikationen "Velfærdsteknologiens muligheder og begrænsninger i funktionssvækkede ældres liv" findes på Ensomme Gamles Værns hjemmeside - [find den ved at klikke her](#).

## SEMINAR 5

# Mellem selvbestemmelse og omsorgspligt - etiske dilemmaer i demensplejen

*Kasper Mosekjær, ph.d., studerende i praktisk filosofi, RUC*

Et grundlæggende dilemma i det daglige arbejde i plejesektoren er det enkelte menneskes selvbestemmelsesret sat overfor pligten til at undgå omsorgssvigt. Der er mange eksempler på, at beboere, der ikke kan klare sig selv, forlader et plejecenter. For at forhindre dette, er der eksempler på, at sorte måtter lægges foran udgangsdøre, udgangsdøre camoufleres, busstoppested etableres på gangen med mere. På den måde bruges der ikke tvang for at holde beboeren tilbage. Men er det ikke snyderi? Er det ikke at tvinge uden at tvinge? Er det ikke et indgreb i selvbestemmelsesretten, da beboeren ikke har mulighed for at foretage et valg? Og er det etisk i orden?

### Det frie informerede valg

Beboeren bliver snydt for det frie informerede valg. Ved det frie informerede valg er man informeret om valgmuligheder og om konsekvenserne ved valgene – det vil sige, at der ikke er en ydre tvang.

Alle har ret til selvbestemmelse (autonomi) – til at vælge frit, hvordan vi vil leve, at styre vores liv i den retning vi ønsker, at stå til ansvar for vores handlinger. For at kunne gøre det, kræver det frie informerede valg. Man kan stille det spørgsmål, om det er lettere eller mere tilladeligt at være moralsk berettiget til at handle mod non-autonomes vilje (eks. de demente borgere)? At bryde deres selvbestemmelse?

### Paternalisme

Et udtryk for den konsekventalistiske tanke er paternalisme. Den defineres som, når en person/institution griber ind i en anden persons selvbestemmel-

### Konsekventialisme og deontologi

Indenfor filosofien beskæftiger man sig med forskellige etiske retninger bl.a. konsekventialisme og deontologi. Indenfor konsekventialismen (konsekvensetik) mener man, at den rigtige handling (eller den rigtige praksis) er den, der frembringer de mest værdifulde resultater. Målet helliger midlet. Indenfor deontologien (pligtetik) mener man, at valg bør baseres på regler eller moralske principper, og at "det rigtige valg" vejer tungere end resultaterne. Mennesket skal behandles som et mål i sig selv. Men hvad med værdigheden?

se. Det gøres uden personens samtykke og fordi, man mener, at indgrebet forbedrer personens velfærd. Den grundlæggende tanke i det er, at mennesker ikke altid ved, hvad der er bedst for dem selv. Problemet er, hvem der så skal bestemme, hvad der er rationelle mål, og vi mister muligheden for at forfølge vores egen idé om "det gode liv". Et muligt svar kan være, at vi bevarer individets langsigtede autonomi ved at krænke den kortsigtede.

I de tilfælde, hvor individet mister evnen til at træffe rationelle beslutninger, må en anden træffe dem for vedkommende. For tidligere kompetente vil der være mulighed for at følge deres tidligere ønsker, eller man kan forsøge at genskabe de selvstændige beslutninger, individet ville have lavet, hvis vedkommende havde været i stand til det. Alternativt kan en substitut forsøge at træffe de valg, der er bedst for den tidligere kompetente. Der kan dog være nogle problemer ved substitut-løsningen. Kan man være sikker på, at tidligere tiders ønsker for fremtiden er afgivet på et tidspunkt, hvor man var fuld kompetent? Endvidere ændrer alle mål og ønsker, når livet ændrer sig.

Dette er nogle af de etiske værdier, der er i spil, når man står mellem selvbestemmelse og omsorgspligt.



## SEMINAR A

# Neuropædagogik - kram og fuglefløjt

**Charlotte Voetmann**, neuropædagogisk konsulent v/ Hjerne & Sundhed, demensvejleder, lektor i sundhedsfag m.m.

Charlotte Voetmanns neuropædagogiske tilgang til at arbejde med demens er nuanceret og tager udgangspunkt i såvel biologi, psykologi, sociologi og filosofi. Hun mener, neuropædagogik bygger bro mellem videnskaberne og fordrer et holistisk blik på krop og tanker.

### Nærmeste udviklingszone og hud-sult

Når Charlotte Voetmann laver en neuropædagogisk udredning, kortlægger hun dysfunktionerne. Det er nødvendigt for at finde ud af, hvor vedkommende har en skade. Hun finder også frem til, hvilke kompetencer og ressourcer vedkommende har. Det gør det muligt for hende at finde den enkeltes NUZO – Nærmeste UdviklingsZone. Ligeledes overvejer hun også medarbejdernes NUZO, da det er vigtigt at tage højde for alle parametre før en indsats. F.eks. er der mange demensramte mennesker, der lider af hud-sult, mens det for mange medarbejdere ikke falder naturligt at berøre andre. Charlotte Voetmann hjælper disse medarbejdere med at flytte deres grænser for at blive bedre til berøring i dagligdagen, det kan være, at de bliver bedre til at holde hånd, mens der drikkes kaffe. Sansestimulation, der kan forebygge hud-sult, er f.eks. bading, havearbejde og fodbad. Sansintegration, der kan behandle hudsult, er f.eks. kuglepude, trykmassage eller hovedbundsmassage. Charlotte Voetmann har ofte oplevet urolige beboere, som sover dårligt, som medarbejderne mener, skal have mere medicin. Efter et simpelt indgreb, f.eks. at beboeren smøres ind i hudcreme, falder beboeren til ro.

### Det limbiske system

Ved sansestimulation aktiveres forskellige typer af signalstoffer, som igen aktiverer dele af det limbiske system. Charlotte Voetmann forklarer om det limbiske system og hjernens forskellige signalstoffer. Det limbiske system er en del af forhjernen, som styrer følelseslivet og korttidshukommelsen. Her er blandt andet amygdala, som styrer frygt og aggression. Den er porten til vores hjerne - det er hér, vi er på vagt. Hippocampus sty-



rer glæde og anerkendelse, og har betydning for indlæring og hukommelse. Gyrus singularis gør os i stand til at føle empati og medfølelse, som er en forudsætning for at indgå i en menneskelig relation. Charlotte Voetmann kalder oxytocin for kram-hormonet – det er signalstoffet, der sørger for tilknytning. Det aktiveres ved kram på mere end 30 sekunder, men også ved at gå tur arm i arm, eller ved at bruge kugledyne eller lignende. Oxytocin sænker blodtryk og stofskifte og har en meget helbredende virkning.

Charlotte Voetmann får seminardeltagerne til at lave en øvelse, der siger noget om, hvor meget signalstofferne betyder for vores velbefindende: To deltagere sidder over for hinanden. Den ene fortæller den anden en historie. Den anden skal først blot lytte. Når Charlotte Voetmann ringer med en klokke, vender den lyttende hovedet væk, og sidste gang hun ringer med klokken, sidder den lyttende og kigger på fortælleren med stone face. Efterfølgende deler deltagerne deres oplevelse i plenum. Trods den kunstige situation, er det meget ubehageligt ikke at føle, at den anden lytter til fortællingen. Charlotte Voetmann siger, at manglende respons, er den hyppigste form for voksenmobning – amygdala begynder simpelthen at skrumpe, hvis man er udsat for den behandling i længere tid.

Charlotte Voetmann mener, det i demensplejen er vigtigt i højere grad at være opmærksom på den præcise diagnose samt på hvilke sanser, der er påvirkede og som med fordel kan stimuleres. Nærvær er det vigtigste.

### Sansestimulation

Ved demenssygdom kan der følge forskellige sansbearbejdningsforstyrrelser, f.eks. nedsat syn eller hørelse, ved Alzheimers sygdom tab af lugtesans. Derfor kan der være manglende evne til at identificere det sansede og lav, høj eller svingende sensibilitet i forhold til sansestimuli. Det er vigtigt at sortere hverdagens input for nogle demensramte, som ellers oplever hverdagens oplevelser som et sansbombardement. Sansestimulation skal tilgode-se en passende og varieret mængde af sansestimuli. Sansestimuli kan hjælpe nogle demensramte, så de kan få ro og overskud. Det forebygger skadelige virkninger af sansemangel. Sansestimulation kræver tid, nærvær, ingen forstyrrelser og motivation.

## SEMINAR B

# Familieliv i forandring

**Ulla Thomsen**, centerleder, Kallerupvej & **Steen Kabel**, chefkonsulent, Inquiry Partners



Baggrunden for projektet er, at gruppen for yngre ægtepar på Kallerupvej (rådgivnings- og kontaktcenter for demensramte og pårørende i Odense) har givet udtryk for, at de, i forbindelse med at de fik demensdiagnosen, manglede noget at tage udgangspunkt i, der kunne lægge op til at skabe basis for samtaler om livet her og nu samt i fremtiden.



Formålet med projektet er derfor, at udarbejde materiale til brug for yngre nydiagnostiserede og deres familier. Materialet skal understøtte livet efter diagnosen. Det kommer til at bestå af en håndbog med fokus på forskellige temaer, fire korte film hvori henholdsvis tre ægtepar og en single fortæller om at leve med en demenssygdom, et ungenetværk samt en app til unge fra unge om, hvordan man håndterer forskellige situationer, fø-

lelser m.m.. Målgruppen for materialet er - foruden borgerne og de pårørende -, også udredningsstederne, demenskoordinatorer og uddannelsesinstitutioner.

### Fem røde tråde

Gennem arbejdet med fortællingerne viste det sig, at arbejdet med de yngre demente og deres familier er bygget op omkring fem røde tråde:

- 1) magt over og indflydelse på eget liv (empowerment),
- 2) deltagelse i sociale fællesskaber og inklusion i samfundet (medborgerskab),
- 3) at blive set, hørt og lyttet til (anerkendelse),
- 4) at være opslugt af noget, hvor tid og rum er uden betydning (flowteorien)
- 5) og at have noget at være sammen om (det fælles tredje).

### Fortællinger om hverdagslivet

Projektet startede med, at der blev lavet fokusgruppeinterview med yngre demente borgere i hele landet samt med gruppen af yngre pårørende på Kallerupvej. Grundtanken er, at der tages udgangspunkt i de fortællinger om hverdagslivet, parrene selv har oplevet og oplever. De fortællinger bliver det bærende i materialet.

### Mange fokusområder

De foreløbige resultater af projektet viser, at der er behov for mere fokus på:

- De nære relationer
- Åbenhed og ærlighed overfor børn, familie og venner
- Tab af identitet og mening med livet
- Tale om ændrede roller og nye måder at være sammen på
- Tale om følelser, intimitet og seksualitet
- Håndtere ændrede sociale relationer
- Skabe nye rutiner i hverdagen – sammen
- Viden om sygdommen og prognoser
- Indsigt i muligheder for støtte og hjælp fra kommunen
- Ligeværdig kommunikation med læger på udredningssteder og i privat praksis
- Indsigt i juridiske forhold – testamenter, fuldmagt m.m.
- Skabe overblik over økonomi
- Tale om fremtid – flytning, salg af bolig, ældrebolig m.m.
- Skabe ny mening med tilværelsen i nye kontekster

Det er planen, at materialet skal udleveres gratis af udredningsenhederne til borgerne, når diagnosen er stillet.

## SEMINAR C

### Lydmontage, livet med demens

**Helle Thomsen**, plejecenterleder, formand for videnscenter om demens, Fuglsanggården, Norddjurs Kommune

Helle Thomsen, som leder seminaret, er uddannet sosu-hjælper, sosu-assistent og sygeplejerske, har arbejdet med demens og pårørende- samarbejdet igennem de sidste 20 år. Helle har været leder på Fuglsanggården i 7 år og netop afsluttet diplomuddannelse i offentlig ledelse.

På seminaret lytter deltagerne til en lydmontage og diskuterer de dilemmaer, der præsenteres. LydCarlsen, har været rundt i Danmark og tale med en lang række mennesker, der har demens tæt inde på livet. Når demenssygdom rammer, opstår der en række dilemmaer og ikke nødvendigvis de samme for os alle. Men det er først, når fagligheden bliver tydelig, at nærheden får sin betydning.

Følelsen af at være til stede i lydmontagens situationer gør, at vi bliver fuldstændig grebet af situationsetikken. Vi forestiller os selv at være til stede, og reflekterer over, hvad vi selv havde sagt eller gjort i den pågældende situation. Vi bliver også klar over, hvornår det gik godt, og hvornår det gik mindre godt.





## SEMINAR D

# Nænsom nødværge - lad ikke dagens personale blive morgendagens patienter

*Anders Angur, lærer, diplominstruktør i Dürewall Metoden i Danmark og Sverige*

Seminaret arbejder med spørgsmålene: Hvordan undgår du konfliktsituationer, og hvordan håndterer du svære situationer, uden at blive påført eller forvolde smerte? Målet er at skabe mere tryghed i arbejdssituationen, og et bedre miljø for både personalet og de mennesker de arbejder med. Deltagerne præsenteres for et udvalg af principper og teknikker indenfor Nænsom Nødværge, herunder kropssprog, tale og fysiske greb.

### Beredskab og kropssprog

Metoden stammer fra jiu-jitsu, men med blød teknik, der er udviklet af Kurt Dürewall. Hovedpointen er, at det skal føles naturligt, og at man skal have bløde hænder. Medarbejderen skal have et beredskab og tænke over sit kropssprog, når vedkommende nærmer sig en borger, som kan tænkes at blive aggressiv. Stress kan mærkes og øger risikoen for, at der opstår situationer. Her kan fokus på vejtrækning gøre en forskel, så man ændrer sin hormonproduktion.

Det er vigtigt, at medarbejderen tænker på, hvordan hun placerer sig, og om hun er nærværende. Hun skal også have overblik over vejen ud - og vide, at hun kan komme væk. På samme tid skal det være varsomt, så borgeren ikke får en følelse af at være trængt af, at døren er spærret. På samme måde skal medarbejderen tænke over, hvordan hun sætter sig foran en borger i en stol eller læner sig over dem i en seng. Borgeren skal ikke føles sig invaderet.

Medarbejderen skal være meget bevidst om sin egen rolle i mødet med den anden. Selvfølgelig begår alle fejl. Men vi behøver ikke begå de samme fejl gang på gang.



### Principperne

De ti principper i Dürewall metoden:

- 1: Mindst mulig kraft
- 2: Balance
- 3: Afstandstilpasning
- 4: Ændring af friktion
- 5: Bevægelsesenergi
- 6: Naturligt bevægelsesmønster
- 7: Vejtrækningsteknik
- 8: Beskyttelse - pas på mennesket
- 9: Nænsomhed
- 10: Integritet

### Dürewall metodens grundprincip

Med mindst mulig kraft opnå den størst mulige effekt uden at forårsage smerte og skade

## SEMINAR E

### Alle siger, vi skal rehabilitere - men hvordan?

**Lena Baungård**, demenskonsulent, **Mette Dybdal Nissen**, ergoterapeut, **Anne-Mette Poulsen**, ergoterapeut, alle fra Herning Kommune

På seminaret bliver Herning kommunes tilbud "Lev livet med demens, et kursusforløb tilrettelagt som andre sundhedstilbud" præsenteret i en kombination af oplæg og fysiske øvelser. Tilbuddet består bl.a. af fysisk aktivitet og sociale kontakter sammen med ligestillede, at professionelle hjælper borgeren med at få øje på ressourcer og udnytte dem, at få præsenteret hverdags-teknologi og andre hjælpemidler, som kan være kompenserende allerede tidligt i forløbet, og at netværksdannelse kan være støttende i det videre forløb for begge parter.

#### Et driftstilbud

Tilbuddet er ikke et projekt, men indgår i kommunens drift, og målgruppen er personer med let demens eller begyndende demens gerne sammen med en pårørende. Der er ingen alderskriterier, men det tilstræbes, at gruppen er nogenlunde homogen, så alle føler sig godt tilpas.

Efter en afklarende samtale med kommunens demenskonsulent, får de tilbuddet om at indgå i en gruppe, som afholder møder á 2½ time to gange om ugen. Forløbet strækker sig over otte uger. I hver gruppe indgår 6-8 par, dvs. en demensramt borger og dennes pårørende. Såvel den demens-

#### Samme struktur hver gang

- Præsentation – har navneskilt på
- Kaffe og sang
- Bevægelse
- Oplæg om et emne
- En runde hvor deltagerne fortæller
- Information udleveres i papirudgave
- Taler om i dag og næste gang



ramte borger som den pårørende er i fokus. Formålet er ikke, at deltagerne rykker sig fysisk eller kognitivt, men at de lærer at leve med demenssygdom. Det gøres bl.a. ved fokus på viden og forståelse, mestring

af hverdagens udfordringer, fysisk og psykisk velvære samt gennem fællesskab og udveksling af erfaringer.

#### Aktiviteterne

Hver gang indgår fysisk aktivitet - og her handler det først og fremmest om at få pulsen op! Samtidig giver det kropsbevidsthed og træning af balancen. Det er meget forskelligt, hvad den fysiske aktivitet består af – det kan være træning på maskiner, kondicykler, gåtur, spil og dans, stoleygnastik samt stående øvelser. Aktiviteten gradueres efter deltagernes funktionsevne.

Nogle gange deles gruppen i to, hvor de demensramte er i én gruppe og de pårørende i en anden. Pårørende-gruppen har bl.a. haft besøg af en erfaren pårørende. I begge grupper diskuteres kriser, og måske drøftes der emner, som er svære at drøfte med eller sammen med sin pårørende.

Af andre aktiviteter i gruppen er gennemgang af kognitive hjælpemidler, drøftelse af jura og økonomi herunder oprettelse af testamente og fremtidsfuldmagt, hjælp til at lave sin egen livshistorie og præsentation af, hvad kommunen har tilbud.

Inden forløbet afsluttes, bliver alle tilbudt en form for handleplan – her står bl.a. hvad der realistisk i det lokalområde, hvor borgeren bor, forslag til hvad der kunne være godt for lige netop denne borger, evt. aftale om et møde på et lokalcenter. Borgerne bliver også hjulpet til visitation til træningshold.

På et spørgsmål fra deltagerne svarer Lena Baungård, at forløbet er delvist brugerstyret – demensramte og pårørende kan frit komme med forslag til, hvad der skal ske.

# Model for koordination med borgeren i centrum - en Esbjerg-model

**Susanne Terkelsen**, leder af Esbjerg sundhedscenter og forfatter af Esbjergmodellen og **Anni Kjærgaard Sørensen**, leder af borgerrettet frebyggelse, Esbjerg Kommune

I forbindelse med indførelsen af ICF som fælles sprog og begrebsramme i Esbjerg Kommune i 2010 blev der i den efterfølgende periode frem til 2012 udviklet en fælles model for koordination med borgeren i centrum, som i dag er fuldt implementeret, dog endnu ikke for borgere med demens.

Formålet med ”Model for koordination med borgeren i centrum”, også kaldet Esbjerg-modellen, har været at udvikle en helhedsorienteret og borgerinddragende model, der understøtter såvel behovsafdækning og vurdering, differentiering, koordination og fælles tilgang på tværs af fagligheder. Modellen er blevet udviklet ud fra behovet for en fælles retning og fælles sprog – behovet for at skabe større sammenhængskraft og bæredygtighed af indsatserne med borgeren i centrum. Modellen er et generisk ressourceredskab, og med dens værktøjskasse er det muligt at udøve rehabilitering i praksis som defineret i Hvidbogen om rehabiliteringsbegrebet.

### Borgerinddragelse og empowerment

Koordinatorfunktionen varetages af fagprofessionelle i en tværfaglig kontekst. Der arbejdes ud fra sundhedspædagogiske teorier, hvor omdrejningspunktet er helbredstilstand eller sygdom:

- hvor borgeren er udfordret på kroppens funktioner og anatomi
- hvilke omgivelses faktorer og personlige faktorer påvirker borgerens hverdag

I modellen er der endvidere fokus på borgerens

Modellen er baseret på ICF - WHO International Classification of Functioning, Disability and health: ICF. Geneva: WHO, 2001.

ICF er oversat til dansk i 2003: International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. ICF anvendes til at beskrive borgerens helhedsperspektiv – den livsverden og kompleksitet borgeren oplever. ICF kan være tung at håndtere i praksis, og derfor har Esbjerg Kommune udviklet et forskningssamarbejde med Marselisborg centret i 2012.

personlige faktorer, der har indflydelse på, hvordan borgeren kan inddrages i rehabiliteringsprocessen. Det er vanskeligt at rammesætte og skal derfor håndteres ud fra et individuelt perspektiv.

Modellen er empowerment-baseret, og fokuserer på, hvad vi kan gøre for, at borgeren kommer i spil. Kerneopgaverne sikres i en social kontekst med fokus på, hvordan borgeren kan inddrages. Med udgangspunkt i sundhedspædagogik - samt mestring og læring - involveres borgeren, så den opnår ejerskab af indsatsen.

### Samtalehjul

Ved hjælp af et samtalehjul og samtalekort inddrages borgeren i samtalen. Samtalehjulet bruges til at italesætte problematikker med borgeren, som der ellers kan være vanskeligt at italesætte. Sam-

talen skal vægte, hvornår indsatsen iværksættes med en tidsplan, der beskriver, hvem skal bistå med indsatsen og hvem gør hvad. Med samtalehjulet som understøttende redskab udviklede Esbjerg Kommune en generisk stratificeringsmodel ud fra to variabler - Funktionsevne og Mestringsevne. De faglærte sundhedsmedarbejderne, der gennemfører samtalen er oftest uddannet som sundhedscoach. Alle medarbejdere er blevet uddannet i at bruge modellen og har fået udleveret en mappe med værktøjerne samtalehjul, hjælpekort, stratificeringsmodel, aftaleark og vejledninger forud for at de gennemfører samtaler.

Modellen er udbredt i mange kommuner, dog ikke målrettet borgere med demenssygdomme. Derfor har Esbjerg Kommune indledt et samarbejde med Nationalt Videnscenter for demens med henblik på at videreudvikle modellen til mennesker med demenssygdomme.

Oplægget afslutter med en livlig diskussion mellem oplægsholdere og deltagere. Generelt er der opbakning til, at modellen også skal udvikles til borgere med demenssygdomme. Der henvises til, at modellen kan benytte erfaringerne fra Rådgivningsmodellen. Der skal tænkes i, at metoden valideres i forhold til borgeren med demenssygdomme, så der skabes evidens for at bruge modellen.

[Læs mere om modellen ved at klikke her.](#)

## Åben rådgivning

Den sidste mandag i måneden sidder demenskoordinatorer på Solrød bibliotek klar til at give råd og vejledning om demens. Her kan alle, der har mistanke om begyndende demens hos dem selv, en de kender, eller på anden måde har spørgsmål i forbindelse med demens anonymt og uforpligtende tale med en demenskoordinator.

Demenskoordinatorerne har også en pårørende-gruppe for ægtefæller og voksne børn. Gruppen mødes en gang om måneden, og her har pårørende mulighed for at tale om dagligdagens udfordringer og modtage rådgivning fra demenskoordinatorerne.

Inden længe igangsættes et projekt, som indeholder afløsning i hjemmet til ægtefæller og et andet projekt, som handler om at støtte borgere med en tidlig demensdiagnose til, ved hjælp af en App på en iPad, at kunne huske daglige gøremål og bevare struktur på døgnnet.

Demenskoordinatorerne vil også sætte fokus på samværet mellem ægtefæller, hvor den ene er ramt af demens. I efteråret starter en gruppe op for ægtepar, med tilbud om dans, sang og hygge.

### Nyhedsbrevet

udgives af  
DemensKoordinatorer  
i Danmark  
ISSN: 1603-3086

### DKDK

Jernbane Allé 54, 3. th.  
2720 Vanløse  
Tlf. 3877 0166  
[info@demens-dk.dk](mailto:info@demens-dk.dk)  
[www.demens-dk.dk](http://www.demens-dk.dk)

## Ny bestyrelse i DKDK

Referat fra DKDK's generalforsamling 2014 på Hotel Nyborg Strand findes på DKDK's hjemmeside - [klik her](#).

DKDK's bestyrelse har følgende medlemmer:

### Formand

Lone Vasegaard

### Næstformand

Kirsten Ryssing

### Bestyrelsesmedlem

Birte Rønne

### Bestyrelsesmedlem

Rikke Jensen

### Bestyrelsesmedlem

Addi Wissing Nikolajsen

### Første suppleant

Kirsten Sejerøe-Szatkowski

### Anden suppleant

Susanne Juel Pedersen

### Formand

Lone Vasegaard  
Tlf. 6443 3537  
[l\\_vasegaard@hotmail.com](mailto:l_vasegaard@hotmail.com)

### Næstformand

Kirsten Ryssing  
Tlf.: 2922 0386  
[kry@ltk.dk](mailto:kry@ltk.dk)

Se øvrige bestyrelsesmedlemmer og regionsrepræsentanter på [www.demens-dk.dk](http://www.demens-dk.dk)

### Sekretariat

Faglig sekretær  
Marianne Lundsgaard  
[ml@demens-dk.dk](mailto:ml@demens-dk.dk)

### Ansvarshavende redaktører

Lone Vasegaard  
Kirsten Ryssing

### Redaktion

Marianne Lundsgaard  
Lise Sørensen

## Aktivitetskalender 2014/ 2015

28. oktober:

**Bestyrelsesmøde i sekretariatet i Vanløse**

23. – 24. januar:

**Bestyrelsesseminar på Vejlefjord Hotel**

23. marts:

**Bestyrelsesmøde i sekretariatet i Vanløse**

10. april:

**Møde DKDK's bestyrelse, regionsrepræsentanter og Socialstyrelsen, Odense**

26. maj:

**Bestyrelsesmøde i sekretariatet i Vanløse**

Næste nummer udkommer:  
December 2014

