



Socialminister Karen Hækkerup offentliggjorde d. 14. juni medlemmer i og kommissorium for den af regeringen nedsatte Hjemmehjælpskommission.

Udgangspunktet for kommissionens arbejde er, at hjemmehjælp også fremover skal tildeles på baggrund af en individuel og konkret vurdering af borgerens behov for hjælp, således at ældres retssikkerhed sikres.

Kommissionen skal beskrive udfordringerne og komme med forslag til, hvordan ressourcerne bruges bedst muligt på hjemmehjælpsområdet. I kommissoriet står tillige, at "ældrepolitikken skal tage udgangspunkt i den enkelte borgers ressourcer og muligheder for at klare så meget som muligt selv – med den forbedrede livskvalitet som det indebærer – og baseres på grundlæggende værdier som værdighed, selvhjulpnehed, selvbestemmelse og tryghed".

DemensKoordinatorer i Danmark hilser Hjemmehjælpskommissionen velkommen. Demenskoordinatorer kender om nogen betydningen af, at hjemmehjælpen fungerer i en familie med demenssygdom. Vi ved også, at borgere med demens ønsker at være selvhjulpne så længe som muligt og selv at kunne bestemme over eget liv på trods af sygdommen. Vi ser, hvordan det ikke mindst for pårørende er væsentligt at kunne leve i tryghed, også når en far, en mor, en ægtefælle eller en søskende har fået diagnosen og mister flere og flere af sine funktioner, men fortsat ønsker at bo "hjemme".

De kommende år vil byde på store udfordringer

på hjemmehjælpsområdet. I løbet af de næste 30 år forventes antallet af + 75-årige at fordobles fra ca. 400.000 ældre i 2012 til 800.000 i 2042. En del af disse ældre vil være svage og have behov for megen pleje og omsorg. Det gælder ikke mindst for de 156.150 ældre som i 2040 forventes at have en demenssygdom. Det bliver en udfordring!

Hjemmehjælpskommissionen skal komme med forslag til forbedringer af indsatsen indenfor de eksisterende økonomiske rammer og skal være færdig med sit arbejde primo 2013, så der er absolut ikke tale om en "syltekrukke".

Fra DKDK skal lyde en opfordring til kommissionens medlemmer om at være meget konkrete i kommissionens udmeldinger. Vi har ikke brug for en opremsning af mange gode ideer – som vi fik i Plejehjælskommissionen. Vi har brug for konkrete anbefalinger til at tackle de konkrete problemstillinger. Kommissionen skal pege på muligheder for at undgå unødigt kontrol og bureaukrati, samt på om personalets og ledernes kvalifikationer modsvarer fremtidens behov i hjemmeplejen. Alene her er der noget at tage fat på i forhold til de medarbejdere, der yder hjemmehjælp til borgere med demens.

Ved de noget/nok om sygdommen?

Er de klædt på til opgaven at samarbejde med pårørende – der ofte er i krise?

Kan de omgås mennesker med fremadskridende dødelig sygdom på en værdig og understøttende måde?

DKDK og Alzheimerforeningen har ikke fået plads i Kommissionen, men jeg er sikker på, at både Kirsten Feld, formand for DANSKE ÆLDRERÅD

samt Tina Jørgensen, tidligere KL, som mange af jer kender fra vores Årskurser, vil tage problemstillinger i forhold til borgere med demens med i arbejdet. Læs mere om kommissionens medlemmer og kommissorium på Socialministeriets hjemmeside, www.sm.dk

Årskursus og generalforsamling

Program for Årskursus 2012 er mailt ud og ligger tillige på DKDKs hjemmeside. Igen i år har vi den glæde, at første dagen er planlagt og udbudt i et samarbejde med Socialstyrelsen. Lundbeck har i år ikke mulighed for at gennemføre deres symposium, men fredagen tegner alligevel spændende. Husk at vi på Årskurset kårer årets demenskoordinator, så kom gerne med indstillinger, så bestyrelsen har flere kvalificerede kandidater at vælge imellem. Indkaldelse til generalforsamling i DKDK kan læses på bagsiden af dette Nyhedsbrev. God sommer og på gensyn i Nyborg d.12. – 14. september.

Ane Eckermann
formand

INDHOLD:

Nyt fra Socialstyrelsen	2
Sanseintegration	3
Reminiscens og sanserne	4
Validering i praksis	6
Sansestimulering og sanseintegration	9
Blandt blomsterduft og fuglekvidder	11
Erfaringer med brug af eteriske oljer	13
Demens og erhvervet døvblindhed	16
Demens og nedsat syn	18
Musik og musikterapi til demensramte	20
Bog anmeldelse: Musik i øjeblikket	23
Generalforsamling i DKDK - indkaldelse	24

Nyt fra Socialstyrelsen

Som tidligere beskrevet i Nyhedsbrev 1, 2012 er arbejdet med de fem projekter i demenshandlingsplanen samt formidling om magtanvendelsesreglerne godt i gang.

Denne omgang nyheder fra styrelsen er derfor lidt kortere, da processerne i de enkelte projekter ikke nødvendigvis giver anledning til en masse nyt siden sidst.

Demenshandlingsplanens projekter

Vi ved nu, at vidensplatformen om de socialfaglige metoder på demensområdet vil være klar til at gå i luften med de første temaer i midten af 2013. Der vil dels være temaer, som går på metodiske eller andre faglige emner, dels temaer, som handler om problemstillinger. To temaer, som ligger indenfor den sidste kategori er "yngre mennesker med demens" og "forebyggelse af udadreagerende adfærd hos mennesker med demens". Temaerne vil dels kunne være områder, hvor der er behov for ny viden eller sker en udvikling, men kan også være deciderede "videnshuller", hvor der ikke pt. er viden. Et tema indenfor den type, som formentlig vil komme, handler om selvmord blandt mennesker med demens.

Kampagnen, som er en del af handlingsplanen, er nu også under forberedelse. Den skal målrettes specifikke grupper i samfundet eller situationer, hvor mennesker med demens risikerer at tabe ansigt og på anden vis ikke kan være sikre på at møde den fornødne forståelse og inklusion i samfundet. For at få de bedste bud på, hvor det kunne være en kampagne sætter bedst muligt ind, afdækkes temaet blandt andet gennem en workshop inden sommerferien. Her deltager en kreds af fagfolk og andre videnspersoner, som kan give bud på indsatsen. Ud fra det og forskellige andre input, planlægges kampagnen. Hvordan den præcis vil se ud, og hvilke faggrupper eller dele af samfundet, den vil gå ud til, er derfor ikke klart endnu. Vi har naturligvis overvejet forskellige scenarier, men venter med at træffe beslutning, til vi har fået lidt flere bud.

Har man i øvrigt ideer eller input, kan de sendes til projektleder Anne Sophie Sandstød Nielsen på ani@socialstyrelsen.dk

Rehabilitering og forebyggelse

Som de fleste nok ved, er såvel rehabilitering og forebyggelse aktuelle tendenser på ældreområdet. Som tidligere nævnt i nyhedsbreve arbejder Socialstyrelsen med to større projekter på dette område. Man kan nu finde omtaler af den "håndbog" om rehabilitering, som er første skridt i det ene projekt, og som kommuner og fagfolk inviteres til at give input til. Læs mere på www.socialstyrelsen.dk/aeldre/aktuelt/giv-input-til-handbog-i-rehabilitering

På www.servicestyrelsen.dk/aeldre/forebyggelse-og-sundhed kan man læse mere om det samlede projekt, og om forebyggelsesområdet også. Så snart der er nyt om forebyggelsesprojektet, vil det stå her. Kontakt projektleder Vibeke H. Worm vedr. rehabilitering på vwo@socialstyrelsen.dk og Lise Skov Pedersen vedr. forebyggelse på lpe@socialstyrelsen.dk.

Andet nyt

I dette nyhedsbrev kan man desuden læse om sanse-tab og demens, forfattet af konsulenter fra styrelsens enhed ViHS (Videnscenter for Handicap, Hjælpe midler og Socialpsykiatri). Herfra kan kun opfordres til at kigge på materiale, der udvikles i ViHS og andre af styrelsens fagområder.

I næste nyhedsbrev vil der være nyt om kommende aktiviteter om mad, både i forhold til implementering af redskaberne fra projektet "God mad-god liv", som blev afsluttet sidste år, samt en kosthandlingsplan, der tager afsæt i viden fra projektet. Desuden kan det anbefales at downloade eller bestille seneste nummer af Social Fokus: Ældre, som handler om aktiv aldring fra en række perspektiver.

De tre nye pjecer om magtanvendelsesreglerne forventes klar i løbet af sommeren, og efter sommerferien vil der formentlig være nyt om initiativer på baggrund af Ældrekommissionens rapport.

Socialstyrelsen deltog, sammen med bl.a. DKDK og en række andre eksperter og interessenter, den 11. juni i referencegruppemøde i Sundhedsstyrelsen om de kliniske retningslinier for demens. Arbejdet planlægges afsluttet omkring årsskiftet, og ser rigtig spændende ud.

Til sidst er det blot at sige god sommerferie, når den tid kommer, og vi ses på Nyborg Strand til september til Årskursus!

Indstilling til Årets DemensKoordinator

Husk at du kan være med til at bestemme, hvem der d. 12. september skal modtage prisen som Årets Demenskoordinator 2012.

Du kan indstille en eller flere kollega(er). Det eneste krav er, at din kollega er medlem af DKDK.

Forslag til Årets Demenskoordinator sendes til bestyrelsen, og indstillingen skal bestå af følgende:

1. Et kort resumé med begrundelse for valget.
2. Beskrivelse af på hvilken måde demenskoordinatoren har ydet en indsats. Indsatsen kan f.eks. være indenfor kompetenceudvikling, supervision eller indenfor en af marginalgrupperne på demensområdet.

Send forslag til årets demenskoordinator 2012 pr. post til sekretariatets adresse eller pr. mail: info@demens-dk.dk

Indstillingen skal være sekretariatet i hænde senest d. 16. august 2012.

På www.demens-dk.dk kan læses om tidligere prismodtagere.

Sanseintegration

En definition fra den frie encyklopædi:
"Hjernens evne til at samordne sanseimpulserne og bruge dem på bedst mulig måde"

Sanseintegration er en neurologisk proces, der samordner sanseimpulser fra din krop og omgivelserne. Din krop bruger informationerne til at give en meningsfuld og brugbar reaktion både motorisk, perceptuelt, indlæringsmæssigt og eller adfærdsmæssigt overfor stimuli. Den sansemæssige information, som hjernen har modtaget, skal sorteres, fremmes eller hæmmes, sammenholdes og samordnes på en fleksibel og konstant forandrende måde.

Kroppen modtager sanseindtryk gennem receptorer, der sidder overalt i og på kroppen. Receptorerne sender informationerne videre som elektriske impulser til hjernestammen, hvor de bliver vurderet, sorteret og fordelt videre i hjernen. Efter bearbejdelse sendes der besked tilbage til musklerne om de handlinger, som de skal foretage.

Hele denne bearbejdning kan også kaldes perception, som betyder sansebearbejdning.

I forbindelse med stimulering af sanser kan forskellige sansepåvirkninger få betydning.

F.eks:

- Sanseunderholdning - et usorteret sansebombardement, eksempelvis ved en tur i Tivoli, en tur på gaden, hvor sanseindtryk kommer helt usorteret væltende.
- Sansestimulering - Feks. et ophold i et Snoozelhus, altså sanseinput, der gives

passivt til brugeren i et kontrolleret miljø.

- Sanseintegration - kræver grundig undersøgelse af brugerens problemer, ressourcer og behov, før en specifik behandling kan planlægges og udføres.

Der er således tale om grader af styring af sansepåvirkninger.

Forskellige undersøgelser har vist, at en hierarkisk opbygget sansepåvirkning kan have effekt på personer med demenssygdom, men ingen af undersøgelserne hævder at kunne stå alene. Det har drejet sig om at begynde sanseintegration med stimulering af lugtesansen – derefter stimulation af bevægelsessans, følesans, høresans, følesans og sluttelig smagssans. Selv i den nævnte rækkefølge kunne behandlingsmetoden ikke beviseligt give effekt.

Der nævnes, at påvirkning af lugtesansen kan stimulere bevidstløse.

Endnu er undersøgelsesresultaterne ikke pålidelige nok til, at noget kan anbefales at bruge alene.

Kilder

Wikipedia, den frie encyklopædi (google: sanseintegration)

Monsalve Robayo, Angélica Maria og Rozo Teyes, Claudia Marcela, Sanseintegration og demens af Alzheimers type: Principper og metoder for rehabilitering, colomb psiquiatria, 2009, vol 38, n.4, pp.717-738

Bright Eyes, A "Sansestimulering Intervention for patienter med fremskreden demens", Scott a. Trudeau, MA OTR/L, BMJ 2002; 325: 1312-1313

Rettelse

I Nyhedsbrev 1 2012 var der en liste over "Hjemmesider – anbefalet af DKDK's bestyrelse" (s.5). Her var Alzheimerforeningens hjemmeside www.alzheimer.dk ikke opført – det er en fejl. Vi beklager.

DKDK Årskursus:

Viden, praksis og etik i demensindsatsen

Program og tilmelding til DKDK Årskursus 2012 er på DKDK's hjemmeside: www.demens-dk.dk



Foto: Sune F. Nielsen & www.foto-arkiv.dk © "Windsurfer i solnedgang"

Reminiscens og sanserne

De seneste år er der kommet øget fokus på den socialfaglige indsats i forbindelse med demenspleje/-omsorg, samt en stigende bevidsthed om vigtigheden af støtte til pårørende. Det socialfaglige felt er bredt, når det kommer til metoder og teorier, men et fællestræk for de forskellige tilgange er, at de forsøger at møde mennesket med demens i den virkelighed, de oplever. Reminiscens er en metode, der ved at stimulere sanserne forsøger at fremkalde minder og erindringer for derigennem at styrke identiteten og livskvaliteten hos mennesker med demens.

Denne artikel beskriver betydningen af sansestimulering, når man arbejder med reminiscensmetoden.

Introduktion til reminiscens og sanser

Reminiscensmetoden er udsprunget af psykologers og psykiateres arbejder i 60'erne, med at skabe livshistoriefortællinger sammen med ældre mennesker. Det viste sig, at hvis man i arbejdet med livshistorien ramte emner som mennesket med demens havde særligt stærke erindringer om, kunne personen huske mange detaljer og gengive begivenheder overraskende præcist. Det er ikke til at forudsige hvilke emner, der udløser minder så stærke, at de kan huskes trods fremskreden demens, men begivenheder i ungdommen eller i forbindelse med arbejdslivet er gode bud.

Års erfaringer har vist, at brugen af fysiske genstande – også kaldet en *trigger* – kan være med til at stimulere minder som almindelige konversation ikke vil kunne frembringe. Triggeren kan være genstande fra personens privatliv eller arbejdsliv – eksempelvis fotos, musik, redskaber eller pyntegenstande. Endelig har det vist sig, at tekst skrevet i ældre sproglige vendinger, kan være med til at stimulere erindringerne, i lighed med bevægelser, eksempelvis dans eller manuelle arbejdsrutiner.

Reminiscensmetoden baserer sig på stimulering af sanserne gennem valg af en trigger, og bygger i den henseende ovenpå allerede eksisterende teorier og viden om, hvordan sanserne kan stimuleres, selv om en person er kognitivt svækket. Reminiscens kan derfor ses som en metode, der ved at stimulere sanserne, forsøger at genkalde minder og erindringer, for derigennem at styrke identiteten og livskvaliteten hos mennesker med demens. Som udgangspunkt favoriserer man ikke nogle sanser frem for andre, men individuelle tilpasninger til den enkelte borger kan betyde, at man vælger at fokusere på specifikke sanser i arbejdet med reminiscens.

Metoden arbejder ud fra to hovedprincipper, som er altafgørende for succes. Det ene er stimulering af mange sanser samtidig, og det andet er nød-

vendigheden af, at stimulere med rette trigger til personen.

Stimulering af flere sanser samtidigt

Multistimuleringen af sanserne gøres i et forsøg på at øge sandsynligheden for, at den valgte trigger kan vække minder. Der er ikke tale om at bombardere med sanseindtryk, men nærmere at dosere dem i en naturlig sammenhæng.

Et eksempel på brugen af en trigger, der stimulerer alle sanserne, er en gammel kaffemølle. Den kan holdes i hænderne og derigennem stimulere følesansen. Synet af det ældre stykke træ- og jernredskab – måske med et fabrikantnavn påtrykt – er med til at stimulere synssansen. Når kaffen kværnes, spreder der sig en duft af friskmalet kaffe i hele rummet, hvorved man får stimuleret lugtesansen. Lyden fra kværnen er med til at stimulere hørelsen, og hvis man til sidst brygger kaffe med de maledede bønner, får man stimuleret alle fem sanser ved én aktivitet. Eksemplet med kaffemøllen er bare et blandt mange, men det illustrerer, at stimulering af sanserne ikke nødvendigvis behøver at kræve avanceret udstyr, eller at man tager på udflugt til specielle steder. Tit står kaffemøllen bare på en hylde og potentialet, der ligger gemt i triggeren, er reduceret til en simpel pyntegenstand. Det første man således skal gøre sig

klart, hvis man vil arbejde med reminiscens, er, at genstande, som skal medvirke til at stimulere sanserne, skal i hænderne på den demensramte. Stimuleringen af sanserne er således en af grundstenene i reminiscensmetoden. Jo flere sanser der kan stimuleres, eller jo kraftigere sanseinputtet kan blive, jo større er sandsynligheden for, at triggeren kan medvirke til, at mennesket med demens kan genkalde sig de minder og erindringer, der er relateret til triggeren og situationen, den blev brugt i.

Sanser og minder skal passe sammen

Enhver kontakt med en trigger og/eller en ren syns-/hørestimulering giver et væld af sanseindtryk, men for at stimuleringen skal kunne vække genkendelse, skal det være den rigtige sansestimuli til den rigtige person. Kendskabet til den demensramtes livshistorie er således essentiel for valget af trigger. Det er ikke ligegyldigt, om man kommer med et husholdningsredskab til rengøring, hvis man ønsker at stimulere til minder og erindringer om arbejdslivet hos en tidligere smed ved B&W. Man skal således bruge livshistorien som udgangspunkt for valg af triggere. Desuden skal man være indstillet på, at arbejdet med at finde gode triggere godt kan være lidt af et detektivarbejde. Indsatsen med at finde en brugbar trigger lønner sig, når man pludseligt

oplever fortællinger fra det demente menneskes tidligere liv. Fortællinger man ikke havde forestillet sig, de kunne formulere selv. Det er i de sammenhænge reminiscensmetoden har sin berettigelse som socialfaglig metode, der sigter mod at styrke identitet og livskvaliteten. Effekten er vanskelig at måle - men ikke svær at observere.

Personale som deltog i et reminiscens forskningsprojekt tilkendegav, at reminiscens var med til at ændre deres opfattelse af borgere, og at de selv blev bedre til at kommunikere med borgeren. Desuden viste det sig, at personalet brugte reminiscens – og dermed stimulering af sanserne – som en metode de kunne dele med hinanden, mhp. faglig udvikling. Effekten af reminiscens opleves dog oftest som værende kortvarig, men et dybere kendskab til, hvilke emner og genstande, der kan vække minder hos den demensramte, er vigtig viden, efterhånden som demensen tager til, og den demente får sværere og sværere ved at deltage i sociale sammenhænge.

Cochrane opdaterede i 2005 deres review om reminiscens - Reminiscence therapy for dementia - og anerkender stadig reminiscens som en højt værdsat metode blandt professionelle. Man har dog ikke fundet det muligt at konkludere nogen effekt af reminiscens, anvendt på mennesker med demens i forhold til humør, kognition og velbefindende. Yderligere undersøgelser af området efterspørges.

Redskaber til sansestimulering

Eksemplet med kaffemøllen fra tidligere er en situation, hvor man tager en genstand, som er umiddelbart tilgængelig og anvender den i reminiscenssammenhæng enten sammen med en borger eller i

gruppesammenhæng. I reminiscens forskningsprojektet brugte man en definition af reminiscens som "systematisk arbejde med stimulering af borgerens minder og erindringer". Definitionen blev valgt for at understrege, at reminiscens er mere end den almindelige samtale med ældre mennesker om gamle dage. Personalet skal have en ambition om at styrke livskvaliteten ved at stimulere genkaldelsen af minder, som normalt ikke kommer til udtryk.

Til tider kræver reminiscensarbejdet, at man analyserer en situation nærmere og lægger en strategi for, hvordan personalegruppen vil forsøge, gennem stimulering af sanserne, at få kontakt til den demensramtes livshistorie. En måde at få adgang til relevante triggere er gennem lån af erindringskasser. Samvirkende Menighedsplejer har i et samarbejde med Pensionisternes Samvirke og Dansk Center for Reminiscens opbygget et katalog af kasser, som kan udlånes til plejecentre og frivillige organisationer (www.menighedsplejer.dk/index.php?id=305). Kasserne har forskellige temaer og er alle opbygget efter princippet om, at man skal kunne stimulere sanserne så rigt som muligt.

I tillæg til erindringskasser har Dansk Center for Reminiscens udviklet spillene "Fortæl - Fortæl...", "Det Gamle billedlotteri" og "Tillykke med fødselsdagen", som i en dansk kontekst giver personalet redskaber, de kan anvende i forbindelse med reminiscensarbejdet. Dette er dog intet at regne i forhold til, hvad man kan finde i England, hvor selskabet Winslow blandt andet producerer reminiscensmateriale. I deres 2012 katalog, er ikke færre end 12 sider dedikeret til reminiscensmateriale - indeholdende 79 forskellige effekter, der kan købes. Desværre for os danske er materialet lavet til en engelsk kontekst, men arbejdet ved Dansk Center

for Reminiscens viser, at der ligger et stort uforløst potentiale for udvikling af materiale, som passer til den danske kultur.

Ove Dahl har fremstillet en bogserie under titlen "Tilbage til 50'erne (60'erne, 70'erne og 80'erne)", som fyldigt illustreret viser, hvordan hverdagens genstande så ud i de pågældende årtier. Bøgerne har god anvendelse sammen med mennesker med demens i tidlig fase og stimulerer næsten automatisk til samtale bare ved at bladere i dem. Det er også værd at påpege, at bøgerne kan være en stor hjælp for personale, som ikke er så historisk bevidste eller har haft sin opvækst i en anden kultur end den danske.

De sidste års posterpræsentationer og frie foredrag ved Demens Dagene vidner om, at der rundt om i landet foregår et mangfoldigt arbejde med reminiscens. Det meste falder i kategorien livshistorie, hvor man med billeder og tekst, altså primært gennem visuel og auditiv stimulering, forsøger at vække minder og erindringer.



Foto: Jørn Kildall og www.foto-arkiv.dk © "Køkken 1950'erne"

Validering i praksis

Fremtiden bliver mere digital

Digitaliseringen har også gjort sit indtog i reminiscensarbejdet. Demens Cafeen i Aarhus Kommune har i flere år haft et tilbud om, at borgerne kan få lavet deres egen personlige livshistorie på video. Nyeste initiativ inden for sansestimulering af mennesker med demens er Demens Film projektet, hvis formål er, at skabe film til mennesker med demens. Filmene skal produceres, så de tager højde for de dementes kognitive niveau i sygdomsforløbet, samtidig med, at man skal kunne udvælge film efter personens individuelle interesse. På mange måder opererer Demens Filmprojektet med samme teori omkring sansestimulering som erindringskasserne gør, blot er sansestimuleringen begrænset til lyd og billeder, men muliggør en lettere visning og tilgængelighed. Projektet gennemføres i et partnerskab mellem Retorspect Film, Socialstyrelsen og VIOLA, og vil i efteråret 2013 afsluttes med et DVD-boxsæt, som kan rekvireres gennem Socialstyrelsen. Afprøvningen i praksis og den tilhørende evaluering af produktet forventes at skabe mere viden om, hvordan sanserne kan spille ind, når man med reminiscens sætter fokus på den socialfaglige del af demensomsorgen.

Demensferie

DKDK holder i 2012 to demensferier på Hotel Nyborg Strand.

Datoer for ferierne er:

D. 16. – 19. juli (ferieguider: Elisabeth Koefoed og Gitte Kærgård)

D. 23. – 26. juli (ferieguider: Mogens Grønnebæk og Kirsten Sejrhø)

Læs mere om ferierne og tilmelding på www.demens-dk.dk, hvor også brochure om ferierne kan hentes.

Der er ledige pladser på ferien fra d. 23. til 26. juli. Kontakt Kirsten Sejrhø på telefon 23 31 49 48, eller på mail: kissz@live.dk

Når et menneske udvikler demens, betyder det ofte et farvel til den velkendte identitet og kendskab til sin egen livshistorie. Det stiller krav til omgivelserne, som i første omgang er nære pårørende, sidenhen også os som professionelle, om at møde et velkendt menneske på en ny måde. Når et menneske rammes af demens, er det ikke længere i stand til at bruge refleksioner med reference i fortiden, i relationen på samme måde som hidtil. Her bliver valideringstankegangen et uvurderligt arbejdsredskab.

Validering er et begreb, som er udviklet af Naomi Feil i 1960'erne, og går i al sin enkelthed ud på at anerkende en persons følelser samt at bekræfte, at de er ægte. At arbejde validerende er at arbejde bevidst med en empatisk tilgang til det andet menneske. Validering er også indretning af beboernes bolig med møbler og genstande i øvrigt, som har betydning for deres identitet – at de ydre fysiske rammer støtter op om tilgangen til det andet menneske.

I vores dagligdag på Kærvang bliver begrebet en nyttig arbejdsramme. Vores kendskab til validering bliver det, der er afgørende for, at vi tør være nysgerrige og til stede i relationen til disse sårbare mennesker. Vi har gennem den validerende tilgang fået øjnene op for, hvor vigtigt det er, at være ægte og ærlige i vores møde med mennesker med demens, og ser i dag rigtig mange positive resultater heraf.

På Kærvang bor i øjeblikket 16 mennesker med forskellige demenssygdomme. Fælles for dem er, at de i en eller anden grad har mistet dele af deres identitet. De er alle visiteret til os, fordi de på et tidspunkt har haft en adfærd, der gjorde, at de ikke kunne rummes indenfor andre tilbud. Vores arbejde er kendetegnet af stor nysgerrighed og fokus på relationen. Det er afgørende i den daglige omgang med såvel kollegaer som beboere, at ville hinanden og at være nysgerrig på hinandens reaktioner. Vi er i det daglige bevidste om, at vi selv er ansvarlige for, hvordan ting lykkes, særligt i ar-

bejdet med relationen til beboere, hvor vi i den grad bærer en stor del af deres videre skæbne i vores hænder. Uanset hvor stort og fint det end lyder, er det i virkeligheden – i hvert tilfælde teoretisk set – ganske simpelt. Men det kræver, at alle er bekendte med valideringsteoriens tankegang, om at møde det enkelte menneske i de følelser og oplevelser det har, samt at gyliggøre dem.

Alle følelser er subjektive, hvorfor vi som samspilspartnere og vidner til beboernes tilstande, skal vise respekt for, at det enkelte menneske har sine gode grunde til den adfærd, det udviser lige nu, og at vi således ikke kan skal gøre os til dommere. Et afgørende element ved valideringstankegangen er, at fokus er rettet mod følelser og den aktuelle indre tilstand, hvor der altid er bundet nogle ressourcer, i stedet for mod det intellektuelle plan, hvor mange mennesker med demens netop har lidt store funktionstab.

For ca 15 år siden arbejdede jeg som uflaglært aftenvagt på et plejehjem. Jeg kom hver aften ind til Emma kl. 17.30 for at hjælpe hende med aftensmaden. Emma var på det tidspunkt sidst i firserne og havde været enke gennem mange år. Hun havde været gift med en noget ældre mand, som havde ernæret sig som færgeskipper, og som altid kom hjem ved aftenstid. Derfor sad Emma troligt og ventede. Hver aften fortalte hun mig, at hun sad og ventede Kristian hjem, og at han kunne komme, hvornår det skulle være, og hver aften korrigerede jeg hende og sagde, at han havde været død i mange år, og ikke kom hjem mere. Ikke fordi jeg ville være ond med Emma, men fordi jeg med min fornuft under ingen omstændigheder kunne sætte mig ind i hendes tilstand. Hver aften blev Emma ulykkelig over sin ny erhvervede enkestatus, og jeg forsøgte at snakke om noget andet – altid konkret og udfra det der var fornuftigt i min verden.

Emmas demenssygdom havde aldrig gjort hende svær

at omgås, hverken for pårørende eller professionelle. Hun var et inderligt sødt gemyt og sad lige så stille og var ked af det. Hvor ville jeg ønske, ud fra den viden og det kendskab jeg i dag, at Emma havde råbt sin sorg ud på en anden måde, og at de mennesker der var omkring hende, var blevet nysgerrige og undersøgende. Emma fortjente ikke min nøgternhed og min fornuftstyrede tænkning. Hun fortjente min medmenneskelighed. Min nysgerrighed og min empati. Udfra hvad jeg ved i dag, kunne jeg have sat mig ned, spurgt ind til Emmas liv, ind til savnet af hendes mand, de følelser der kunne være bundet op på det, at have en mand som arbejde på fjorden, den frygt der kunne være for, at han ikke kom hjem. Hun sad jo der, aften efter aften, og prøvede at gøre mig begribeligt, hvad det var, hun havde brug for, men jeg så det ikke, for jeg vidste ikke hvad jeg skulle se efter.

Efter jeg er kommet til Kærvang, er Emmas historie dukket op. Hun har været gemt væk i min erfaringskuffe og har gjort indtryk på et dybere plan, og med de briller jeg har på i dag, ærgrer jeg mig over, at jeg ikke vidste dengang, hvad jeg ved nu. Jeg er gået glip af Emmas historie og af muligheden for at få Emma til at finde fred i nuet og derved blomstre.

I løbet af den tid, der har været arbejdet bevidst validerende på Kærvang – dvs. siden starten af 90'erne, hvor der opstod et behov for at tænke anderledes - er det blevet tydeligt for os, hvordan demens og psyko-farmaka, er en uheldig kombination. Det betyder i mange tilfælde, at de følelser, som skal valideres, dysses ned og dermed, at valideringsarbejdet bliver umuligt. Samtidig arbejder vi på Kærvang med et syn på demens der lyder: Mennesket med demens er et menneske med historie, livserfaring og følelsesmæssig visdom.

Sygdommen demens opstår når:

- Et menneskes liv har indeholdt så mange fysiske, psykiske og sociale belastninger, at der opstår ubalance,

- Et menneske er disponeret for at udvikle demens
- Hvis belastende oplevelser får lov at forblive ubearbejdede og uforløste, bindes der livsenergi i dem. Bliver de derimod anerkendt og valideret, så vil mennesket kunne forliges med dem og mestre sit liv, og dermed vil livsenergien kunne flyde frit igen.

Demens er en tilstand, hvor:

- Mennesket indimellem lever i fortiden for at få genoprettet værdigheden/ eksistensberettigelsen, eller for at hente ressourcer fra en ressourcefyldt periode
- Livet er mere i en konklusionsfase end i en udviklingsfase.

Med udgangspunkt i ovenstående, er det af stor vigtighed, at følelser og oplevelser ikke sløves af medicin. Når et menneske med demens udviser vrede, ser vi det som et tegn på, at der er en indre tilstand, som skal bearbejdes. At adfærd er et ydre tegn på indre tilstand er en sætning, vi meget bevidst arbejder med.

Et eksempel herpå er Aksel, en sømand i starten af tresserne, som for nuværende har boet på Kærvang i snart to år. Da Aksel kom til os, var han vred. Han fik en del psykofarmaka, som vi i samarbejde med den gerontopsykiatriske overlæge hurtigt påbegyndte udtrapningen af. I første omgang pustede det til hans vrede, fordi låget, som havde holdt følelserne ned i gryden, blev taget af. Han ville slå og råbte op. Indimellem kom han farende, og ville have alle evakueret, fordi der var problemer med motoren, og skibet ville synke. Det var ganske forfærdeligt for ham, at opleve naboer og medarbejdere som ikke prompte reagerede på hans ordre. Det gjorde ham frustreret og aggressiv, og han måtte gribe til at slå for at få de mennesker, der var omkring til at reagere. Det var tydeligt, at Aksel havde et behov for at få bearbejdet oplevelser fra tiden på søen. Vi mødte ham ved at anerkende det svære i

at have ansvar for, at resten af besætningen overlevede. Han kunne berette om druknede kammerater, som han ikke kunne hjælpe, og lignende traumatiske ting. Helt konkret arbejdede vi i Aksels tilfælde på flere planer. Når behovet konkret opstod i en sen aften, tog nattevagten sig tid til at sætte sig og lytte og stille spørgsmål, samt at anerkende og være den, der kunne bære at lytte til de tunge historier. Vi kunne møde ham og sige, at det han så, kunne vi ikke se, men at vi godt kunne forstå, at han var angst, når han gennemlevede sådanne grusomme ting.

Når et menneske er vredt og har behov for at slå og skælde ud, er det ikke tidspunktet, hvor man kan sætte sig med en lille kvindestemme og snakke. Hvis vreden skal anerkendes, og det skal den, kan det være godt at vælge et stemmeleje, der matcher og bekræfte beboerens tilstand med ord. Når kontakten er bærbar, kan man så begynde at tale roligere, blidere og mere stille – og dermed lede beboeren ned i en roligere tilstand. Det er også en måde at gyldiggøre på, og et redskab der blev anvendt i relationen med Aksel.

Ud over det individuelle valideringsarbejde, arbejdede vi med Aksel i valideringsklub, hvis principper er beskrevet senere i artiklen. Her var arbejdet mere generelt, og det var ikke nødvendigvis de tunge historier, der blev fortalt. Det var mere en snak om livet på søen på godt og ondt, men hver gang der blev fortalt brudstykker fra Aksels liv, gav det anledning til, at han kom et skridt dybere såvel i bearbejdningen af det svære, som i at se, at han i tiden som sømand jo også havde en masse ressourcer, dette var – og er til stadighed – med til at styrke Aksels identitet.

Efterhånden som der faldt flere brikker på plads i det puslespil, som Aksels liv har været, blev det lettere at møde ham i den følelse af afmagt, han oplevede. Lidt efter lidt, blev vredesudbruddene kortere, og der blev længere imellem. De traumatiske oplevelser blev bearbejdet, og i dag er det meget sjældent, at Aksel har

behov for at tale om det. Ligeledes oplever vi ham sjældent vred. At turde være en del af Aksels liv og være ægte tilstede i relationen, når behovet var der, var dét, der gjorde udslaget.

Valideringsklubber

Ud over den direkte validering, som ligger i relationen mellem den enkelte medarbejder og beboer, arbejder vi i valideringsklubber, som er opbygget mere strukturerede. De er et vigtigt led i det validerende miljø, og mange frø til videre arbejde bliver sået her. Konkret er der lige nu tre klubber, som alle foregår to gange ugentligt. Hensigten med klubarbejdet er, at styrke såvel identiteten hos den enkelte som at genfinde de sociale kompetencer deltagerne imellem. Forudsigelighed og genkendelighed skaber ro og tryghed, og spiller derfor en vigtig rolle. Af den årsag er vi meget bevidste om rytmen, placering af beboerne rundt om bordet, at der altid inviteres, og at der altid startes med den samme sang.

Klub 1 for de mennesker der har brug for stærkt fokuserende aktiviteter. Her er kommunikationen kort og præcis, og det er klart for klubmedarbejderne, at det er muligt at fastholde koncentrationen i få minutter. Eksempler på aktiviteter er ballonspil, sanglege, dans til musik, snak om indhold i en sang. Der er meget fast struktur, og kaffebordet er altid en del af samværet. Klub 2 for de mennesker der har brug for fokuserende aktivitet. Hvor der er lidt større frihed og muligheder i kommunikationen og hvor koncentrationen er længerevarende – op mod 15 min. Eksempler på aktiviteter er spil, f.eks. billedlotteri, snak om billeder fra gamle dage, sang og snak om teksten som gerne er årstidsbestemt. Også i denne klub er strukturen meget vigtig, ligesom kaffebordet er fast.

Klub 3 for de mennesker, der i mindre grad har behov for fokuserende aktivitet. De kan kommunikere verbalt, således at halvdelen er sprogligt korrekt og på en må-

de så, hvor andres opmærksomhed kan fastholdes. Her er et koncentrationsniveau, der strækker sig ud over 15 minutter. Eksempler på aktiviteter er køretur ud i naturen med kaffekurv, køreture til steder, der har betydning for enkelte af klubmedlemmerne – evt. forbi en tidligere bopæl eller arbejdsplads, undervejs er der plads til en snak om det sete og oplevede, men denne klub er ofte ude af huset. Strukturen er mindre vigtig her, idet deltagerne rummer større kompleksitet. Fast for alle klubberne er, at de medarbejdere der afholder klubben, sørger for at invitere beboerne. Den stemning, det skaber i at få en særlig invitation, er med til at forstærke følelsen af, at man er noget ganske særligt, og at man er velkommen.

Der er en masse eksempler på, hvordan klubarbejdet har givet grobund for videreudvikling af det individuelle arbejde. Mange gange kommer de store dybe historier ikke frem under klubben, men i dagene efter, når det menneske som den enkelte føler tryghed ved at betro sig til, er på arbejde igen. Det er ud over al tvivl at det, at komme i klubben efterlader noget i beboerne.

Hos Jens, som var tidligere murermester og altid havde slået en proper næve, så vi det tydeligt. Han elskede fest og farver og havde opholdt sig meget på kroen i byen. Når han blev inviteret i klub, var han helt klart tilbage i den tid, sang og fortalte og var en rigtig verdensmand. Hentede i den grad ressourcer fra et sted i livet, hvor han havde dem. Han deltog i klub 2 og havde især glæde af billedlotteri og billeder fra krigens tid, hvor han kunne berette om at have hjulpet tyskerne med at bygge bunkers. I de udsagn lå noget faglig stolthed. Han kunne grine og fortælle om alle de piger, han havde bedåret, og var et fantastisk selskab. Tilstanden varede lige så længe som klubben, men så snart den var slut, kunne Jens vende rundt og blive vred og aggressiv. Vi lærte, at Jens efter klub, havde et stort behov for ro til at bearbejde det, han var kommet i kontakt med. Ved at give ham den, kunne vi

langt hen ad vejen holde aggressiviteten stangen.

Efter vi lærte det, begyndte vi også at være mere nysgerrige på Jens, vi kunne validere ham bl.a. på de emner, der var kommet frem i klubben, bl.a. spørge ind til at han havde arbejdet for tyskerne, og for hvad det havde betydet for hans status i samfundet osv. Vi blev gode til at læse tegnene også i fredstid, hvilket fik Jens til at åbne op for mange følelser og få bearbejdet traumer fra sit liv. Som den store stærke mand han altid havde været, var det forbundet med svaghed, at han ikke længere kunne klare sig selv, og det at anerkende den følelse gav rigtig mange ressourcer fri. Ved at vi kunne møde Jens og sætte ord på hans afmagt, blev det meget lettere at hjælpe ham f.eks. ved toiletbesøg.

Validering og menneskesyn på Kærvang er beskrevet meget mere indgående i bogen "Demens – fra skæbne til liv" hvor der også er mange eksempler fra hverdagen. Teorien bag validering er ikke særlig kompliceret – relationen mellem mennesker, at være ægte og 100% tilstede, at turde tage del i et andet menneskes historie. Samtidig er det noget alle mennesker - demens eller ej – fortjener. At nogen tør være ægte tilstede i deres liv, og at få anerkendt den oplevelse af livet, de har. Ukompliceret eller ej, er det til stadighed en udfordring og i takt med at der flytter nye mennesker ind, samt at behovene hos de mennesker der bor på Kærvang ændrer sig, kræver det, at vi som professionelle omkring, hele tiden anvender alle sanser og er tilstede i relationen – på den måde er vi bedre i stand til at se de tegn, som viser sig.

Litteraturliste:

1)Danielsen, Anne Berit med flere

"Demens – fra skæbne til liv"

Kærvang 2009

2) Feil, Naomi

"Validering – hjælp til desorienterede gamle"

Hans Reitzels Forlag A/S, København 1995

Sansestimulering og sanseintegration som middel til større livskvalitet for personer i slutstadiet af deres demenssygdom

Som professionel indenfor demensområdet ved man kun alt for godt, at der ikke er nogen nemme løsninger. Når man arbejder med borgere, som er ramt af demenssygdomme, tager det lang tid at observere og analysere deres behov, at komme ind under huden på dem, så man kan møde dem på den rigtige måde, så der ikke opstår konflikter og mistro for borgere og/eller medarbejdere. Overraskelsen var derfor stor, da vi i tilrettelæggelsen af et nyt målrettet tilbud, Sanseenheden, opnåede positive resultater næsten fra dag til dag: Flere borgere genvandt efter indflytningen fær-digheder, de ikke havde udvist i flere år. Nogle begyndte f.eks. at tale/synge igen, andre holdt op med at vande sig ved berøring og under personlig hygiejne.

Formålet med enheden

Ideen til sanseenheden opstod, da vi ikke syntes, at alle borgere trivedes lige godt på vores Demensenheder. De borgere som var længst i deres sygdomsforløb, og ikke selv formåede at deltage i enhedens hverdagsliv, blev ofte overset i fællesrummene, fordi personalet var optaget af at skabe ro eller meningsfulde aktiviteter for de øvrige beboere. Derudover havde vi oplevet episoder, hvor nogle af disse borgere var kommet til skade i samspillet med de øvrige borgere, fordi de ikke kunne forsvare sig selv eller give udtryk for smerte eller ubehag. Vi funderede over, hvad et målrettet tilbud kunne gøre for den gruppe af borgere, som er i den sene fase af deres demenssygdom. Målgruppen var de borgere:

- Som har mistet gang- og ståfunktion
- Ikke selv kan spise eller drikke
- Ikke er i stand til at udtrykke basale behov (sult, tørst og smerte)
- Ikke synes at have kontakt med omgivelserne
- Kun reagerer ved direkte sansepåvirkning
- Ikke kan forsvare sig selv

Formålet med at oprette enheden var at bidrage til øget livskvalitet for borgere med svær demens, at bi-

drage til tryghed for borgerne samt deres pårørende, og at bidrage til faglig udvikling indenfor feltet generelt og mere specifikt for medarbejderne på enheden, som skulle varetage den målrettede omsorg ud fra teorier omkring sansestimulation og sanseintegration.

Teorien bag

Sanseenheden åbnede i december 2010 og er indrettet som et multisensorisk miljø, hvor den specielle indretning har til formål at imødekomme forskellige sansebehov for personer med demens med "kunstige" midler. Teorien er, at multisensorisk sansestimulering (af alle syv sanser: lugt, hørelse, syn, smag, muskel/led, føle og balancesansen) kan have en indvirkning på adfærd, herunder på BPSD (adfærdsmæssige og psykologiske symptomer på demens, eksempelvis apati, agitation, aggression, angst, motorisk uro, selvstimulering). BPSD kan netop være et resultat af under- eller overstimulering af sanserne. Hvis man overvældes af sanseindtryk, kan den skadede hjerne reagere med en kamp/flugtrespons, hvor borgeren i afmagt slår ud. Hvis man derimod mangler sanseindtryk, vil man typisk ty til selvstimulering (gentagen råben, rokken frem og tilbage, gnide hænder, skære tænder) eller selvskadende adfærd (slå hovedet ind i væggen, kradse sig selv) for at mærke egen krop. Blandt vores borgere udviste flere en tilsvarende adfærd.

Der var blandt andre en borger, som gennem længere tid havde klaget sig ved enhver form for berøring, hvilket særligt kom til udtryk under den personlige hygiejne. Vi brugte mange supervisorer på, at tænke os frem til nye metoder og ideer, så vi kunne undgå at komme ud i magtanvendelse. På trods af alle vores anstrengelser løste det ikke problemet. Hun blev ved med at vande sig, så instinktivt rørte personalet hende mindre og mindre. Dette ændrede sig, da vi tog afsæt i ovenstående teori. Set fra det perspektiv, kunne hendes klager være udtryk for, at hun var understimuleret,

ikke havde fornemmelse for egen krop, og at det derfor virkede voldsomt med personalets berøring. Hendes krop reagerede netop med en kamp/flugtrespons. Med afsæt i dette perspektiv forsøgte vi at give hende fornemmelsen for egen krop tilbage gennem beroligende dybe tryk umiddelbart inden personlig hygiejne. Derudover forsøgte vi, gennem en personcentreret tilgang, at finde frem til, hvordan kamp/flugt-responsen kunne undgås, hvad der kunne give hende ro, hvilke stimuli i omgivelserne, der skulle øges (udvalgte sange, brug af kugledyne), og hvilke, der skulle dæmpes (mængden af lys i rummet, brugen af ord undervejs). Resultatet blev, at hun holdt op med at vande sig under den personlige hygiejne, og endelig var problemet løst.

Sanseintegrationsbesvær ved demens

Som mennesker er vi dybt afhængige af vores sanser. De giver os information fra omgivelserne og fra vores egen krop, så vi formår at indrette vores handlinger til den verden, vi møder. Når vi eksempelvis skal gå ned af en trappe, er vi afhængige af vores sanser til hele tiden at fornemme, hvor vores position er i forhold til trappen, hvor hårdt vi skal sætte foden ned, og hvor den skal placeres, så vi kommer helskindet ned. Hjernen arbejder hele tiden på højtryk med at integrere sanseinput fra ens egen krop og fra omgivelserne, så vi kan komme frem til en adaptiv eller hensigtsmæssig respons på de stimuli, vi får.

Ved demenssygdomme mindskes evnen til den nødvendige sanseintegration i høj grad. Man kan få problemer med sortering af sanseimpulser, så man overvældes af de input, man får fra omverdenen, eller man kan få problemer med manglende evne til at fokusere på relevante stimuli eller til generelt at fastholde fokus og optimalt niveau af vågenhed og opmærksomhed. Det har store konsekvenser i forhold til ens evner til at forstå og begå sig i verden.

Derfor har borgerne med demens brug for hjælp til at

fremme sanseintegration og adaptiv respons gennem stimulering af sanserne og særligt nærsanserne (følesansen, muskel/ledsansen og balancesansen). Ved systematisk at analysere borgerens sansebehov og få klarhed over, hvilke stimuli i miljøet, der skal op- og nedtones og ved at lave forskellige stimuleringer af sanserne (f.eks. ved brug af kuglebad, kædedyner, aromaterapi, massage, dybe tryk), kan man observere borgernes respons, og dermed:

- finde frem til hvilke input, de trives med og reagerer positivt på og derved bidrage til øget livskvalitet
- kortlægge eventuelle sanseintegrationsproblemer og sansebehov
- indrette boligen/miljøet efter de



individuelle behov og

- lave specifikke handleplaner i overensstemmelse hermed

Påvirkningen af sanserne kan ske på mange forskellige måder og niveauer.

Der skelnes typisk mellem tre niveauer: *Sanseunderholdning* er en form for sansebombardement (eks. en tur i tivoli, hvor alle sanser aktiveres). For almindelige mennesker uden problemer med sanseintegration vil dette som regel resultere i højt humør og engagement, men for personer med demens, kan det opleves overvældende, fordi denne gruppe netop har problemer med at sortere i de input, de får.

Sansestimulation er en metode, hvor man med "kunstige" redskaber, stimulerer de enkelte sanser hver for sig med det formål at forebygge understimulering af sanserne.

Sanseintegrationsbehandling er en mere kompleks og målrettet metode, hvor man tager udgangspunkt i en individuel sanseprofil og de individuelle sansebehov, og på den baggrund giver borgeren det rette stimuliinput, så der kan opnås sanseintegration og adaptiv respons.

Projektet indtil nu/resultater

Med afsæt i ovenstående teori indrettede vi enheden som et multisensorisk miljø. I boligerne hænger der uroer i loftet, der er lydpudder, som kan afspille musik samt kæde- og kugledyner, som kan give borgerne øget fornemmelse for egen krop. Fællesrummet er indrettet med et stort akvarium og en gyngeså, så balancesansen kan trænes. Der er et

særligt sansestimuleringsrum med kuglebad og en computer, der kan afspille musik/viser billeder målrettet borgerne på det pågældende tidspunkt. Noget musik/nogle billeder er designet til at stimulere sanserne og give øget arousal (vågenhed), andet er designet til at berolige og til at sænke arousal. Personalet er blevet opkvalificeret i teorien og metoderne og har indtil videre primært taget afsæt i sansestimulering og afprøvet en række aktiviteter potentiale for sanseintegration, herunder massage, dybe tryk, aromaterapi og musiksessioner både i fællesskab og individuelt ved en musiker ansat i huset.

Der er desuden lavet to forskellige evalueringer af enhedens arbejde på baggrund af følgende data:

- 1) gennemgang og analyse af enhedens dokumentation
- 2) DCM-observationer af enhedens arbejde (en observationsmetode baseret på Tom Kitwoods teori om personcenteret omsorg, der måler kvaliteten af omsorgen)
- 3) interviews med ledere og personale på enheden.

Evalueringerne konkluderer, at arbejdet på enheden har medført øget velbefindende og livskvalitet for borgerne. Specifikt er der vist positive og observerbare indvirkninger på borgerens adfærd (mindre BPSD), på deres humør og engagement, deres ressourcer, deres sprog og på deres kontakt til omgivelserne.

Evalueringen understøtter personalets fortællinger. Fortællinger om borgere

langt henne i deres demensforløb, som pludselig – med de rette omgivelser og den rette stimulering i det rette tempo – nynnede med på musikken eller begynder at tale. Fremkomsten af disse skjulte ressourcer er netop et eksempel på, hvordan den rette sansestimulering kan føre til sanseintegration og adaptiv respons for borgeren, så han eller hun reagerer hensigtsmæssigt på omgivelserne.

En del af evalueringen har desuden medført udvikling og afprøvning af forskellige arbejdsredskaber, bl.a. til kortlægning af hver enkelt borgers sansebehov og sanseprofiler (så der på den baggrund kan laves individuelle aktivitetsskemaer), samt udvikling af et skema, der måler og dokumenterer effekten af forskellige sanseaktiviteter.

Men hvad så herfra?

Set fra vores perspektiv er arbejdet omkring sanseenheden kun lige begyndt. Vores enhed er helt ny, vi har stadig meget at lære, og det er generelt et felt i sin vorden. Med de resultater vi har set indtil nu, er vores forhåbning dog at vores fremtidige arbejde:

- kan gøre os endnu klogere på borgernes adfærd og det, der skal til for at løse og forebygge problemer og få borgerne til at trives endnu bedre
- kan udvikle vores egen "værktøjskasse" og føre til systematisk afprøvning af metoder og redskaber
- kan gøre os klogere på boligindretning til borgere med demens
- kan være med til at mindske eller

Blandt blomsterduft og fuglekvidder, erfaringer med og ideer til brug af sansehaven

undgå magtanvendelse for personer med svær demens i forbindelse med personlig hygiejne.

En væsentlig videreudvikling er desuden, hvordan man kan overføre resultaterne til andre borgere ikke kun i vores hus men også alle andre steder. Flere af teoriens elementer kan afprøves, selvom man ikke har mulighed for at indrette et specielt miljø eller for at indkøbe særlige hjælpemidler. Det kræver ikke særlige hjælpemidler at være opmærksomme på, hvilke stimuli vi tilbyder borgerne og reflektere over hvilken input, der måske skal fjernes (f.eks. ved at slukke for fjernsyn, radio eller andre forstyrrende elementer når man er sammen med borgeren) og hvilke, der skal tilføjes. Ligeledes er det oplagt

- at observere hvilke stimuli (f.eks. musiknumre eller typer af berøring), der overvælder og hvilke, der beroliger hos de enkelte borgere
- at afprøve effekten af stimulation af sanserne på borgernes evne til sanseintegration og adaptiv respons (f.eks. gennem stimulering af føle- eller balancesans)
- at være opmærksom på eventuelle sanseintegrationsproblemer (såsom beklagelser ved vending i sengen, overfølsomhed ved berøring eller lign).

Vi håber på, at ovenstående har givet jer lyst til at fortsætte metodeudviklingerne ude i den daglige praksis – man kan altid blive klogere, når det gælder demensarbejdet, så kontakt os endelig, hvis I har erfaringer, I vil dele med os i vores videre arbejde med denne målgruppe og med sanseintegration i det hele taget.

Fra gammel tid er haver kendt som rekreative områder og som gode for helbredelsen. Sansehaven, som har bredt sig i ældreplejen, siden den første blev anlagt sidst i 80'erne, er ikke et veldefineret koncept. Sansehaven er et frirum med tilpassede stimuli for sanserne, muligheder for fysiske aktivitet, og hvor der samtidig er plads til rolige stunder, samtaler og erindringer. Den giver i sin konstruktion, indretning og beplantning ofte input fra både kultur, skov, hav, strand og "bjerge," og er anlagt i et trygt og genkendeligt miljø. Sansehaven er desuden afgrænset fra den vilde natur, trafik mm., hvilket er et stort plus for mennesker med demens.

Grønt er godt for sjælen, og forskning viser, at naturen kan bedre helbred, øge velvære, nedsætte behov for beroligende medicin, give bedre søvn og sænke stressniveau. Det er vores erfaring, at det at kunne komme udenfor styrker følelsen af frihed og hjemlighed på et plejehjem. Mange ældre, også med svære symptomer på demens, kan genopdage funktioner, blive engageret og tage initiativer som personalet måske ikke tidligere har set, når de kommer i haven. En have er et velkendt sted for stort set alle mennesker, og handlingerne i haven er kendte. Det kræver ingen færdigheder at være i og nyde naturen, så en sansehave er for alle uanset funktionsniveau. Der er derfor mange oplagte grunde til at inddrage haven i plejeboligers aktiviteter og ikke mindst i demensomsorg. Man må dog have øje for, at der er mennesker, for hvem en have ikke er et kendt og ønsket sted. Nogle vil dog alligevel kunne nyde den friske luft, og man kan sørge for, at der er noget, der fanger deres interesse.

At komme ud kan være befriende; væk fra hverdagens faste rammer og rutiner. Det er en verden af nye indtryk, der findes udenfor. Haven forandrer sig hele tiden med vejret og med årstiden. Støj fra telefoner, opvask og tv bliver for en stund skiftet ud med fuglefløjt, raslen fra træers blade, og vind og sol mærkes i hår og kinder. I sansehaven er der altid noget at tale om, lytte til, røre ved, se på og dufte til. Planter, buske og træer springer ud på forskellige tidspunkter, og det kan være sjovt at følge årets gang. En speciel blomsterduft vækker måske barndomsminder, eller måske husker beboeren en plante, han selv har haft i sin have engang. Måske

har beboeren gode råd til, hvordan lavendlen skal beskæres, eller hvordan rabarberne kan anvendes?

Naturen appellerer til, at vi er sammen på en anden måde. Man behøver ikke tale sammen, da ordløst samvær føles naturligt i naturen. Nogle beboere kan måske finde nye sociale fællesskaber gennem fælles interesser, evt. samarbejde om at så eller plante, der ikke er synlige eller mulige indendørs. I haven kan vi også blive inspireret til en sang. "Sur sur, lille bi..." Vi har i Danmark så mange smukke sange om naturen og sange knyttet til forskellige årstider. Sang og musik skaber, som mange sikkert har erfaret, næsten altid en god kontakt med et menneske med demens.

I indretningen af en sansehave er det vigtigt at huske på, at den skal invitere til både ydere og nydere. For nogle giver det mening at luge, beskære, nippe blomster, vande, samle bær og bruge haven aktivt, mens det for andre aldrig har været en meningsfuld del af livet at passe en have. En sansehave kan derfor med fordel indeholde både stille hygekroge med liggestole og bunker af redskaber, der er lettilgængelige. Det kan være en god idé at arrangere en lille kurv, der kan stå lige ved indgangen, så den nemt kan tages med i haven. Kurven kan f.eks. indeholde en grensaks, en gravske, et lille lugejern, et par havehandsker, men kan også rumme have-/ fuglebøger, en kikkert, fuglefoder til fuglebrættet – og hvorfor ikke sanghæfter, sæbebobleudstyr og vandpistoler og gadekridt, så der kan tegnes en hinkerude?

Højbede er oplagte til ældre mennesker og til personer i kørestole, så det er let at nå dem. Her er det en god idé at tænke på, at de bygges, så kørestole kan køre ind under kanten på højbedet. Så er det nemmere at komme helt tæt på. Et par vandkander skal stå fremme, så krukker nemt kan få vand på varme sommerdage. Små kander fungerer godt til mennesker, der ikke har så mange kræfter til at løfte større kander med vand. Med en grensaks lige ved hånden, er det nemt at tage en buket blomster, frisk dild og purløg med ind til frokostbordet. Friske blomster er altid et godt samtaleemne omkring bordet. Det er nemmere at tænke have i sommerhalvåret, og mange har da også spurgt, om det ikke er en meget stor investering med en sansehave for den korte

tid. Men der er altid god mulighed for aktivitet hele året. Hvad f.eks. med at tage en frisk sniboldskamp eller lave is-lys og pynte træer eller buske og hænge neg ud til jul?

Vi har nedenfor samlet nogle ideer til mere organiserede aktiviteter i sansehaver:

Bål og bålfad: Hvorfor ikke bruge de muligheder der i et bål hele året? I sommerhalvåret er det oplagt at lave snobrød, pølser og pandekager, og om vinteren kan det være hyggeligt at få varmen med suppe eller kakao. Til pandekagebagning kan det anbefales at indkøbe en stor pande, så der kan bages flere pandekager ad gangen.

Boccia: Et sjovt og enkelt spil, der blot kræver en græsplæne eller en sandbanke! Vi oplever, at boccia stort set altid er en kæmpe succes og det kan spilles hele året, bare påklædningen er til det. Reglerne er nemme at lære, sværhedsgraden kan justeres, da beboerne kan sidde tæt på eller langt fra banen. Det sociale samvær styrkes i kraft af holdstemningen, og konkurrenceelementet skal heller ikke underkendes! Modsat boldspil inden døre oplever vi generelt en øget tålmodighed med de beboere, der er lidt længe om at kaste bolden. For mens man venter på, at det igen er blevet ens tur, kan man jo nyde sol og fuglefløjt.

Wellness: På varme sommerdage kan det være en vidunderlig oplevelse med wellness i det fri. F.eks. kan den sædvanlige manicure eller hårpleje foregå udenfor. Måske med fødderne i et kølende kar med vand, hvis det er en bagende varm sommerdag. Udenfor gør det ikke noget, vi sjasker i vand.

"Skovtur" i haven: Til både spontane busture og til ture i sansehaven har vi stor glæde af vores skovturskurv, der altid er pakket og klar til afgang! Kurven indeholder: Engangskrus, skeer, servietter, en dug, sukker, pulvermælk, neskafe, tebreve, affaldsposer, småkager og ikke mindst en termokande. Den eneste forberedelse er blot at koge vand til termokanden. Det er hyggeligt at

komme på tur og pakke kurven ud sammen – også selv om turen bare går ud i haven.

Besøg udefra: Hvis man ønsker mere liv i haven, kan man overveje at åbne for omverden. F.eks. kan man invitere nærliggende børnehaver på besøg til leg og madpakkespisning i haven. Mange ældre nyder ligeledes samvær med hunde. Måske er der nogle frivillige/pårørende, der har deres hunde med ud i haven. At have en tennisbold og en kasteforlænger, kan skabe megen latter og glæde, når de gamle kaster, så hunden kan hente bolden!

Middagslur i sansehaven: Hvis adgangsforholdene er til det, kan det være en helt særlig oplevelse at sove middagslur i sin seng eller en drømmeseng under åben himmel. For nogle terminalt syge og døende mennesker, som er naturelskere, kan dette være en af de få men store nydelser, der er tilbage i livet.

Aktiviteter for mænd: Det er ofte svært, at finde ideer til aktiviteter, som appellerer til mændene. I en sansehave kan der være mange muligheder for at vække interesse. Det kan f.eks. være at bygge og male fuglehuse/foderbrætter. En gammel bil, båd eller en parkeret om-

vendt cykel kan være en invitation til mange mænd til at pille, skrue og pudse. I det mindste skal det nok sætte nogle samtaler i gang. Nogle kan måske stadig slå græs og være fornøjet ved det, hvis de får en græsslåmaskine i hænderne. Et redskabsskur er også en god idé at have placeret i haven. Så er det både nemt at have redskaber lige ved hånden, og det vil samtidig være en oplagt sted for "mandehørm" og "værkstedshumor" eller en høkerbajer.

Botanik-dag: Man kan aftale, at lave plukke nogle blade eller planter hver, bestemme arten vha. plantebøger, lave konkurrence om, hvem der kan flest arter og evt. presse til et herbarium, som kan hænges op eller stilles frem i dagligstuen.

Beskæftigelse for rastløse personer: På næsten alle plejhjemsafdelinger er der rastløse beboere, der vander hvileløs op og ned ad gangene og evt. er pillende, vrider hænder eller lignende. Hvis det giver mening for den pågældende, kunne det blive en daglig opgave at hænge vasketøj op på en tørresnor i haven; en masse våde klude, som senere på dagen skal hentes igen, stryges og lægges sammen. En anden beboer kunne måske have opgaven at feje stierne dagligt. Det er nemt at sprede lidt sand eller blade, så der er behov.

Lav en havebog: At have nogle nemme opskrifter samlet i en bog/mappe, kan være en god idé, så det er nemt at gå i gang i køkkenet, når vi har indsamlet bær, frugter og krydderurter fra haven. Bogen kan også indeholde billeder og lidt fakta om planterne/træerne i haven, sange, digte, naturquiz eller lign. Vi kan også lave en bog, som indeholder billeder af årets gang, og de aktiviteter vi har haft i vores egen have.

Vi kan kun opfordre til at bruge haverne og naturen, hvad enten der findes en sansehave eller ikke, der hvor I arbejder. Det er en stor glæde for både de gamle og os selv. At se lyset tændes i gamle Olgas øjne, når hun plukker de første rabarber og snuser til dem. Det giver energi. Og vi lover, det bliver nemmere, at være i haven og få nye ideer, jo mere vi gør det.



Erfaringer med bruk av eteriske oljer/aromaterapi som støttetiltak for pasienter med demens

Brukere av kommunale helsetjenester har mange ulike fysiske og psykiske helseutfordringer. Bl.a. er beboere med demens ofte plaget med uro, utagering, søvnforstyrrelser og nedstemthet. Dette skaper store utfordringer for omsorgspersonene, som har ansvar for dem, og medikamenter har ikke alltid den ønskede effekt. For uro og utagering gis ofte neuroleptika, og for nedstemthet og depresjon gis antidepressiva. Men studier viser, at disse medikamentene kun har begrenset effekt og har til dels store bivirkninger (1,2,3). Undersøkelser av søvn mønsteret hos sykehjemspasienter viser, at særlig alvorlige søvnplager ofte finnes hos dem med demens. Bruk av Benzodiazepin i behandlingen er svært vanlig, til tross for at slik behandling savner god dokumentasjon, og at bivirkningene kan være betydelige, slik som tilvenning, tretthet på dagtid og fallulykker. Videre er det anslått at forekomsten av depressive symptomer hos personer med demens er 50 %, og en studie viste hele 87 % hos mennesker med Alzheimer (4).

Fordi utfordringene er store, og medikamenter har begrenset effekt, er det nødvendig å se, om det kan finnes andre tiltak, som kan hjelpe denne pasientgruppen. Et mulig alternativt tiltak er bruk av aromaterapi/eteriske oljer. Aromaterapi er en svært gammel behandlingsform, som innebærer terapeutisk bruk av eteriske oljer. De eteriske oljene utvinnes av planter og trær og har ulike virkninger på mennesket både psykisk og fysisk. Det er de eteriske oljene i plantene, som gir dem den karakteristiske duften og smaken, oljene fremstilles hovedsakelig ved destillasjon eller kaldpressing. Den vanligste eteriske oljen er den, som kommer fra blomsten lavendel augustifolia (5). Terapi er måten, duften påføres for å lindre og helbrede, og den terapeutiske bruken inkluderer ulike teknikker, som for eksempel inhalasjon, dråper i badevann eller i massasjeolje. Aromaterapi er definert som alternativ eller

komplementær behandling, og er lite utbredt i den offentlige helsetjenesten i Norge. Men innenfor internasjonal holistisk sykepleie, er aromaterapi en av de mest brukte komplementære metodene. Det brukes f.eks. aktivt innen sykepleie i USA, Australia, Canada, Storbritannia og Sveits (6). Oftest brukes de eteriske oljene blandet i en baseolje (som f.eks. mandelolje eller jojobaolje) og masseres inn i huden. Mange av de eteriske oljene har dessuten en god virkning på huden, og fordi svært mange av de eteriske oljene er antiseptiske, så kan man også bruke dem mot infeksjoner, f.eks. er det dokumentert at oljen fra den Australiske busken Tea tree har en god virkning på både sopp og bakterieinfeksjoner (<http://www.tto.bcs.uwa.edu.au/>).

Noe som kanskje er mindre kjent er bruk av duft fra eteriske oljer, dvs. at man gjør bruk av luktesansen. Den kjente norske aromaterapeuten Gry Fosstvedt (7) skriver: *"Av alle våre sanser er ingen så mystisk som luktesansen. Dens virkning på psyken er dyp og sterk, på samme tid både innlysende og subtil"*. Nyere forskning viser bl.a., at luktstoffer påvirker respirasjonsmønster under søvn (8).

Anna Særnmo er sykepleier og aromaterapeut, og hun er leder for et omsorgssenter i Sør-Norge. Hun har i flere år veiledet sykepleierne på senteret i bruk av eteriske oljer/aromaterapi som støttetiltak til beboere med ulike plager. De har f.eks. gode erfaringer med bruk av Tea tree mot infiserte sår, trykksår og neglesopp. Noen ganger masseres beboerne lett med jojobaolje eller en parfymefri bodylotion som tilsettes eteriske oljer. Bergamot har en styrkende og nærende effekt på huden (7) og brukes derfor ofte. I tillegg kan eteriske oljer brukes i aromamus (en liten vifte med et filter), dvs. at det først og fremst er luktesansen som stimuleres. Ved hjelp av aromamusen brukte de f.eks. duften fra Lavendel mot uro og søvnproblemer og duften fra citrusoljer mot depresjon og nedstemthet. Aromamusene kunne stå

på pasientens rom og/eller på fellesstuene.

Ut fra de erfaringene sykepleierne på dette omsorgssenteret hadde gjort, ble det planlagt å gjennomføre tre prosjekt med bruk av eteriske oljer. Et prosjekt var Lavendel mot uro og søvnproblemer, et prosjekt var Tea tree i behandling av sår og neglesopp, og et prosjekt var bruk av Bergamot mot nedstemthet og depresjon.

Prosjektet med bruk av lavendel vil bli presentert under, etter en kort beskrivelse av tidligere forskning.

Tidligere forskning

Flere studier har undersøkt effekten av lavendel på søvn (9-11). Når pasientene i tillegg har demens og er urolige, er det færre studier, men en undersøkelse blant 70 utagerende demente ble gjennomført i Hong Kong i 2007 (12). 35 pasienter fikk lavendel inhalasjon i 3 uker mens kontrollgruppen fikk solsikkeolje. Etter 3 uker byttet gruppene. Atferden ble målt ved hjelp av egnet instrument, konklusjonen var positiv og viste en klar statistisk sammenheng mellom lavendel inhalasjon og roligere atferd:

Lavender is effective as an adjunctive therapy in alle-



Aromamus

viating agitated behaviours in Chinese patients with dementia. In a patient population particularly vulnerable to side effects of psychotropic medications, aromatherapy using lavender may offer an alternative option (s. 405).

Også en mindre studie fra England viste positive effekter på urolig/utagerende atferd hos pasienter med alvorlig demens. 2% lavendelolje ble administrert i en aromaterapiforstøver i 2 timers perioder alternert med placebo (vann) annenhver dag i ti behandlingssesjoner. Resultatene viste at 9 pasienter (60%) viste en forbedring, 5 (33%) viste ingen endring og 1 (7%) ble verre. Bruk av lavendel hadde en statistisk effekt (13).

Det er også gjort en sammenligning av lavendel sammen med imipramine i forhold til effekten av bare imipramine på depresjon. Forsøket viste, at depresjonen lettet mer hos pasientene som fikk en kombinasjon (15). I en annen studie (16) ble det festet en lapp med lavendeldråper (2 dråper 3 ganger om dagen) ved kraven til 7 utagerende demente. Konklusjonen bygger på det faktum at demente kan ha nedsatt luktesans, og viste at når man kun brukte lavendel som duft på denne måten hadde den liten effekt. De foreslo å teste ut om det er annerledes hvis lavendel påføres huden i form av massasje.

Bergamot har som de fleste eteriske oljer både en virkning på sinnet og på kroppen. Aromaterapeut Gry Fosstvedt

hevder at en av de viktigste egenskapene til Bergamot er, at den er antidepressiv, at den letter tungsinn, gir bedre humør og hjelper mot søvnproblemer. Hun sier bl.a.: “Den gir en følelse av å være i solskinn”. Hun hevder, at Bergamotolje vil balanseres og tilpasses brukere slik at den vil kunne virke forebyggende like mye som “behandlende”. Den kan brukes av alle, uansett om man har plager eller ikke, og den skal ikke gi bivirkninger ut over at kanskje ikke alle liker lukten (Fosstvedt 2010, upublisert)

En studie som u.s. effekten av bergamotolje (Bergamot er en citrusfrukt) viste, at denne er lovende både for stress, angst og smerter (17), mens en studie med appelsinolje i luftpålegg på fengsel i Nederland viste at fangene ble roligere, brukte mindre medikamenter og fikk bedre humør (18).

En studie fra 2003 viser, at sitronmelisse (*Melissa officinalis*) påsmurt huden (ansikt og armer) i lotion virker dempende på utagerende atferd hos demente. 72 pasienter deltok i studien, og det var en 35% bedring av utagerende atferd hos de pasientene som fikk Sitronmelisseolje mot 11% hos de som ble behandlet med placebo. Pasientene som fikk sitronmelisse fungerte bedre sosialt og hadde økt livskvalitet (19).

I en review om bruk

av aromaterapi for demente konkluderes slik:

All of these studies demonstrated a significant impact on behavioural problems in patients with dementia, with negligible side-effects. However, there is still not sufficient evidence to recommend widespread use in clinical practice and the key question of whether these treatments can provide a viable alternative to existing pharmacological agents needs to be addressed (14.s. 296).

De fleste studier viser altså til positive effekter, men foreløpig er den vitenskapelige dokumentasjonen mangelfull.

Prosjekterfaringer

Høsten 2010 fikk 24 pasienter med demens som var plaget av uro og søvnforstyrrelser lavendel i aromamus hver natt i 3 måneder. Det ble dryppet 15 dråper 100 % lavendelolje i aromamusen 30 minutt før pasientene la seg om kvelden. Denne stod på hele natten, men duften ble svakere etter ca. 6-8 timer. Pasientene ble vurdert hver 14.dag, og det ble ført daglige rapporter fra både nattevaktene og dagvaktene. Etter endt prosjektperiode ble pasientene vurdert og plassert i 4 hovedgrupper:

De som ble vurdert til å tilhøre gruppe 1 ble for eksempel beskrevet på denne måten:

Pasienten har fått mye bedre og strukturert nattesøvn. Tidligere har hun sovet ekstremt lite om nettene. Pleide å være veldig urolig og bekymringsfull, ringte ofte etter personalet. Nå er den rutinen kanalisert til dag og kveld i stedet - etterlater natten rolig. Hun sover lite på dagen nå. Hun er mer våken og opplagt, og hun har redusert bruk av Sobril.

De som ble vurdert til å tilhøre gruppe 2 ble for eksempel vurdert på denne måten:

Pasienten sover nå stort sett hele natten. Han er mer sosial på ettermiddagen og kan nå være med på aktiviteter. Nattevaktene mener han sover bedre enn før.

De som ble vurdert til å tilhøre gruppe 3 ble for eksempel vurdert på denne måten:

Han er i utgangspunktet en svært urolig pasient. Til å begynne med ble han noe roligere på natt. Rapportene viste at han sov lenger enn han pleide. Men det endret seg og han ble mer urolig og våken igjen.

De som ble vurdert til å tilhøre gruppe 4

Effekt	1.Klar virkning	2.Moderat virkning	3.Uklar virkning	4.Ikke virkning
Antall pasienter	10	8	3	3
Prosent	40 %	33,3 %	13,3 %	13,3 %

ble for eksempel vurdert på denne måten:

Pasienten klarer ikke å finne roen, hun går hele tiden. Vi ser ikke noen endringer i forbindelse med lavendelprosjektet.

Disse erfaringer støtter opp om resultatene fra tidligere forskning, og for flere av pasientene var virkningen av lavendel så god, at det gav dem en klart bedre hverdag. De ansatte synes, det var en enkel og god prosedyre og de likte å bruke et naturmiddel. Deres hverdag med pasientene ble også endret da pasientene ble mer våkne og sosiale om dagen. Nattevaktene erfarte en tydelig endring med mer ro på nettene. Noen pasienter seponerte og/eller reduserte medikamenter. Av og til var virkningen uklar, dette kan ha ulike årsaker, som for eksempel ubehandlede smertetilstander. Med støtte fra ledelsen valgte de ansatte å fortsette med lavendel etter prosjektperioden, og det er nå blitt et komplementært tilbud som de har på sitt sykepleiefaglige repertoar. De ansatte synes, det var spennende og positivt å kunne bruke naturlige oljer, men noen av de ansatte synes, at lukten var ubehagelig og ble plaget av den.

Når det gjelder Bergamot mot depresjon, så har 12 beboere med depresjon og nedstemthet brukt Bergamot i aromamus i en 3 måneders periode, noen høsten 2011 og noen våren 2012. Erfaringene fra dette prosjektet er ikke analysert enda. Men foreløpige resultat tilsier at Bergamot erfares som en frisk duft som skaper en positiv atmosfære. Fem av

beboerne viser en tydelig positiv endring, men for de andre er det mer uklart. Analysene forventes å være ferdige i løpet av 2012.

Avslutning

Tidligere forskning og egen erfaring viser, at eteriske oljer kan være et godt alternativ eller supplement, som kan brukes på forskjellige måter. Vår erfaring er, at lavendel i aromamus er en enkel og effektiv prosedyre med god effekt på pasienter med uro og forstyrret søvnrytme, noen fikk også bedre humør. Tidligere forskning antyder, at både lavendel og bergamot har positiv effekt på depresjon. Oljene kan med fordel blandes. Vår erfaring er, at aromaterapi bør inkluderes i sykepleie, selv om den vitenskapelige dokumentasjonen fremdeles er mangelfull.

Litteraturliste

1. Selbæk G, Kirkevold Ø et al. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22:843-849.

2. Ballard, C. Agitation and Psychosis in Dementia". *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2000; 15:11,

3. Ballard C, Day S et al. Neuropsychiatric symptoms in dementia: Importance and treatment considerations. *International Review of Psychiatry*. 2008; 20(4): 396–404

4. Winter Z. et al (2011) Depression in eld-

erly patients with Alzheimer dementia or vascular dementia and its influence on their quality of life. *Journal of Neurosciences in Rural Practice* Vol 2. Issue 1

5. Staalesen E. Aromaterapi. I :Johannessen, B. (red). *Komplementær og alternativ behandling*. En grunnbok for sykepleiere. Oslo:Ad Notam Gyldendal, 2008

6. Snyder, M. Og Lindquist R (ed) 2006) *Complementary/Alternative Therapies in Nursing*. Springer pub. New York

7. Fosstvedt G. *Naturens duftende apotek*. En innføring i aromaterapi. Oslo: Cappelen, 2002

8. Arzi A, Sela L et al. The influence of Odorants on Respiratory Patterns in Sleep. *Chemical Senses* 2010; 35:31-40,

9. Lewith G, Godfrey A.D. A Single-Blinded, Randomized Pilot Study Evaluating the Aroma of *Lavandula angustifolia* as a Treatment for Mild Insomnia. *The Journal of Alternative and Complementary medicine*. 2005; 4, 631–637.

10. Goel N, Kim H, et al. Olfactory stimulus modifies nighttime sleep in young men and women. *Journal of Chronobiology International*. 2005;22(5):889-904.

11. Taehan Kanho Hakhoe Chi. Effects of lavender aromatherapy on insomnia and depression in women college students. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16520572>

12. Wan-ki Lin, Chan, Fung-leung Ng, et al. Efficacy of aromatherapy (*Lavandula angustifolia*) as an intervention for agitated behaviours in Chinese older persons with dementia: a cross-over randomized trial. *International Journal of Geri-*

atric Psychiatry 2007; 22: 405–410.

13. Holmes C, Hopkins V et al. Lavender oil as a treatment for agitated behaviour in severe dementia: a placebo controlled study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2002; 17(4):305-8

14. Holmes C, Ballard C. Aromatherapy in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment* 2004; 10, 296–300

15. Akondzadeh S, Kashani L. et al. Comparison of *Lavandula angustifolia* Mill. tincture and imipramine in the treatment of mild to moderate depression: a double-blind, randomized pilot study. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry* 2003;27, 123-127.

16. Snow, L. Hovanec, L., et al. A Controlled Trial of Aromatherapy for Agitation in Nursing Home Patients with Dementia. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2004;3:431–437

17. Bagetta G, Morrone L A. et al. Neuropsychopharmacology of the essential oil of bergamot. *Filoterapia*. 2001;81,453-461.

18. Rambøl I B. Appelsinens hemmelighet. *Aftenposten* 20.06. 2008

19. Ballard C, O'Brien J et al. Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia: the results of a double-blind, placebo-controlled trial with Melissa. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2002;7: 553-558.

Demens og erhvervet døvblindhed

Ældre med erhvervet døvblindhed – hvem er de?

Den største gruppe af borgere med erhvervet døvblindhed i Danmark er ældre mennesker over 80 år. Hyppigst er årsagen til døvblindheden hos ældre en kombination af aldersrelateret syns- og hørenedsættelse.

Når en syn- og hørenedsættelse optræder sammen, forstærker de hinanden og danner tilsammen en helt særlig funktionsnedsættelse, nemlig erhvervet døvblindhed.

Definition på døvblindhed

Definitionen på døvblindhed er fælles for de nordiske lande:

Døvblindhed er en specifik funktionsnedsættelse. Døvblindhed er en kombineret syns- og hørenedsættelse. Den begrænser en persons aktiviteter og forhindrer fuld deltagelse i samfundet i et omfang der kræver, at samfundet tilvejebringer særligt tilrettelagte servicetilbud, tilpasninger af omgivelserne og/eller tekniske hjælpemidler.

En person, der "kun" er synshæmmet, vil være afhængig af hørelsen for at kompensere – og vice versa. Når begge sanser er ramt, opstår en situation, hvor selv en lettere hørenedsættelse og en lettere synsnedsættelse kan give alvorlige problemer i dagligdagen. Man kan sige, de to sansenedsættelser tilsammen giver noget, der er større end summen af de enkelte dele – eller sagt på en anden måde: $1+1=3$. Døvblindhed betyder altså ikke, at man er helt døv og helt blind. Man taler om døvblindhed, når den kombinerede høre- og synsnedsættelse giver alvorlige problemer i dagligdagen i forbindelse med information, kommunikation og mulighed for at færdes selvstændigt. For lang de fleste er døvblindheden progredierende, hvilket vil sige at syn og eller hørelse forværres med tiden. Ældre med erhvervet døvblindhed er i høj risiko for at opleve social isolation.

At leve med erhvervet døvblindhed stiller store krav til kognition og kræver stort psykisk overskud

Alting bliver sværere og mere uoverskueligt, når man lever med erhvervet døvblindhed. Selv helt almindelige dagligdags aktiviteter såsom at købe ind, gå en tur, læse avisen, følge med i samtaler, se hvem der hilser på gaden, bliver svært.

At kompensere for det dobbelte sansestab kræver, at man er god til at huske, hvor man har lagt ting, eller huske, hvad man skal og hvornår, og huske hvordan man finder vej. Desuden kræver det, at man kan lægge en hensigtsmæssig strategi og lære nye strategier samt tilegne sig nye færdigheder f.eks. i forhold til brug af hjælpemidler. Der skal hele tiden løbende justeres og læres nyt i takt med, at syn og hørelse forværres og i takt med ændringer i omgivelserne og afhængig af, hvilken situation eller kontekst man befinder sig i. Man kan således godt være mere døvblind i nogle situationer end i andre afhængig af omgivelser og kontekst. Derfor koster det enorme mængder af energi og kræfter at klare nødvendige og ønskede aktiviteter i dagligdagen. Muligheden for at være aktiv og selvstændig, og i øvrigt følge med i hvad der foregår både i ens nærmiljø og i samfundet generelt, begrænses.

Forekomst af erhvervet døvblindhed hos ældre

På baggrund af en række internationale undersøgelser ved vi, at forekomsten af alvorlig kombineret høre- og synsnedsættelse ligger på 5 % hos ældre over 80 år og på 10 % hos ældre over 90 år. Risikoen for at få et kombineret syns- og hørenedsættelse stiger altså kraftigt med alderen. Det svarer til, at der i Danmark lever over 10.000 ældre med en kombineret høre- og synsnedsættelse, som giver dem alvorlige problemer i dagligdagen.

Lige præcis de kognitive færdigheder, der svækkes ved demens, er nødvendige for at kunne kompensere for sin funktionsnedsættelse, når man har erhvervet døvblindhed.

Fælles karakteristika ved demens og døvblindhed

Det er helt almindeligt, at mennesker med erhvervet døvblindhed som konsekvens af døvblindheden og den energi det kræver at se, høre og følge med, bl.a. kan have svært ved at huske, at skelne personer fra hinanden, at orientere sig i tid, sted og rum, at opfatte hvad der bliver sagt, at holde sig opdateret i dagligdaginformationer. Konsekvensen kan desuden også være, at de nedsætter deres aktivitetsniveau, trækker sig fra sociale sammenhænge og kan mistolke synsindtryk eller opleve hallucinationer. Også nedtrykthed og egentlig depression kan forekomme. Dette er alle karakteristika, der også kan opleves hos mennesker med demens.

Det kan derfor være vanskeligt at opdage tidlige tegn på demens hos ældre med erhvervet døvblindhed, lige som den ældre fejlagtigt kan tolkes som værende dement, uden at der foreligger en diagnose. Den ældre selv eller pårørende kan være urolig for, om han/hun er ved at blive dement.

Omvendt skal man i lige så høj grad være opmærksom på udvikling af både syn-, høre- eller dobbelt sansestab hos mennesker, der er ramt af demens. Hvis man som dement udvikler et eller flere sansestab, vil de strategier, hjælpemidler og rutiner, man tidligere har støttet sig til i hverdagen, pludseligt ikke længere fungere. Dette kan mistolkes som en progression af demenstilstanden. Personen må i højere grad huske, f.eks. hvor han har sine ting, og hvor lokaliteter er placeret i forhold til hinanden, når han ikke længere kan se dem. Samtidig må han begynde at udføre tillærte handlinger uden hjælp fra syn og hørelse – evt. ved i højere grad at skulle anvende berøringssansen i stedet for.

Det er af afgørende betydning, at såvel kognitive problemer som sanseproblemer afdækkes hos henholdsvis ældre med sansetab eller demenstilstand, således at der bliver sat ind med en relevant kompensation og støtte. Jo tidligere denne afdækning og identificering finder sted, desto bedre udgangspunkt er der for dette.

Udredning af demens hos mennesker med erhvervet døvblindhed

En vigtig del af udredningen af demens indebærer testning af kognitive funktioner. Udredning af kognitive funktioner hos mennesker, der er døvblinde, kan være problematisk, idet gængse test såsom Minimal Mental State Examination (MMSE) og andre neuropsykologiske testbatterier kræver funktionelt syn og hørelse.

Kontaktpersonordningen

Kontaktpersonordningen er beskrevet i § 98 i den danske Lov om Social Service, hvor der står: *Kommunalbestyrelsen skal i fornødent omfang tilbyde hjælp i form af en særlig kontaktperson til personer, som er døvblinde.*

Hensigten med kontaktpersonordningen er at give voksne med erhvervet døvblindhed mulighed for at få en særlig form for hjælp. Den hjælp kan være med til at bryde menneskers med døvblindheds isolation og bidrage til, at mennesker med døvblindhed på trods af deres meget svære kommunikationshandicap og massive ledsagebehov kan leve så normalt som muligt.

Man har ret til kontaktpersonordning, såfremt man er fyldt 18 år, og såfremt man kan betegnes som værende døvblind jf. definitionen på døvblindhed. Der er ingen øvre aldersgrænse i forhold til at kunne få kontaktperson. Hvorvidt man er berettiget til og kan profitere af kontaktpersonordningen, vurderes som oftest i et samarbejde mellem døvblindkonsulenten, borgeren og kommunen.

Socialstyrelsen deltager i øjeblikket i et udviklingsprojekt om udviklingen af et taktilt tilgængeligt neuropsykologisk testbatteri. Testbatteriet forventes at kunne fungere som supplement til eksisterende test og undersøgelser i demensudredningen hos netop ældre mennesker med erhvervet døvblindhed. Testbatteriet er under udvikling og er endnu ikke taget i brug.

Støttemuligheder for mennesker med erhvervet døvblindhed

Hvis man lever med erhvervet døvblindhed, kan man have stor gavn af at få kontakt til en døvblindekonsulent. Døvblindekonsulentordningen er forankret hos Center for Døve og er landsdækkende. Døvblindekonsulenterne rådgiver både borgere, pårørende og fagfolk om erhvervet døvblindhed og relevante støttemuligheder som f.eks. kontaktpersonordningen, samt om særlige kompenserende tiltag i forhold til den enkeltes kombinerede sansetab. (www.cfd.dk/RAADGIVNING/Dovblindekonsulenter.aspx)

Har man syn og/eller hørenedsættelse, eller er man i tvivl om det, er det vigtigt at blive udredt hos henholdsvis øjen- og ørelæge, som ligesom døvblindekonsulenten, kan hjælpe med at få kontakt til syn og hørerådgivningen i kommunen eller regionen medblik på udredning af behov for bl.a. syn og høretekniske hjælpemidler, belysning mm.

Foreningen Danske Døvblinde er en brugerforening, der arbejder for bedre forhold for mennesker, der er døvblinde. Foreningen arrangerer endvidere kurser og klubaktiviteter for mennesker med erhvervet døvblindhed. (www.fddb.dk)

Relevante links

På socialstyrelsens hjemmeside www.Socialstyrelsen.dk/handicap/erhvervet-dovblindhed kan du læse mere om erhvervet døvblindhed hos ældre. Du kan hente information om for-

skellige muligheder for støtte, og du kan downloade eller bestille gratis publikationer og artikler om aldersrelateret erhvervet døvblindhed og om kommunikation med ældre med erhvervet døvblindhed.

På Socialstyrelsens hjemmeside kan du ligeledes finde information om:

synshandicap: www.Socialstyrelsen.dk/handicap/synshandicap
hørehandicap: www.Socialstyrelsen.dk/handicap/horehandicap
samt om demens: www.Socialstyrelsen.dk/aeldre/demens

Yderligere oplysning:

Trine Skov Uldall

Faglig konsulent – erhvervet døvblindhed
Videnscenter for Handicap, Hjælpemidler og Socialpsykiatri - Socialstyrelsen

Tlf.: 41 73 08 46

e-post: tul@socialstyrelsen.dk



Foto: Jørn Kildall & www.foto-arkiv.dk
© Træet på Slaggård Banke, 2008

Demens og nedsat syn – en særlig udfordring

Kombinationen af sansetab og en kognitiv funktionsnedsættelse som demens byder på særlige udfordringer. Denne artikel giver et overblik over nogle videnressourcer og handlemuligheder.

Der er mange former for aldersrelaterede funktionsnedsættelser. For synets vedkommende, er der flere store folkesygdomme, der hyppigst rammer ældre mennesker. Disse øjensygdomme, og deraf følgende svagsyn eller blindhed, er alvorlige funktionsnedsættelser, som vil påvirke det enkelte menneskes hverdag med hensyn til læsning, tv-sening, kommunikation, mobilitet og deltagelse i aktiviteter.

For flere af øjensygdommene gælder, at de er snigende – det vil sige, at synsnedsættelsen udvikler sig over tid. Det betyder, at personen selv samt pårørende eller plejepersonale ofte ikke bemærker øjensygdommen, eller erkender den meget sent i forløbet. Derfor bør ældre jævnligt have en synsundersøgelse hos en optiker eller en øjenlæge. Hvis der er kendskab til øjensygdomme i familien, er det en ekstra grund til opmærksomhed, fordi der er mulige arvelige forhold.

I forhold til synshandicap hos ældre mennesker skal der naturligvis også være fokus på høresansen. Hvis en person med en synsnedsættelse også har et ubehandlet høretab, påvirker det evnen til kommunikation og deltagelse. Når øjenlægen har stillet diagnosen for

en given øjensygdom, og sundhedsvæsenets behandlingsmuligheder er udtømte, er det afgørende, at den ældre synshandicappede samt dennes pårørende og plejepersonale får kontakt til en synskonsulent, som kan rådgive den ældre person, pårørende og personale om rehabiliterende indsatser og muligheder. Find nærmeste synskonsulent her: www.socialstyrelsen.dk/handicap/synshandicap/synsradgivning

Hyppighed af synshandicap

Som ovenfor nævnt er der aldersrelaterede synsproblemer, som er relateret til øjets aldringsproces. Antallet af blinde og stærkt svagsynede er derfor markant stigende i aldersgruppen over 70 år. I aldersgruppen 80 – 90 år er der over 25.000 svagtseende og blinde. Den årlige tilvækst i dette aldersinterval er ca. 4000 personer. Den hyppigste årsag til synsvanskeligheder er forandringer på nethinden (AMD og nethindelosning). Disse synsnedsættelser udgør næsten en tredjedel af alle tilfælde. Derudover er synsproblemer som følge af diabetes og grøn stær (glaukom) med ca. samlet 15 %. Hertil kommer andre årsager som følgevirkning af blodprop, hjerneblødning, kræft eller traume i hjernen og øjnene.

Kombinationen af demens og sansetab er en stor udfordring, bl.a. fordi de to typer af funktionsnedsættelse på samme tid kan sløre og forstærke hinanden.

De kan sløre hinanden, fordi det kan være svært for omverdenen at afgøre, om kommunikationssvigt eller tab af funktionsevne skyldes det ene eller det andet aspekt. Og de kan forstærke hinanden, fordi det selvsagt bliver vanskeligere at finde mening i det, man oplever, når både det synsmæssige indtryk og den kognitive bearbejdning af det er svækket.

Endelig kan de diagnosticerede funktionsnedsættelser komme til at fylde så meget i billedet, at de skygger over andre mulige årsager til tab af funktionsevne eller initiativ, f.eks. depression eller andre fysiske sygdomme.

En særlig udfordring for ældre med et aldersbetinget sansetab er, at de skal omstille sig og tilegne sig nye færdigheder for at kompensere for sansetabet – og generelt er netop omstilling og det at tilegne sig ny viden og færdigheder særlig svært for en person med demens.

Gør hverdagen overskuelig

På den internationale AER-konference i Chicago i 2008 præsenterede to amerikanske synspædagoger Marshall Flax og Don Golembiewski et bud på, hvordan man i praksis kan gribe denne udfordring an. De understregede, at de ikke betragtede sig som eksperter, men at de valgte at holde foredraget, fordi der var så lidt dokumenteret viden om netop denne problemstilling.

Foredraget byggede dels på en litteratursøgning (med begrænset resultat), dels på interview med fagfolk om deres mere eller mindre vellykkede bestræbelser på at styrke synshandicappede dementes selvstændighed og funktionsniveau.

Hovedpointen i de indsamlede erfaringer er, at demens gør det svært at overskue og træffe valg i komplekse sammenhænge. Derfor er det afgørende at minimere "støj" og øge overskueligheden. I praksis kan man f.eks. placere krydderier til mexicansk mad i én plasticbøtte og krydderier til bagning i en anden – og rydde ud i samlingen af grydeskeer ved siden af komfuret.

I det hele taget er overskuelighed et nøgleord, og det gælder både den fysiske indretning og planlægningen af dagens og ugens forløb.

Opsporing og udredning

Hvordan afdækkes alvorlig synsnedsættelse hos borgere med demens? Første overvejelse er at fremskaffe viden om borgernes syn. Bruger vedkommende brille/kontaktlinser, hvad er synsstyrken, og især hvornår er borgen sidst undersøgt hos optiker eller øjenlæge? Er der konstateret øjensygdomme, er der arvelige øjensygdomme i familien? Ud fra disse basisinformationer skal det vurderes, om en synsprøve eller en øjenundersøgelse skal aftales for at have bedst mulige viden om synsevnen hos den enkelte borger.

Observation af adfærd som kan indikere nedsat syn:

- Angst for at færdes alene – også i kendte omgivelser
- Kan ikke genkende ansigter på i forvejen kendte personer
- Farer vild i kendte omgivelser
- Støder ind i møbler m.m. snubler og falder
- Kan ikke finde ting på bord eller tabte ting på gulvet
- Vælter kopper eller andre genstande ved måltider, søger efter maden med fingeren i stedet for med bestik
- Vil sidde tættere på tv eller bliver uinteresseret i tv, læsning, billeder, håndarbejde, hobbyarbejde
- Vil have meget lys – eller undgår stærkt lys (blænding)
- Udvikler stereotyp adfærd – fx røken
- Blive aggressiv evt. selvskadende ved at slå sig selv på øjnene

Specialrådgivning om synshandicap

Hvis der konstateres et alvorligt synshandicap, som ikke kan kompenseres med almindelig optik, bør der via demenskoordinatoren eller anden fagperson i kommunen rekvireres rådgivning og vejledning hos en synskonsulent. Synskonsulenten kan vejlede om kompenserende hjælpemidler, indretning og belysning, mobilitet m.m.

Synskonsulentvejledning for voksne og ældre vil typisk kunne findes i et kommunikationscenter i egen kommune eller region. Se adresseoplysning ovenfor.

Hvad kan den fagprofessionelle demenspleje og –kontaktperson gøre?

- Anerkende og formidle vigtigheden af at få udrett synet hos borgere med demens
- Give sig god tid til at støtte den demente med synsproblemer og arbejde for at beskytte borgerens autonomi og værdighed



- Koordinere samarbejdet med synskonsulenten og dele information og viden med kollegaer
- Formidle konsistent og klar instruktion i form af tale og lydmedier, som medinddrager borgerne med synsvanskeligheder

Supplerende læsning og links

Om de hyppigste synshandicap hos ældre
www.socialstyrelsen.dk/handicap/erhvervet-dovblindhed/publikationer/nyt/2011/nr.-2/aeldre-og-synshandicap.-hyppige-ogensygdomme-behandlings-

og-rådgivningsmuligheder

Information om øjensygdomme, synshjælpemidler m.m.

www.vos.dk

Britiske forskningsoversigter: Det britiske forsknings- og formidlingscenter Pocklington Trust har siden 2005 udgivet oversigter over forskning om demens og synshandicap. Find dette og mere om demens og syn på www.pocklington-trust.org.uk/news/news/news_channels/dementiaquestionnaire

Yderligere oplysning:

Bendt Nygaard Jensen

Faglig konsulent – synshandicap

Tlf: 41 73 08 00

E-post: bnj@socialstyrelsen.dk

www.socialstyrelsen.dk/handicap/synshandicap

Foto: Hans-Henrik Tofft & www.foto-arkiv.dk ©
"Redningskransen på Hornbæk strand"

Musik og musikterapi til demensramte

Plejepersonale, der anvender musik og musikterapeutiske teknikker, kan forbedre demensramtes livskvalitet og forebygge problemer i samarbejdet med demensramte.

Musikterapi er en ung profession i Danmark – uddannelsen har kun eksisteret i ca. 30 år på Aalborg Universitet – og selvom der på verdensplan er god evidens for at musikterapi kan reducere en del af de BPSD (behavioural and psychological symptoms of dementia) som mange demensramte får, er det kun et fåtal af de danske kommuner, der tilbyder musikterapi som behandling til demensramte. Imidlertid kan der også være en stor gevinst i, at plejepersonale lærer at anvende musik og musikterapeutiske teknikker målrettet i hverdagen. Min egen første erfaring med dette fik jeg længe før, jeg blev uddannet musikterapeut:

En ældre dement og psykisk syg dame er indlagt på medicinsk afdeling, hvor jeg er sygeplejerske. Hun modsætter sig kategorisk at komme i bad gennem mange dage. Da det en dag er min tur til at forsøge, starter jeg med at finde hendes kjole frem fra skabet og vise den til hende. Kjolen er mønstret i mange farver, og for at fange hendes opmærksomhed, finder jeg på at synge: "Se min kjole, den er mange farver....". Helt uventet reagerer hun med at smile og rejser sig op og kommer hen mod mig. Jeg tager hende i hånden og med kjolen i den anden hånd, følges vi ud i badeværelset, mens jeg stadig synger. I badeværelset fortsætter jeg med flere vers af sangen, mens jeg går i gang med at give hende et bad. Hun samarbejder uden kommentarer, indtil jeg en kort tid holder inde med sangen. Så begynder hun at skriges så højt, at mine kolleger kommer farende. Jeg forstår, at hun ønsker jeg skal blive ved at synge. Jeg fortsætter med at gentage så mange vers af sangen, jeg kan komme på, indtil badet er overstået, og hun sidder nyvasket og fin i sin kjole.

Hvordan virker musik og musikterapi?

Musikkens virkningsmekanisme er endnu ikke fuldt udforsket, men det står fast, at musik virker ind på demensramtes fysiologi, adfærd og psyke. Der er påvist effekt på appetit, hormonregulering og centralnervesystem samt på bevidsthedsniveau, kommunikation, følelsesliv og evne til samarbejde i plejesituationer.

I USA (1) har et forsøg vist, at en gruppe demensramte på plejehjem var mindre apatiske og spiste mere end en kontrolgruppe, når der blev spillet velkendt musik før måltidet. I den danske bog "Musik og demens" (2) gennemgår Ridder litteratur, der forklarer, hvordan afslappende musik, kan virke beroligende ved at nedsætte mængden af stresshormoner og desuden styrke immunsystemet. Det gennemgås, hvordan aktiverende musik har indvirkning på centralnervesystemet, og f.eks. kan aktivere muskelgrupper og synkronisere dem med rytmen og derved stimulere til bevægelse. Ridder gør også rede for, hvordan musik, der henholdsvis afslapper og aktiverer, kan anvendes til at regulere en dement persons arousalniveau (samlet betegnelse for årvågenhed, parathed til at reagere m.v.). Via musik kan personen hjælpes til det arousalniveau, hvor han eller hun er mest opmærksom på sine omgivelser og derved bliver bedst i stand til at kommunikere. Endvidere gennemgår Ridder, hvordan genkendelig musik kan knytte an til følelser og erindringer og derved nå den demensramte på det følelsesmæssige plan. Dette giver mulighed for at udtrykke og anerkende følelser uden brug af ord og derved arbejde psykodynamisk, også hos personer, der ikke længere mestrer sprog og kognition og derfor ikke kan drage nytte af almindelig psykoterapi.

I Sverige har sygeplejeforskning (3, 4) vist, at når plejepersonale synger under morgenplejen, samarbejder den demensramte bedre, bliver i bedre humør, får mindre stress og større evne til at være selvhjulpne. I tilfælg angav plejepersonalet, at de brugte mindre magt

og at deres arbejdsmiljø blev forbedret. Dette kaldes for musikterapeutisk pleje. I mit eget kandidatstudie (5) undersøgte jeg virkningen af musikterapi og plejepersonalets brug af musik og musikterapeutiske teknikker tilsammen, og fandt at dette kan bevirke et fald i behov for magtanvendelse og i risiko for arbejdsskader.

Hvordan kan plejepersonale udnytte musikkens virkninger?

Plejepersonale kan anvende musik i det Ridder (2) kalder "terapeutiske aktiviteter" dvs. individuelle aktiviteter, der har til hensigt at nå specifikke mål og er tilrettelagt ud fra en konkret vurdering af den enkelte, eller som gruppeaktivitet i et dagtilbud eller boafsnit. Der kan desuden med fordel arbejdes med at bruge musik målrettet i det generelle lydmiljø. Det er dokumenteret (6), at brug af musik som den demensramte kender og foretrækker, virker bedst. Det er desuden dokumenteret (7), at "levende musik" i form af, at der bliver sunget for, eller sammen med den demensramte, virker bedre end musik, der bliver afspillet på CD; men afspillet musik er bestemt ikke uden virkning, hvilket der også er evidens for (6). Det er tillige dokumenteret (7), at det ikke er sangerens kvalifikationer som sanger, men intentionen og evnen til at kommunikere med sangen, der har betydning for virkningen. At kommunikere med sang betyder, at den demensramtes opmærksomhed vækkes og fastholdes via både sang, kropssprog og øjenkontakt, og at der er en fælles oplevelse af gensidighed og ægte kontakt.

Hvis man som plejepersonale vil arbejde med musik, vil det derfor være en god ide at sikre sig viden om personens musiksmag – f.eks. i form af en "musikalsk livshistorie" – og synge, fløjte, nynne eller tralle for eller sammen med personen, og /eller anskaffe den foretrukne musik på CD. At nynne eller tralle vil oftest være at foretrække, fordi det kan gøres af de fleste, uden forberedelser, uden brug af hjælpemidler og let kan afpasses efter situationen. At synge teksten vil også være godt, hvis den demensramte kender den og evt.

Musik, der virker afslappende, er kendetegnet ved:

- langsomt og stabilt tempo
- ensartet rytme
- harmonisk og forudsigelig melodi
- blid klang, der leder tanken hen på vuggesang

Danske sange med solist eller kor og et enkelt akkompagnement er et godt eksempel.

Musik, der virker aktiverende er kendetegnet ved:

- et livligt tempo
 - hurtig rytme – gerne markeret af trommer
 - afveksling i instrumentering, sang, melodi, rytme og toneleje
 - klang der giver lyst til at danse eller bevæge sig
- Gamle danske evergreens med orkester og solist er et godt eksempel.

kan synge med på den. Hvis ikke, må man være opmærksom på, at ord også kan forvirre. Det vil desuden kræve opmærksomhed fra plejepersonalets side at huske teksten, hvilket kan være på bekostning af kommunikationen, især hvis der samtidig foregår plejeopgaver. Alternativt kan musikken spilles på CD, evt. i kombination med at der synges, nynnnes eller tralles.

Man må desuden gøre sig klart, hvilken virkning man ønsker at opnå, f.eks. at berolige eller aflede, at aktivere eller styrke bevægelse, at stimulere sanser og livsglæde og så vælge musikken efter dette. Det er også vigtigt at have en vis tålmodighed – ting lykkes ikke altid de første gange, og det kan være nødvendigt at opøve en vis 'musikalsk situationsfornemmelse' fra plejepersonalets side.

Målttede aktiviteter

At synge, nynne eller tralle under personlig pleje kan virke beroligende så konflikter forebygges, eller det kan aktivere personen til at være mere selvhjulpne. Det kan være en god ide at starte med at synge inden arbejdet starter og konsekvent bruge sang hver dag – ikke kun

de dage hvor der er problemer - så den demensramte opfatter sangen som et genkendeligt signal til, at der skal ske noget kendt og behageligt. Det vil desuden være hensigtsmæssigt, at indlede med *den samme sang* hver dag for at styrke genkendeligheden.

Sang eller nynnen kan også anvendes til at guide en demensramt fra et sted til et andet, f.eks. når den demensramte ikke forstår det hensigtsmæssige i at blive ført fra 'usikkert terræn' til mere sikkert område. Også her kan det være aktuelt at bruge stille nynnen til at dæmpe stress eller en frisk march f.eks. "Dengang jeg drog afsted" til at stimulere gangfunktionen. Situationen og den demensramtes stressniveau afgør sangvalget, og det kan ændre sig undervejs i situationen. Igen gælder det om at udvise situationsfornemmelse og aflæse og svare via kropssprog.

Musik kan være indholdet i planlagte 'kontaktøer' i løbet af dagen, hvor plejepersonale i en "en til en situation", hjælper den demensramte til at føle tilknytning og få opfyldt psykosociale behov. Her vælges musikken, efter hvilke behov den demensramte har. Man kan lytte til stille musik og holde i hånd, synge sammen og klappe eller trampe takten, man kan danse eller tale om minder fremkaldt af musikken. Kun fantasien og hvad den demensramte finder behageligt, sætter grænser.

Musik kan også være omdrejningspunkt i samvær med andre, f.eks. medbeboere og pårørende. Her kan formålet være både almen livsglæde og at skabe en følelse af inklusion og gruppesammenhold ved at arbejde med sociale interaktioner beboerne imellem. Fællessang er en genkendelig og elsket aktivitet for de fleste. Den kræver ikke meget, udover en tovholder, der kan fungere som forsanger. Gode sangbøger er godt, men kan også forvirre, og give følelse af utilstrækkelighed, hvis den demensramte ikke længere forstår at bruge den. Her kan der sættes på sange med omkvæd, som ældre husker udenad, som f.eks. "Det var på Fredriksberg" eller "Gå med i lunden" og så tralles på verset.

"Syng med til det sidste" er to CD'er med akkompagnement til fællessang.

1 CD med akkompagnement til 18 danske sange

1 CD med akkompagnement og forsanger til de samme 18 sange

Hastighed og toneleje specielt afpasset til brug ved fællessang med ældre. Er produceret af musikterapi-studerende ved Aalborg Universitet. Kan revideres mod fremsendelse af frankeret svarkuvert. Henvendelse til kic@hum.aau.dk

Sange, hvor teksten gentages, som f.eks. "Det var en lørdag aften" eller "En jæger gik at jage" vil også egne sig, ligesom gamle sanglege som 'Skomagerpolka' hvor man bevæger sig til musikken, er et godt valg. Det er en fordel med musikakkompagnement, men hvis ingen spiller et instrument, er det en mulighed at klappe eller trampe takten eller bruge enkle rytmeinstrumenter. Der findes også en CD med musikledsagelse til fællessang, specielt beregnet til plejehjem, udviklet af musikterapistuderende. Den er gratis og kan rekvireres mod betaling af forsendelsen. Bogen "Musik i øjeblikket" (8), som i øvrigt anmeldes senere i dette nyhedsbrev, giver en del andre eksempler på musikaktiviteter, som både plejepersonale og pårørende kan stå for.

Lydmiljø

Det daglige lydmiljø har stor betydning for den demensramtes velbefindende, og det kan derfor være en god gevinst, målrettet at tilrettelægge lydmiljøet i fællesarealerne i et bofællesskab. Et TV apparat, der altid står tændt eller en radio, der konstant udsender nyheder og ikke genkendelig musik, samtidig med støj fra f.eks. opvaskemaskine, kan overstimulere sanserne og medvirke til at øge urolig og omkringvandrende adfærd. Omvendt kan velovervejet brug af musik i fællesarealerne være med til at øge velbefindende. Bestemte typer musik på bestemte tider af dagen, kan være med til at give en genkendelig dagsrytme. Aktiverende musik

evt. kombineret med dans eller gymnastik øger opmærksomhedsniveauet og stimulerer krop og appetit. Det er velegnet før måltiderne og på tider, hvor den demensramte gerne skal være vågen. Stille, beroligende musik derimod, er velegnet til tider på dagen, hvor der tilstræbes afslapning, eller hvor der er tendens til, at der opstår uro. Musikken skal startes mindst en halv time før, uroen sædvanligvis opstår, for at virke forebyggende. Hvis uro først er opstået, kan selv beroligende musik på CD være for stærk stimulation. Her kan man i stedet forsøge med stille nymmen evt. i kombination med blid berøring af f.eks. hånd eller arm, hvis den demensramte bryder sig om det.

Ovenstående forslag må opfattes som generelle ideer til inspiration. En musikterapeut med erfaring på demensområdet, kan vejlede plejepersonalet nøjere i individuelle situationer, og kan også give musikterapi. Musikterapeutisk behandling er relevant ved BPSD, hvor der ikke er fundet somatisk årsag til generne, og hvor socialpædagogiske tiltag heller ikke har løst problemerne.

Hvad er musikterapeutisk behandling?

I musikterapi arbejdes via kropssprog og mange forskellige musikalske udtryk som sang, spil på instrumenter og musiklytning. Det er en meget velegnet form for psykoterapi til personer med demens, fordi den er uafhængig af det talte sprog og evnen til kognitivt at bearbejde en problemstilling. Målet er at skabe en forandring, f.eks. reduktion af de-

pression, uro eller agitation, at træne evne til kommunikation, socialt samspil og bevægelse eller skabe afslappelse og tryghed. Målet kan også være at udvikle værktøjer eller særlige kommunikationsteknikker, som videregives til plejepersonalet til brug i vanskelige plejesituationer og / eller som forebyggelse af magtanvendelse.

Terapien kan foregå både individuelt og som gruppeterapi med f.eks. medbeboere og gerne i samarbejde med plejepersonale eller pårørende, afhængig af hvilken problemstilling, der arbejdes med. Det terapeutiske arbejde hos demensramte sigter på at opfylde de psykosociale behov, som er beskrevet af Kitwood (9): identitet, tilknytning, inklusion, beskæftigelse og trøst. Der arbejdes især med interaktionerne validering, omfavelse og facilitering, som Kitwood beskriver som de terapeutiske interaktionsformer. Andre interaktioner kommer naturligvis også i spil. I musikterapi anses ethvert lydligt eller nonverbalt udtryk, positivt såvel som negativt, for et vigtigt udtryk for den demensramtes indre følelsesliv. At lytte til, understøtte og anerkende den demensramtes udtryk, er derfor et vigtigt omdrejningspunkt i terapien, og giver den demensramte mulighed for at dele sit indre følelsesliv med en anden, i en terapeutisk relation.

Musikterapi gives typisk i sessioner af 30 til 40 minutter én eller flere gange om ugen. I løbet af de første 2 -4 sessioner vurderer musikterapeuten situationen og opstiller mål for forløbet samt fastsætter

tidspunkt for evaluering af målene. På nuværende tidspunkt er det kun et fåtal demensramte i Danmark, som får tilbud om musikterapi. Forskningsresultater både i Danmark og udlandet har dog vist, at musikterapi kan medvirke til at afhjælpe problemer med udfordrende adfærd hos demensramte, og udgør derfor et relativt uudnyttet potentiale i omsorgen for demensramte.

Litteratur

1. Moore, J.R. (2010): Familiar Pysical Activity to Familiar Music: The effects on Apathy, Agitation, Eating Ability, and Dietary Intake in institutionalized Older Adults with Dementia. Phd studie. University of Massachusetts.
2. Ridder, H.M.O. (2005): Musik og Demens. Klim. Århus.
3. Hamar, L.M., Emami, A., Götell, E., Engström, G.(2010): The impact of caregivers' singing on expressions of emotion and resistance during morning care situations in persons with dementia: an intervention in dementia care. I: Journal of Clinical Nursing. Blackwell Publishing Ltd. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03386.x
4. Hamar, L.M., Emami, A., Engström, G., Götell, E.(2011): Finding the key to communion – Caregivers' experience of 'music therapeutic caregiving' in dementia care: A qualitative analysis. I: Dementia [http://](http://dem.sagepub.com/content/early/2011/01/04/1471301210392994)

5. Hyldgaard, Aa. (2011): Musikterapi og demens- forebyggelse af magtanvendelse og arbejdsskader. Kandidatstudie. Aalborg Universitet.
6. Sung, H. & Chang, A. (2005): Use of preferred music to decrease agitated behaviours in older people with dementia: a review of the literature. I: Journal of Clinical Nursing 14, s. 1133 – 1140.
7. Chatterton, W., Baker, F., Morgan, K. (2010): The singer or the singing: who sings individually to persons with dementia and what is the effects?. I: American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias. Dec 01; 25 (8): 641-9 (78 ref).
8. Laursen, I.H., Bertelsen, M. B. (2011): Musik i øjeblikket. Unitas. Frederiksberg.
9. Kitwood, T. (1999). En revurdering af demens. Frederikshavn: Dafolo Forlag.

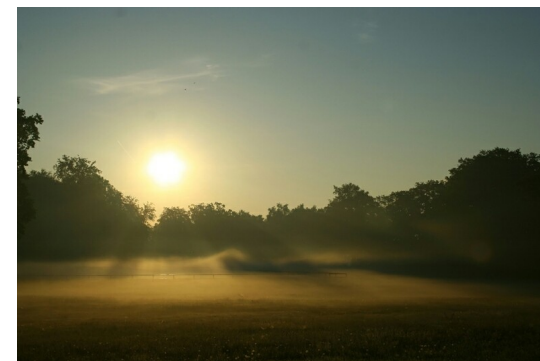


Foto: Steen Weile & www.foto-arkiv.dk © "Morgentåge" (Sverige)

Boganmeldelse: Musik i øjeblikket - en håndbog om musik i ældreplejen

'Musik lyder som følelser føles'. Så præcist kan det siges. På plejehjem er musikken således et middel til at stimulere oplevelsen af at være i live som menneske.

Sådan lyder det i forordet til Lise Høy Lauersen og Maria Blum Bertelsens nye bog 'Musik i øjeblikket - en håndbog om musik i ældreplejen'. Lad mig straks slå fast: Det er en dejlig bog, som jeg har nydt at læse! Små 100 sider med læsevenlig tekst, delt op i korte, overskuelige afsnit, masser af dejlige billeder og en DVD med små klip fra praksis. Samlet er det både en inspirerende og nyttig læseoplevelse. I fire små kapitler kommer bogen rundt om hvordan musik indvirker på hjernen, hvordan musik kan bruges som struktureret aktivitet for ældre med demens, små klienthistorier der illustrerer det, samt et afsnit med konkrete anvisninger på, hvordan musikaktiviteter kan gribes an af plejepersonale og pårørende. Endda et lille afsnit med gennemgang af forskellige rytmeinstrumenter, er der blevet plads til.

I kapitel 1 forklares, hvorfor musik er velegnet som supplement i plejen til demensramte. Kompliceret teori om musik og hjernens fysiologi er via en planche gjort overskuelig og let forståelig. Det følges op af et afsnit, der giver en indføring i, hvordan musik kan bruges i demensplejen, og hvorfor musik er velegnet i dagligdagen med demensramte. Kapitlet slutter med to små afsnit

om musikkens betydning for identitet og for bevidsthed. De sætter fint det foregående afsnit i et eksistentielt perspektiv.

Kapitel 2 fokuserer på musik som kommunikation i forskellige former, som ramme for fællesskab, reminiscensarbejde og leg, samt musik som udtryksform. Samlet giver kapitel 1 og 2 læseren en rigtig god baggrund for at forstå emnet både teoretisk og konkret, da teorien igen og igen relateres til forfatterens egne praktiske erfaringer.

Kapitel 3: 'De ældres oplevelser' består af små vignetter og cases fra et års projekt om musik og reminiscens, som forfatterne har stået for på plejehjemmet Salem i Gentofte. Der skildres både fællesaktiviteter og individuelle aktiviteter. Som inspirationskilde synes jeg, dette kapitel er nærmest genialt. Der er et væld af gode eksempler og refleksioner, der taler både til hovedet og til hjertet, uden dog at miste sagligheden. De fine billeder i bogen og de små klip på den medfølgende dvd, gør det hele meget konkret, og tilsammen udgør det super god formidling af musik i dagligdagen med demensramte.

Bogen slutter med forslag til musikaktiviteter, som plejepersonale og pårørende selv kan stå for: Fællessang, musiklytning, musikquiz, musikaktivitet ved besøg af pårørende, brug af musik i plejesituationer og brug af rytmeinstrumenter, fulgt op af et lille afsnit om for-

skellige instrumenter, forsynet med gode billeder. De forskellige aktiviteter er beskrevet i afsnit, der er ensartet bygget op som en håndbog, og jeg synes, de er godt og praksisnært beskrevet og velegnede som inspiration for dem, der har mod på selv at gå i gang.

Bogens enkelhed er dens store styrke, men i håndbogsdelen bliver det også til en svaghed. Jeg kunne godt have brugt, at nogle af anvisningerne var lidt mere nuancerede. Flere gange står der 'sørg for at have gode og dækkende sangbøger til rådighed' uden at forfatterne kommer ind på det faktum, at mange demensramte ikke er i stand til at benytte en sangbog, og hvad man så kan gøre i disse situationer. Forfatterne kommer heller ikke ind på, at demensramte med afasi kan have svært ved at forholde sig til tekst og blive overstimulerede, og hvordan man kan forholde sig her.

I afsnittet: 'Musikredskaber i plejen' behandles situationer med personlig hygiejne og gang fra et sted til et andet, under et. Målgruppen er beboere, der er udadreagerende, utrygge og urolige. Det bliver forkert for mig, når der længere nede i afsnittet anbefales 'vælg gerne sange, der kan stimulere'. Dette kan meget vel være godt ved gang og i andre situationer, hvor man ønsker at stimulere til aktivitet, men f.eks. i plejesituationer med udadreagerende beboere, vil der være risiko for overstimulering. Her er der måske mere brug for

stille nynnen eller musik, der beroliger. Ideen bag bogen er, at være en inspirationsbog og et stykke konkret værktøj for pårørende og plejepersonale. Jeg synes bestemt, bogen lever op til sin ide: Den er et kildevæld af inspiration og på trods af små mangler i håndbogsdelen, er den et godt og brugbart værktøj. Den er gennemsyret af ægte engagement både for musik, demensramte og for tværfaglighed. Sammen med godt 'boghåndværk' – et enkelt sprog, gode illustrationer og en stram disposition - er det en bog, der får sit budskab klart frem.

Alle med interesse for demensområdet kan have glæde af bogen og jeg kan især anbefale den til det tværfaglige omsorgs- og plejepersonale, pårørende, musikere og frivillige, der arbejder med demensramte. Beslutningstagere indenfor demensområdet kan bestemt også have glæde af at læse bogen. De burde nærmest få den forærende!

God læse-fornøjelse.

Lise Høy Lauersen og Maria Blum Bertelsens: 'Musik i øjeblikket - en håndbog om musik i ældreplejen'.

Bogen er udgivet december 2011, på 95 sider og koster 149 kr.

Den er udgivet af Unitas Forlag og kan rekvireres via www.unitasforlag.dk

Generalforsamling i DKDK

Der indkaldes hermed til ordinær generalforsamling i DemensKoordinatorer i Danmark:

Torsdag d. 13. september 2012
Kl. 16.15 – 17.45
På Hotel Nyborg Strand
Østerøvej 2
5800 Nyborg

Ifølge vedtægter for DKDK skal generalforsamlingen varsles med mindst tre uger. Indkomne forslag skal være sekretariatet i hænde senest én måned før generalforsamlingen. Der kan kun stemmes ved personligt fremmøde på generalforsamlingen.

Dagsordenen for generalforsamlingen skal mindst omfatte:

- 1: Valg af dirigent, stemmetællere og referent
- 2: Bestyrelsens beretning
- 3: Forelæggelse og godkendelse af regnskab
- 4: Budget
- 5: Fastsættelse af kontingent
- 6: Indkomne forslag
- 7: Valg af formand (i lige år)
- 8: Valg af bestyrelsesmedlemmer og suppleanter
- 9: Valg af revisor
- 10: Eventuelt

Desuden skal den årlige ordinære generalforsamling drøfte forslag til demenstemaer for det følgende år. Følgende bestyrelsesmedlemmer er på valg:
Ane Eckermann – villig til genvalg som formand
Gitte Kirkegaard – villig til genvalg til bestyrelsen
Lone Vasegaard – villig til genvalg til bestyrelsen
Begge suppleanter er på valg
Bestyrelsen opfordrer til, at nye kandidater melder sig til bestyrelsesarbejdet.

Bestyrelsen indstiller, at kontingentet fastholdes til 200 kr. årligt.

Tilmelding til generalforsamlingen er ikke nødvendig. Der udleveres adgangskort i deltagermappe til Årskursus. Medlemmer, der ønsker at deltage i generalforsamlingen og ikke er tilmeldt årskurset får adgangskort ved indgangen.

Bestyrelsens beretning lægges på DKDKs hjemmeside under punktet generalforsamling. Beretningen kan der læses fra senest d. 1. september 2012.

Regnskab og budget udsendes til medlemmer sammen med bekræftelse til Årskurset. Øvrige medlemmer, der ønsker regnskab og budget tilsendt, kan rekvirere dette i sekretariatet.

På bestyrelsens vegne
Marianne Lundsgaard

AktivitetsKalender 2012

Bestyrelsesmøde, Hotel Nyborg Strand
11. september

DKDK Årskursus, Hotel Nyborg Strand
12 - 14. september

DKDK Generalforsamling, Hotel Nyborg Strand
13. september

Høringssvar

DKDK har udarbejdet høringssvar over ændring af §9 i bekendtgørelse om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten. DKDK har tillige udarbejdet et høringssvar til Ældrekommissionens rapport.

På DKDK's hjemmeside er der nu oprettet et punkt til høringssvar - se www.demens-dk.dk,

Nyhedsbrevet

udgives af
DemensKoordinatorer
i Danmark
ISSN: 1603-3086

DKDK

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

Formand

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

Næstformand

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

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

Sekretariat

Faglig sekretær
Marianne Lundsgaard
ml@demens-dk.dk

Ansvarshavende redaktører

Lone Vasegaard
Kirsten Ryssing

Redaktion

Marianne Lundsgaard
Lise Sørensen

Næste nummer udkommer oktober 2012

