

Et nyt foreningsår, en ny regering og et nyhedsbrev i nye klæder



DKDK har for 18. år i træk afviklet et fagligt stærkt og velbesøgt tre-dages Årskursus. Igen i år sprang vi rekorden fra sidste år og kunne på Årskursets første dag byde velkommen til 380 deltagere, gæster og udstillere. Blandt de mange deltagere var knap 70 kommunale ledere og che-

fer, der havde takket ja til at deltage på Årskursets første dag – en dag der blev afviklet i samarbejde med Servicestyrelsen under overskriften ”Kvalitetssikring af demensindsatsen”. De kommunale ledere og chefer var inviteret, så de – sammen med deres demenskoordinator – kunne blive inspireret til den fremtidige demensindsats i kommunen.

Jeg håber, såvel ledere som demenskoordinatorer blev inspireret til øget samspil mellem ledelses- og praksisniveau. Tæt samspil er nødvendigt for at sikre såvel faglig som organisatorisk kvalitet. Tæt samspil medvirker til, at demensområdet konstant er synligt hos beslutningstagerne, hvilket kan lette faglig prioritering af ressourcer.

Forventninger til demenskoordinatorens kvalifikationer er stigende. Det skyldes ikke mindst faglige krav om bredere kompetencer og om dokumentation af effekt. Kvalitet, ak-

kreditering og bevidsthed om metoder er i dag en naturlig del af en demenskoordinators faglighed. En udfordring for os er at sikre, at kvaliteten i demensindsatsen ikke forringes, men forbedres. Noget er vi selv herre over, andet kan vi ikke påvirke. Som specialister har vi en vis autonomi og respekt i kommunerne – og det er godt. Vi skal ikke hvile på laurbærrene, men til stadighed arbejde for faglig kvalitetssikring, hvilket også indebærer at arbejde med os selv - fagligt og personligt.

Mange emner blev drøftet i hovedforedrag og seminarer, og mange erfaringer blev udvekslet i pauser og sene nattetimer. Hovedparten af dette nyhedsbrev er en faglig rapport, som fastholder pointer og viden fra årskursets hovedforedrag og seminarer.

Årskurset blev afholdt midt i valgkampen – et valg der resulterede i nye politikere på alle poster. Ny social- og integrationsminister, ny sundhedsminister og et helt nyt socialudvalg i folketinget. Vi vil, i det omfang det er muligt, komme med indspark og gode idéer til alle nyalgte folketingspolitikere.

I kommunerne arbejder kommunalpolitikere og fagfolk ihærdigt for at få budgetter til at hænge sammen – også på social- og sundhedsområdet. Det er hårde tider med nedskæringer. Vi må tænke alternativt og have øje for de bedste, såvel kendte som nye, løs-

ninger, der kan rummes indenfor den mulige ramme.

En enig generalforsamling besluttede, at DKDKs nyhedsbrev fremover udsendes elektronisk. Nyhedsbrevet udsendes i en version, der er let læselig på skærmen, og som kan printes og hæftes, og dermed læses som det hidtidige nyhedsbrev. Nyhedsbrevet vil fortsat indeholde artikler og billeder. Nyhedsbrevet udsendes pr. e-mail til medlemmer og interessevaretagere og lægges efterfølgende på DKDK's hjemmeside.

En elektronisk udgivelse stiller redaktørerne friere ift. sideantal, da det ikke er låst på et bestemt antal sider. Nyhedsbrevet vil kunne være på flere/færre sider – afhængig af stofmængde. Jeg vil opfordre jer til at indsende artikler om de spændende demensprojekter, I er en del af i kommuner og regioner.

Ane Eckermann
Formand

INDHOLD:

Årets DemensKoordinator 2011	2
Konferencerapport fra Årskursus 2011	3
Hovedoplæg	3
Seminarer	20
Generalforsamling	29

Årets DemensKoordinator 2011



Ved DemensKoordinatorer i Danmarks (DKDK) årskursus på Hotel Nyborg Strand kåredes årets Demenskoordinator for niende gang.

Prisen går til et medlem, som har ydet en særlig indsats inden for demensområdet. Indstillingen til Årets Demenskoordinator kan komme fra kolleger eller leder.

Årets Demenskoordinator 2011 går til en medarbejder, der er indstillet af sin nærmeste leder.

I anerkendelse af Bente Lauridsens særlige evne og vilje til at få nye ting til at lykkes, kåredes hun som årets Demenskoordinator 2011.

Bente blev hyldet af knap 300 kolleger samlet til Årskursus.

I tildelingen af prisen som årets Demenskoordinator har bestyrelsen i DKDK lagt vægt på, at Bente Lauridsen:

- i 2007 var medvirkende til, at Albertslund kommune fik oprettet en to-årig projektstilling som Demenskonsulent, fik sikret økonomiske midler til stillingen og selv sprang ind i funktionen.
- i 2009 sikrede, at projektstillingen blev en varig stilling – og havde modet til at tro på, at det skulle lykkes –, således at borgere i Albertslund kommune varigt kan nyde godt af den fagekspertise, det er at have en demenskonsulent til sin rådighed.
- af sin leder beskrives som et sikkert anker for den demensramte familie, samt gennem sin indsats har tjent sin egen løn ind mange gange. En medarbejder der evner at få ting til at ske og sikre varige forbedringer til gavn for borgernes velfærd.
- sørger for, at medarbejdere sikres et højt uddannelsesniveau, således at de generelle personalekompetencer hos alle ansatte er højt.
- har igangsat rådgivning, undervisning og netværk for pårørende og borgere med demenssygdom, samt udarbejdet informationsmateriale på flere sprog til kommunens mange borgere.
- har en ganske særlig evne til at kommunikere med alle. Borgere med demens og deres pårørende føler sig set og hørt, og fagfolk samt politikere forstår svære problemstillinger.

Ny hjemmeside om demens

Over 20.000 syddanskere lider af demens, og tallet er stigende. Det er baggrunden for, at Region Syddanmark sammen med regionens kommuner, de praktiserende læger og Alzheimerforeningen har etableret en helt ny hjemmeside om demens.

Hjemmesiden er både målrettet nye demenspatienter, deres pårørende og de mange fagfolk, der arbejder med mennesker med demens.

Specialeansvarlig overlæge Lene Wermuth fra Demensklinikken i Odense glæder sig over den nye hjemmeside: "Demens er en uheldbredelig sygdom, som i høj grad påvirker de pårørende. Derfor er det rigtig godt, at vi nu gør det nemt at finde viden. For eksempel kan man på hjemmesiden læse om demenssygdommene, og der er en oversigt over de mange muligheder for at få hjælp og rådgivning. Man kan også finde sin kommunale demenskoordinator, og vi er ved at opbygge en oversigt over støttegrupper og arrangementer om demens. Det betyder, at man nu har én indgang til hele demensområdet i Region Syddanmark".

Nordmænd på studietur om Marte Meo

I Fredericia Kommune bliver Marte Meo brugt i arbejdet med demente borgere. 12 nordmænd, der arbejder inden for den nationale sundheds- og ældresektor i Norge, kommer på studietur bl.a. til Fredericia i oktober. De skal have en rundvisning på en demensafdeling og bl.a. høre om erfaringer med Marte Meo i forhold til demente borgere, samt om hvordan Fredericia Kommune har implementeret metoden.

Årskursus 2011: Faglighed og kvalitet - forudsætninger i en god demensindsats

Formandens velkomst

Formand for DKDK Ane Eckerman bød de 380 deltagere velkomne. Årskursets første dag bar overskriften "Kvalitetssikring af demensindsatsen" og var arrangeret i samarbejde med Servicestyrelsen. Kommunale ledere og chefer på demensområdet var indbudt til at deltage i denne dag, hvilket 68 ledere fra 35 kommuner havde takket ja til. De fik en særlig velkomst og Servicestyrelsen en stor tak for det gode og konstruktive samarbejde om dagen.

En særlig velkomst lød også til gæsterne:

- Anne Arndal, formand for Alzheimerforeningen,
 - Povl Riis, formand for ÆldreForum, professor,
 - Jytte Lemche, næstformand i ÆldreForum,
 - Lotte Philipson, sekretariatsleder i ÆldreForum,
 - Kirsten Feld, formand for DANSKE ÆLDRE RÅD,
- samt til alle udstillere ved DKDK's Årskursus.

Endelig rettede Ane Eckerman en tak til Lundbeck Pharma som for fjerde år afholdt et satellitsymposium på Årskursets tredje dag.



Ane Eckerman glædede sig til tre spændende dage. "Vi sætter faglighed og kvalitet på dagsordenen, da vi ved, at det er forudsætning for en god demensindsats. Den nationale handlingsplan for demens indeholder anbefalinger til, hvad vi kan gøre for det enkelte menneske med demens. Handlingsplanen skal være vores fundament for fremtidige tiltag i forhold til det stigende antal mennesker med demens. Vi skal sikre, at demensramte ikke bliver tabt i boomet af ressourcestærke ældre. For at undgå det, kræves et solidt tværfagligt samarbejde".

Referater er skrevet af DKDK bestyrelsesmedlemmer, regionsrepræsentanter, medarbejdere i Servicestyrelsens Ældre-enhed og sekretariatet. Referaterne er efterfølgende redigeret af sekretariatet.

Organiseringens betydning for demensindsatsen

Bente Bjørnholt, lektor, Organisation og Forvaltning, Aalborg Universitet

Bente Bjørnholt har skrevet ph.d. om kvalitetssikring på tværs af kommunale niveauer. Hun gjorde i indledningen opmærksom på, at oplægget mere handler om organisering og kvalitet end om demens.

Decentral demensindsats

Bente Bjørnholts farmor var dement. Farmoderen havde et godt forløb, men Bente Bjørnholt undrede sig efterfølgende over forløbet og konstaterede, at det ikke var særlig godt organiseret. Politisk ønskes en ensartethed i organiseringen af demensindsatsen, men der er foretaget en decentralisering i forhold til koordineringen af indsatserne, i og med beslutninger tages så tæt på borgeren som muligt. Decentralisering medfører, at beslutninger er forskellige og svære at koordinere og sammenligne på tværs.

Reformer og andre måder at organisere på støder på lokale praksisser, og der opstår konflikter i forhold til koordinering af arbejds-gange. I forbindelse med decentralisering og usikkerhed i forhold til ansvarsfordeling kan der ske opgaveforskydning. Det kan f.eks. være, når demenssygeplejersken optræder som diagnostiker, eller når der arbejdes på tværs af primær og sekundær sektor. Det kan være en faglig fordel at arbejde på tværs og tænke i helheder. Pas dog på at standardisering ikke medfører, at individet forsvinder i processen.

Koordinering af aktører

Mange aktører deltager i udredning og diagnosticering af demente borgere. Der er et stort koordineringsarbejde på tværs af organisationer, sektorer, politiske niveauer og administrative processer. Hver aktør har forestillinger og fordomme om, hvordan andre aktører går til opgaven og processen. Eksempelvis har demenskoordinatorer forestillinger om praktiserende lægers arbejde – og prakti-

serende læger har omvendt forestillinger om demenskoordinatorernes tilgang til opgaven. Forestillinger kan forhindre det nødvendige samarbejde for det bedste forløb. Bente Bjørnholt mener, at der skal skabes større forståelse for, hvordan aktører deltager i en udredningsproces og for aktørers forskellige budgetter samt forskellige forståelser af behandlingsforløb og diagnosticering. Det kræver et fokus på aktørernes kritiske samarbejdsrelationer, f.eks.:

- Uenighed om hvem der skal gøre hvad - domænekonflikter, der typisk refererer til uklar arbejdsdeling



- Uenighed om behandlingsideologi, arbejdsmetoder og principper - teknologikonflikter, der typisk skyldes forskelle i professions- og sektorlogikker
- Uenighed om mål og vurderingskriterier - parternes gensidige beklagelser over hinandens resultater/output og eks. definitionen af 'færdigbehandling'
- Forskelle i de involverede organisationers interne strukturer, kulturer og processer - gør det vanskeligt for parterne at 'nå hinanden', også selvom der ikke er behandlingsideologiske modsætninger
- Forskelle i parternes ønsker om samarbejdsform - f.eks. om mødehyppighed; stram eller ad hoc, udforme tværgående mødestruktur

Kvalitetssikring og styring

Kvalitetssikring handler også om styring, dvs. hvordan det sikres, at borgere får ens behandling. Da processer organiseres på forskellige måder, er det svært at styre kvaliteten af behandlinger. Derfor er det væsentligt at finde frem til, hvordan enhederne kommer til at spille sammen på tværs, så kvalitetsmål også kan gå på tværs af enheder, sektorer, aktører osv. To samarbejdsformer mellem aktører er:

- Interesseorganiseret dvs. baseret på en oversigt over, på hvilke områder, der er enighed, og hvilke punkter der er forskelle.
- Problemorienteret dvs. at definere hvilket problem, der skal løses uden fokus på det samarbejde, der skal til for at opnå målet. Denne organiseringsform skaber dialog, fordi aktørerne som regel har forskellige

opfattelser af, hvordan det endelige mål opnås.

Indsats og proces afhænger af den enkelte borger, men en grundlæggende systematiseret tilgang til indsatsen og forløbene er gavnlig. Demenskoordinatorer skal være indbyrdes enige om, hvad målet med den indsatsen er. Med enighed om målet bliver det nemmere at måle kvalitet på tværs. Bente Bjørnholt tilskyndede demenskoordinatorerne til at være skarpe på at italesætte opgaven og formålet. En fremgangsmåde kan være:

- At definere målet: Hvad er faglig kvalitet - organisatorisk og brugeroplevet kvalitet
- Hvordan opnås målet?
- Bevidsthed om muligheder og faldgruber
- Hvordan bidrager demenskoordinatorer/ demenskonsulenter til kvalitet/hvad er jeres rolle?

Bente Bjørnholt opfordrede til at bryde formuleringer ned: Hvis et overordnet mål med indsatsen er, at borgeren skal klare sig bedst muligt – hvad betyder så 'bedst muligt'?

En deltager spurgte, hvordan hun kunne omsætte praksis til teori og systematisering, da standardisering typisk har konsekvenser for det område, den implementeres i. Bente Bjørnholt svarede, at ved at overveje, hvordan man selv bidrager til resultater og virkning, er man allerede nået et stykke vej i retning af en standardisering for samarbejdet. I princippet er det ligegyldigt, hvorvidt demenskoordinatorer standardiserer indsatsen, men I bliver målt på de virkninger, indsatserne har – og med standardiserede indsatser bliver det nemmere at måle virkninger.

Rehabilitering af borgere med en demenssygdom

Claus Vinther Nielsen, Ph.d. i socialmedicin, afdelingsleder, Forsknings- og Udviklingsfunktionen, Marselisborgcentret

Claus Vinther Nielsen holdt oplæg om, hvordan rehabilitering af borgere med en demenssygdom giver nye perspektiver både for borgeren og for den kommunale indsats.

Rehabiliteringsbegrebet

Claus Vinther Nielsen indledte med at konkludere at det arbejde, som demenskoordinatorer gør, langt overvejende er rehabilitering og ikke behandling. Han håbede, at demenskoordinatorerne efter oplægget ville tænke: "Ja, selvfølgelig – det, vi laver, har samme mål som rehabilitering".

I den danske "Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet" står:

"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats."

Rehabilitering handler ikke om helbredelse, som er målet med be-

handling. Moderne rehabilitering tager afsæt i en bio-psyko-sociale model og kompenserer for tab af funktionsevne. Ofte forbindes hjælp med at tage ansvar for mennesker. Det ligger ikke i rehabilitering. Selvrespekt skal bevares. Svært demente borgere kan ikke fungere som andre, men de skal opleve mest mulig mening i deres liv.

Claus Vinther Nielsen fortalte om rehabiliteringsbegrebets historie. Ideen om rehabilitering opstod i forbindelse med 1. verdenskrig, hvor soldater kom hjem og skulle genintegreres i samfundet, efter at de havde fået amputeret en arm eller et ben. Krigen blev således en indgang til nye måder at forstå og håndtere invaliditet og handicaps på. Set i dette perspektiv går rehabilitering ud på at genetablere borgeren som om, at der ikke længere er forskel på dem, der har et funktionstab og dem, der ikke har. Målet er, at borgeren kan udfylde en rolle i samfundet, hvor han eller hun ikke føler sig anderledes. Rehabilitering indebærer dermed genoprettelse af en tidligere tilstand og associerer til 'normalisering' og 'integration'.

Demente borgere og rehabilitering

I definitionen af rehabilitering ligger

et mål om, at livet skal blive selvstændigt og meningsfuldt. Rehabilitering er en samarbejdsproces mellem borgere, pårørende og fagfolk. "Borgeren" defineres som en person, der har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, og som har brug for at indgå i en rehabiliteringsproces. Demente borgere passer fint ind i denne målgruppe. Der er mange etiske udfordringer forbundet med rehabilitering af borgere med en demenssygdom: Hvem skal opstille mål og midler, når den demente ikke kan, så den demente borger kan leve et værdigt, selvstændigt og meningsfuldt liv? Kan man tale om et værdigt, selvstændigt og meningsfuldt liv, når borgeren ikke kan formulere sig? Rehabiliteringsprocessen skal baseres på hele borgers livssituation. Svage borgere har svært ved at fungere mellem systemer, faggrupper og afdelinger, hvis disse har svært ved at arbejde sammen. Så rehabilitering kræver koordination af flere ydelser på tværs af organisatoriske grænser og faggrupper.

Nogle demensforløb går så stærkt, at indsatsen løbende og ofte skal reformuleres og evalueres. Claus Vinther Nielsen mener, at processen skal være sådan. Det er ikke realistisk at opstille et mål om fem år for borgere med demenssygdom.

Hvad virker?

I forhold til rehabiliteringsbehovets karakter og omfang orienterede Claus Vinther Nielsen om, at der er 80.000 demente borgere i Danmark, som langt overvejende er over 65 år. 1/15 af befolkningen er i tæt kontakt med en dement borger, og demens er i høj grad også de pårørendes sygdom.

Claus Vinther Nielsen pointerede, at der skal sættes på at få rehabilitering videns-baseret, hvilket er en stor udfordring. Han anbefalede, at der opereres med et sygdomsbegreb, som har et indefra-perspektiv, hvor sygdommen er situationsbettinget og har en personlig historie, med en forståelse for at sygdommen udvikler sig. Kontrasten er et udefra-perspektiv, hvor sygdom er et fremmedlegeme, der skal kontrolleres og forebygges.

Claus Vinther Nielsen konstaterede, at erfaringer fra demensforskning om, hvilke tiltag der virker rehabiliterende, er begrænsede. Fysisk træning kan have effekt på demens, ligesom borgere med en lang uddannelse og meget fysisk aktivitet bliver mindre demente end andre befolkningsgrupper, men det er endnu ikke tilstrækkeligt dokumenteret. I MTV om hjerneskaderehabilitering

findes evidens for, at tværfaglig indsats med stærke alliancer til patienter har en effekt.

Den kvalitative forskning, der indtager borgers perspektiv, er ligeledes afgørende. Der er god evidens for, at indsatser over for pårørende har betydning, ligesom der er god evidens for, at arbejde med målsætninger forstærker effekten af rehabilitering. Det er dokumenteret, at specifikke læringsstrategier har en effekt. I forhold til tværfaglige indsatser er der påvist effekt, men der

mangler gennemgående detaljerede beskrivelser af indhold. Kompetenceudvikling af personalet i tværfagligt samarbejde synes ligeledes afgørende.

Rehabilitering i et samarbejde på tværs

Med kommunalreformen er ansvaret for de indsatser, der kan være relevante i forbindelse med rehabilitering, i vidt omfang samlet i kommuner. Regioner har ligeledes ansvar for dele af rehabiliteringsindsatsen, herunder specialiseret,

ambulant genoptræning i sygehusregi og dele af den patientrettede forebyggelse. Selvom begrebet rehabilitering ikke er anvendt i dansk lovgivning, tages der mange rehabiliterende initiativer i og mellem regioner og kommuner.

Den tværfaglige indsats omfatter tre praksisformer: Den sygdoms-, situations- og samfundsorienterede praksis. Den sygdomsorienterede praksis er rettet mod sygdom, diagnoser, symptomer og funktioner hos den enkelte. Den situationsorienterede praksis er mere rettet mod den enkeltes hele livssituation. Her er det

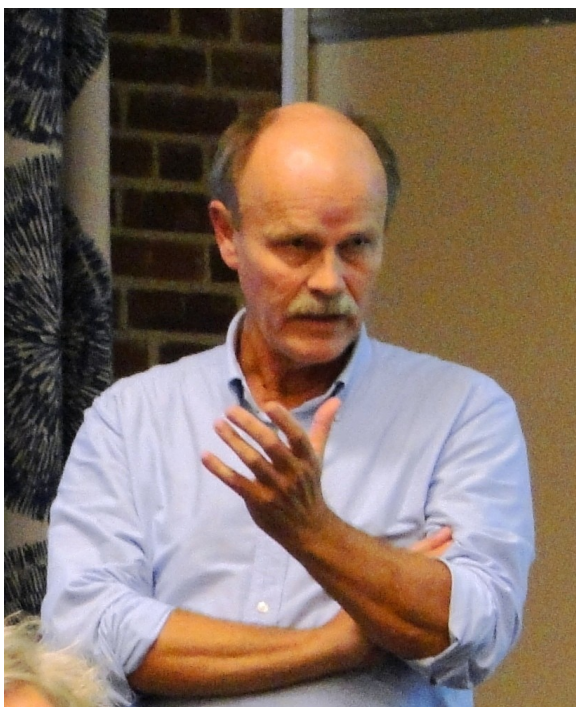
ikke kun sundheds-personalet, der er relevant, men også mange andre fagfolk. Den samfundsorienterede praksis er rettet mod sygdomsfremkaldende og sundhedsfremmende forhold hos grupper og populationer.

Det anbefales, at borgeren sikres særlige hensyn både organisatorisk og i den professionelle intervention på alle niveauer i rehabiliteringsindsatsen. De organisatoriske anbefalinger går på tværgående rehabiliteringsplaner, der involverer relevante parter, formaliserede aftaler om koordination, sikring af neurofaglig viden i genoptrænings-/rehabiliteringsplaner, standarder for rehabilitering samt forenkling af myndighedsansvaret.

Stort set al rehabilitering kræver samarbejde på tværs af sektorer. Opgaven i sådan et team er – i samarbejde med borger/pårørende – at gennemføre en helhedsorienteret analyse og vurdering af borgers behov, udarbejde individuelle mål og planer, evaluere indsatsen, sikre koordinering mellem den tværfaglige indsats samt sikre dokumentation af indsatsen og bidrage til kvalitetsudvikling. Det er vigtigt, at teamet kan koordinere og skabe sammenhæng mellem indsatser

såvel tværfagligt som tværsektorielt. Teamet skal ligeledes have sociale, kommunikations-, lærings- og selvledelses-kompetencer. Det sværeste er interdisciplinært samarbejde, som er samarbejde mellem forskellige faggrupper. Det kræver høj grad af bevidsthed fra hver faggruppe om, hvad dens bidrag er, formulerede forventninger fra de andre faggrupper og justering heraf. Det kræver ligeledes løbende evaluering. Et velfungerende interdisciplinært samarbejde sikrer god kvalitet i rehabilitering.

Claus Vinther Nielsen bad afslutningsvis demenskoordinatorerne overveje, hvilke elementer, der indgår i rehabilitering. Hvordan arbejder vi som faggruppe? Er vi helt sikre på, hvad andre faggrupper vil? Endelig er det altafgørende, hvilke mål borgeren har – så vær nysgerrig!



Kvalitetssikring af demensindsatsen

Susanne Rishøj, sygeplejerske, Demenskoordinatoren

Kirsten Ryssing, demenskoordinator, Lyngby-Tårnby Kommune

Siden Susanne Rishøj begyndte at arbejde på en hukommelsesklinik for 16 år siden, er der sket store forandringer i demensindsatsen f.eks. kommunesammenlægninger og ny lovgivning, forandringer med den intention at styrke kvaliteten i tilbud til borgere og pårørende.

Demenspleje i dag

Borgeren er i centrum med de nye retningslinier og fokus er på borgeres retssikkerhed, plejestamenter, indhentning af livshistorier samt en nysgerrighed på det enkelte menneske frem for sygdommen. Demente borgere og pårørende stiller også større krav, f.eks. om mere indflydelse.

Demenspleje rummer mangesundhedsfaglige og socialfaglige aspekter f.eks. rekruttering, uddannelse, kompetenceudvikling, fysiske rammer, organisering, arbejdstilrettelæggelse, faglig ledelse, tværfagligt samarbejde, forebyggelse, opsporing, udredning, diagnostik, behandling, rehabilitering og pleje. Inden for det socialfaglige område arbejdes med metoder som Eden alternative, Tom Kitwood, DMC, Marte Meo, reminiscens, musik og danseterapi.

Det nemmeste er at arbejde ud fra en fejlfindingsmodel, men det er mere givende at fokusere på det, der virker, frem for det der ikke virker. I evidensbaseret pleje er stigende fokus på at vurdere, hvad der skal bruges til hvem. Inden for den værdibaserede pleje er fokus på de holdninger, der ligger til grund for de ønskede handlinger. Medarbejdere skal have tid og plads til et refleksivt rum, hvor de kan tage stilling til og ud-

leve værdier efter et formuleret mål - ellers ved de ikke, hvor de skal hen.

Ledelse og medarbejdere i samspil

En faglig ledelse skal kvalitetssikre ved at agere fyrtårn, sparringspartner, rollemodel og konfliktløser. Ledelsen skal benytte og udvikle personalets kompetencer samt skabe motivation og trivsel. Derudover har lederen en særlig rolle i forhold til problemskabende adfærd: En leder skal registrere og analysere adfærden ud fra den dement borgers perspektiv og afdække fysiske årsager og arbejdsgange. Når problemet er identificeret, skal lederen lægge en handlingsplan med fokus på meningsfulde oplevelser. Hvis problemet ikke umiddelbart kan løses, kan VISO kontaktes for rådgivning og sparring. VISO-konsulenter har mange roller og veksler især mellem at være hhv. detektiv og kamæleon: Som detektiver indhenter de oplysninger, opstiller hypoteser og ser små forandringer - som kamæleoner skifter de perspektiv, møder hvert menneske forskelligt og tør forandring.

I organisering af arbejdet er fokus på registrering og dokumentation. Susanne Rishøj foreslår, at borger- og personaleproblematikker adskilles. Demenskoordinatorer står dagligt i dilemmaer, som ligger i feltet mellem omsorgspligt og omsorgssvigt, f.eks. hvad er det at skabe livskvalitet? Hvordan sikres den enkelte beboers autonomi? Hvordan sikres den enkelte borgers selvbestemmelse? Skal der tages hensyn til den demente beboer eller de andre beboere?

Der er brug for medarbejdere med såvel generel



som specifik viden. Mindre håndgribelige, personlige kompetencer er også nødvendige, bl.a. skal medarbejdere have evne til refleksion og kreativitet. Den viden kommer ikke nødvendigvis fra uddannelse, men fra feedback, besøg udefra, studiebesøg, jobbytte med andre arbejdspladser, mentorordning, deltagelse i projekter og kompetenceudvikling.

Susanne Rishøj afsluttede med et bud på, hvordan der kan kvalitetssikres, så medarbejdere er i stand til at udføre både en sundhedsfaglig og socialfaglig indsats: hendes bud er gennem undersøgelser, forskning, inddragelse af brugere og observation. "Vi skal gøre det, der omsat til virkelighed skaber glæde – gå efter den gode stemning. Som demenskoordinatorer er vi toneangivende for den gode stemning".

Forskellige fagligheder – ét mål

Kirsten Ryssing fortalte om arbejdet med DAISY's rådgivningsmodel i Lyngby-Tårnbæk Kommune. Kommunen har 25 demenskoordinatorer med forskellige faglige baggrunde - sygeplejersker, terapeuter m.m. Kirsten Ryssing ser forskellige fagligheder som gavnlige, men det betød - før implementering af modellen - at demenskoordinatorerne havde vidt forskellige tilgange til arbejdet med borgerne. Diskussioner og refleksioner viste, at kommunens demenskoordinatorer rådgav forskelligt ud fra deres respektive faglighed - borgere ikke således ikke den samme rådgivning. Et andet punkt var for dårlig forberedelse - ofte kun gennemlæsning af den pågældende borgers journal. Demenskoordinatorerne arbejdede løsningsorienteret, men borgere og pårørende var ikke altid klar til rådgivning på det niveau.

Demenskoordinatorerne ønskede en fælles forståelsesramme og forståelsesbaggrund samt en aktiv medinddragelse. Fokus skulle være på diagnose. De ville arbejde mere struktureret og have redskaber, som alle kunne bruge, bl.a. redskaber til forebyggelse. Derudover ønskede de et sundhedsfremmende aspekt og fokus på mestring i deres arbejde. Endelig ønskede de at arbejde socialfagligt og vide mere om den demente borgers rettigheder. Demenskoordinatorernes valg blev rådgivningsmodellen, som er en del af DAISY.

DAISYs rådgivningsmodel

I rådgivningsmodellen er fokus på borgeren og borgerens livsvilkår og livsværdier. Med rådgiv-

ningsmodellen bliver borger og pårørende både rådgivet hver for sig og sammen. Der er fokus på systematisk og kontinuerlig rådgivning, og formålet er at styrke borgeren og pårørende i den nye livssituation. Demenskoordinatorerne afprøvede modellen i 2008-09. Servicestyrelsen bidrog med økonomi fra Pulje til bedre ældrepleje, og demenskoordinatorerne arbejdede med implementering af ny socialpsykologisk metode. De fik tilført en masse viden og blev vejledt i planlægning, opstart, gennemførelse og rådgivning i forbindelse med udlevering af skriftligt materiale.

Modellen blev afprøvet på 24 borgere og 24 pårørende. Borgerne var nydiagnosticerede og led af moderat til svær demens. Borgere og pårørende udfylder et nyudviklet værdiskema og demenskoordinatorerne følger i rådgivningen en drejebog, som de selv har udviklet.

Telefonrådgivning gør det nemmere at følge op på en visitation. Aftalen er, at demenskoordinatorer ringer til borger og pårørende. Nogle gange for en længere vejledning, andre gange blot besvarelse af korte spørgsmål. Derudover bruges rådgivning via mail, hvilket også gør det muligt for pårørende i udlandet at blive rådgivet.

I evalueringen af projektet fik borgere og pårørende udleveret spørgeskema til en tilfredshedsundersøgelse. Spørgsmålene omhandlede generel tilfredshed og kursusudbytte. Demenskoordinatorerne deltog i fokusgruppeinterview inden og ved afslutning af projektet. Resultatet viste, at de var blevet mere målrettede og fokuserede på borgeren. De var bedre til at bruge hinandens erfaringer, til at supervisere hinanden og til at

udvikle fælles administrative redskaber. Demenskoordinatorerne har fået koordineret en sammenhængende og vidensbaseret indsats i kommunen, og evalueringerne viste, at borgerne også syntes, det var en god måde at gribe rådgivningen an på.



Den fremtidige demensindsats – en stor kommunal udfordring

Inge Bank, Sundheds- og Omsorgschef, Silkeborg Kommune



Inge Bank beskrev ud fra en politisk og ledelsesmæssig vinkel de udfordringer der ligger i, at antallet af ældre borgere og dermed antallet af demente stiger i løbet af de kommende år.

Mangel på forskning og begrebsdefinitioner

Demenssygdomme er et stigende problem på verdensplan. I Danmark har 80.000 borgere en demenssygdom, og det antal fordobles i løbet af 25-30 år. Statistik viser, at antallet af demensramte især vil stige fra år

2020. 75% af beboerne på plejecentre er demensramt og har flere kroniske lidelser. Økonomiske udgifter afledt af demens vil fremover påvirke økonomien i såvel Danmark som andre lande.

Inge Bank beklagede, at kun få forskningsmidler bruges på at forbygge eller finde en behandling af demenssygdomme. Området skal opprioriteres – mange fagfolk har en viden om demens, men der er behov for flere metoder til at udvikle området. Inge Bank mener der mangler en definition af demensbegrebet, fordi der også findes demente borgere, der ikke er sårbare i samme forstand som moderat til svært demente. Derudover skal stærke patientforeninger stille krav til kommunerne.

Demensområdet i Silkeborg Kommune

I Silkeborg kommune bygges alle plejeboliger som bo-leve-miljøer, hvor beboere lærer hinanden bedre at kende end i større enheder. Borgere med demens får generelt ikke kalorier nok hvilket leve-bo-miljøets mulighed for madlavning kan afhjælpe. På sigt er det sandsynligt, at der etableres plejecentre for henholdsvis demente beboere og centre uden demente beboere. En lille boenhed giver større fleksibilitet, men det er nødvendigt til at tænke i andre boligformer. Familieboliger, midlertidige boliger der kan

fungere som aflastningsplader. Aflastningspladser bruges, hvis der er en forværring i en borgers sygdom eller ved forandring i en diagnose.

I Silkeborg Kommune er daghjemsplasser meget værdifulde. Der er borgere der udtrykker, at det er daghjemmet, der får deres tilværelse til at hænge sammen. Det er nemmere at flytte ind på et plejecenter, hvis borgeren kender det tilhørende daghjem. Andre fokusområder indenfor demens i Silkeborg Kommune er involvering af borgeren, de pårørende, ældrerådet, frivillige o.a. De engageres i driften – og de anerkendes for det arbejde, de udfører. Velfærdsteknologi er mest til de fysisk handicappede, men Silkeborg Kommune har et velfærdsteknologibibliotek, hvor der er mulighed for at hjemlåne teknologi og prøve det af.

Proces om sundheds- og ældrepolitik

Borgere og politikere skal vide, hvilke demensudfordringer samfundet står overfor. Flere ældre, plejeregninger der flyttes fra sygehuse til kommuner og strammere økonomiske rammer indebærer at der skal ses på, hvilken betydning det har for demensområdet.

Hovedfunktionen for demenskoordinatorerne i Silkeborg Kommune er at vejlede borgere, pårørende og personale om, hvordan livet leves med de-

mens. De står for evaluering og igangsætning af projekter og arbejder for at fremme borgeres mestringsevne gennem forebyggende og rehabiliterende indsatser forankret i "Sandhedens Øjeblik". "Sandhedens Øjeblik" er et udtryk for mødet mellem medarbejder og borger. Det møde er – og skal blive ved med at være – omdrejningspunktet for demenskoordinatorernes arbejde.

Silkeborg er ved at lave en sundheds- og ældrepolitik, hvor demens indgår frem for at have sin egen politik. Målet er gennem en professionel indsats at skabe rammer for et værdigt liv for borgere med demens, derfor vil Byrådet;

- styrke den sundhedsfremmende og forebyggende indsats samt udvikle tilbud til borgere med demens bl.a. ift. fysisk aktivitet og kost
- udvikle og etablere tilbud til borgere med demens, som har særlige adfærdsrelaterede problemer f.eks. udadreagerende adfærd samt til yngre demente
- gennem dialog med det nære netværk sikre og videreudvikle tilbud til pårørende med demens
- implementere den nyeste viden om metoder og forskning indenfor demens

Specialisten & håndværkeren på arbejde

Line Folsgaard Petersen, ergoterapeut, cand.scient.soc.

Fokus er på forskning og evidens, og de enkelte områder der skal arbejdes med defineres når politikken er godkendt.

Hvordan sikrer vi kvalitet i fremtiden?

Den nationale handlingsplan skal sikre kvalitet i fremtidens demensindsats. I handlingsplanen er fokus på vidensdeling, evaluering og viden om effekt af indsatser, hvilket forventes at medføre en større brugertilfredshed og øge fokus på forebyggelse, diagnosticering og behandling. Inge Bank ærgrer sig over, at det lyder som om, at handlingsplanen ikke bruges ret mange steder. Hun foreslog, at handlingsplanen sættes på dagsordenen i alle kommuner, så alle kan få samme systematiske løft og dele erfaringer på tværs.

Demenskoordinatorer kan bidrage positivt bl.a. ved at støtte pårørende med af viden og læring, så de kan leve sammen med demensramte. Fokus skal vendes fra pleje til mestring og demenskoordinatorer skal være mere synlige og tilgængelige.

Et andet forslag til kvalitativ udvikling på demensområdet er kompetenceudvikling af medarbejdere – ikke mindst metodeudvikling, samt at alle medarbejdere uddannes inden for området. Der er brug for en ledelse med viden og styrke til at sikre kompetenceudvikling. Medarbejdere jubler ikke over at skulle på demenskursus, men hvis ledelsen sætter fokus på de gode historier kan dette ændres. Inge Bank slog slutteligt til lyd for i højere grad at inddrage frivillige, end det bliver gjort i dag – for om nogle år er der ikke medarbejdere nok til at tage sig af demente.

Line Folsgaard Petersen stillede provokerende spørgsmål om demenskoordinatorernes berettigelse, og gav deltagerne stof til eftertanke. Oplægget satte fokus på kvaliteten af demenskoordinatorers arbejde. Oplægget tog udgangspunkt i tre spørgsmål:

- Hvilke typer redskaber sikrer, at demenskoordinatorens faglige arbejde virker efter hensigten?
- Er vi skarpe nok på hvad det er vi måler, når vi måler?

Hvilken rolle spiller vores monofaglighed bag vores demensfaglighed?

Redskaber til kvalitetssikring

Line Folsgaard Petersen forklarede, at vi ikke altid er så stringente i vores arbejdsmetoder, som vi selv tror: "Vi er omvendte i hovederne og hvorvidt overvejer ikke altid, hvor vi skal hen". For at vurdere en given indsats lykkes eller ej, skal vi være klar over, *hvad* det præcis er, der skal lykkes. Ligeledes skal vi vælge fremgangsmåde, før vi kan vælge redskaber til at kvalitetssikre indsatsen. Pointen er, at overveje såvel formål som mål med sin arbejdsindsats. Det kvalificerer arbejdet og gør det nemmere at efterprøve, hvorvidt det faglige arbejde virker efter hensigten.

Et konkret eksempel på refleksions betydning for daglig praksis er at spørge sig selv: Hvad gør jeg nu? Vejleder/rådgiver/undersøger/ jeg eller hvad? At vejlede og at rådgive er to forskellige faglige handlinger: Vejledning er, når den fagprofessionelle stiller sin viden til rådighed, så den enkelte kan reflektere over, hvad vedkommende gerne vil. Rådgivning har som mål at afklare den enkeltes



behov og ønsker om støtte og viden. Her sætter den fagprofessionelle sig selv i en anden ekspertrolle end ved vejledning. Andre faglige indsatser med behov for øget refleksion er, hvad det vil sige: "at undersøge"? Undersøges den demensramte borgers kognition eller funktionsevnenedsættelse? Knytter begrebet "træning" sig stringent til den enkeltes krop, eller handler det om deltagelse i dagligdags aktiviteter? For at opnå et ønsket resultat skal den fagprofessionelle gøre sig klart, hvad udgangspunktet er.

Hvad måler vi?

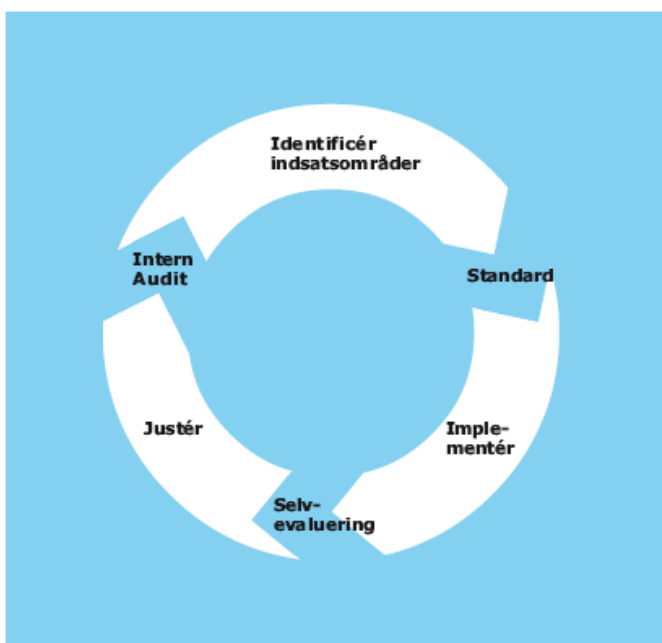
Redskaber er både noget at arbejde efter, men også noget der foregår inde i hovedet. Forudsætningen for at vælge et redskab til kvalitetssikring er en bevidsthed om, hvilken indsats der skal kvalitetssikres. Redskaber kan øge vores bevidsthed

om metodestramhed og begrebsliggørelse. Der findes to typer redskaber til at kvalitetssikre arbejdsopgaver:

- Formelle redskaber og definerede formål til indhentning af viden
- Metodiske overvejelser og konstruerede værktøjer til evaluering af indsats

Evaluering er et redskab til kvalitetssikring. Centrale faglige refleksioner i evaluering er hvad skal måles (effekt, tilfredshed, omfang, kvalitet, effektivitet), og med hvilket formål (statusopgørelse, legitimering af indsatsen, viden med henblik på forandring). Selv med evaluering som fast prak-

Eksempel på en kvalitetscirkel fra Gentofte hospital



sis, skal der fortsat være rum for refleksion.

Ved at arbejde i kvalitetscirkler sikres kvalitet i alle faser. Ved at være bevidst om kvalitetscirklen i sin indsats bliver kvalitet indtænkt i alle faser – og giver en mulighed for at efterprøve, om indsatsen virker efter hensigten.

Line Folsgaard Petersen gjorde ovenstående konkret med et eksempel:

Når en demenskoordinator har snakket med en borger og i situationen været sin egen rolle bevidst (er der tale om rådgivning/vejledning/noget andet?), kan vedkommende efterprøve, om indsatsen virkede efter hensigten. Efterprøvningen kan f.eks. være en systematisk praksis med at ringe til borgeren efter 14 dage og spørge. Borgerens tilbagemelding tages til efterretning, og indsatsen justeres i forhold til denne. Det er vigtigt, at organisationen beslutter, at alle medarbejdere skal spørge ind til/evaluere deres indsats, ellers er det for skrøbeligt og udbyttet for usystematisk. Et andet eksempel på et redskab er evalueringsskemaet i Servicestyrelsens rådgivningsmodel.

Evaluering er et magtfuldt redskab, som man skal forholde sig kritisk til. Nogle gange måler evalueringer noget andet, end dét der var intentionen. Andre gange fastholdes forældede evalueringsmetoder, fordi ingen har stoppet op og overvejet, om de rent faktisk er hensigtsmæssige.

Monofaglighed bag demensfaglighed

Line Folsgaard Petersen slog til lyd for, at den enkelte demenskoordinator skal være bevidst

om, hvilken faglighed hun bruger. Hvornår trækkes på viden fra grunduddannelse (sygeplejerske, fysioterapeut mv. - monofaglighed), og hvornår fra ens demensuddannelse? Den bevidsthed er vigtig, fordi udgangspunktet har betydning for, hvad der undersøges, hvad formålet er og hvad der evalueres på. "Skal man være sundhedsuddannet for at være en god demenskoordinator?" spurgte Line Folsgaard retorisk og svarede selv, at demenskoordinator i højere grad er en funktion end en faglighed.

Line Folsgaard Petersen opfordrede demenskoordinatorerne til systematisk at afdække hvilke kvalitetssikringsredskaber, der er til rådighed på arbejdspladsen og dermed bringe de forskellige fagligheder i spil!

Line Folsgaard Petersen præsenterede ikke en række færdige løsninger eller redskaber, men pointerede, at det væsentligste er, at de valg om redskaber, der træffes i forhold til kvalitetssikring er bevidste og velovervejede. "Prøv i fællesskab at udvikle og afprøve nye redskaber til kvalitetssikring. Modellerne er det mindst vigtige – det meste sker oppe i hovederne på jer selv".

Undervisning, formidling og læring

Mads Hermansen, Institutleder, Professor, dr.pæd., SDU, CBS & NHV, mh@madshermansen.dk

Mads Hermansen introducerede narrativ lærings-teori og viste formidlingens umulighed. Som udgangspunkt har alle en grundforståelse af, at hvis vi siger noget tilstrækkeligt tydeligt og klart, så forstår modtageren budskabet. Dilemmaet er, at ligegyldigt hvor meget og hvor længe vi siger det samme, så vil den anden ikke forstå det samme som afsenderen. Sådan er det i alle menneskelige relationer.

En fortolkning af en fortolkning...

Det udgangspunkt gør, at formidling er utroligt svær. Formidling hviler på en skrøbelig overensstemmelse om, at to parter taler nogenlunde om det samme som det samme. Det er faktisk et mirakel, at vi overhovedet kan begribe noget af det, der bliver sagt. Derfor er spørgsmålet "har du

forstået, hvad jeg siger?" dumt, for der findes kun et rigtigt svar: "Nej". Et mere relevant spørgsmål er: "Hvis du skal lave en konklusion på, hvad jeg siger, hvad er den så?".

Grundlæggende er det vigtigste, vi beskæftiger os med som mennesker, vort eget tilværelsesprojekt. Tilværelsesprojektet går ud på at finde sig til rette i sin egen tilværelse og er noget, alle arbejder med, men det er meget sårbart. Vi er altid på dagsordenen i forhold til, om vi er "gode nok" i en given situation, f.eks. når vi træder ind i et lokale og ligeledes i den efterfølgende kamp for at bevare opmærksomheden. Implicit forhandler vi med hinanden om retten til at være her. Vi bruger tid på at aflæse hinandens øjenudtryk, grimasser, kropsholdning osv. på evig søgen efter andres holdning til det, vi har gjort eller sagt. Vi er på jagt efter os selv i den andens fortolkning af os selv – vi bliver til i en fortolkning af en fortolkning. Som et eksempel på denne grundmetafor sagde Mads Hermansen: "Jeg siger noget og kigger på jer - "giver det mening for jer?". Jeg kan ikke vide, hvad der sker, men tolker tegn i jeres kropsholdning og ansigtsudtryk. Disse tegn er svære at tolke - de kan afhænge af personlighed, geografiske forskelle og meget andet. Men jeg vover at tro, at jeg kan fortolke tegnene sådan, at det, jeg siger, giver mening".

Forudsætningen for at kunne flytte sig mentalt og lære nyt er, at de, der er i rummet, får lov til at være der, sådan som de er. Læreren gør en forskel ved at hjælpe andre til selv at gøre en forskel, og giver således hjælp til selvhjælp. Eksperter har en tendens til at overtage opgaven/udfordringen fra dem, der skal lære, hvilket skaber afmægtiggørelse. Læring opstår ved at overkomme udfordringer – selvværdsfølelse afvikles ved ikke at komme igennem udfordringer. Læringens paradoks og udfordring er, at lærerens grundlæggende besked til eleven er: "Du er god nok, som du er - men du er her, fordi du egentlig ikke er god nok, og forudsætningen for, at du bliver ligeså god som mig, er, at du er her". En underviser/lærer/leder/rådgiver skal kunne forvalte andres sårbarhed.

Historiefortællere

For at skabe sammenhæng og mening i vores tilværelsesprojekt fortæller vi historier til hinanden. Den, der fortæller, har mistet sammenhængen i historien, men forventer at få genetableret den i løbet af fortællingen. Den, der lytter, gider ikke høre på en meningsløs historie, men har ligesom fortælleren en forventning om, at der opstår mening undervejs.

Nogle af de første historier, vi stifter bekendtskab med, er eventyr. Eventyr er gode for børn, da de har brug for historier, som ikke er for tæt på dem selv og dermed ikke for emotionelt oprivende. Allerede i eventyrets indledning lægges afstand mellem eventyr og barnets hverdag: "Engang for mange, mange år siden i et land langt, langt væk...". Afstanden gør det muligt at behandle



alvorlige emner, der former basale erfaringer og konflikter, som i sidste ende hjælper barnet til at frigøre sig fra sine forældre og blive voksen.

Som voksen har historierne mange andre funktioner. Gennem historier

- beder vi om tilgivelse
- fortæller vi os ind i forpligtelser
- beder vi om at måtte være med i fællesskabet
- fortæller vi os bedre, end vi er
- fortæller vi os til klarhed
- fortæller vi os til nye muligheder

Vi dør, når vi holder op med at fortælle. Mads Hermansen spurgte i den forbindelse forsamlingen, om det kan tænkes, at de historier, der sidder kropsligt i svært demente, kan danses eller synges ud, hvilket flere deltagere nikkede bekræftende til.

Hvad er læring?

En minimalistisk definition på læring er:

”Det er læring når noget, hos den der kunne komme til at lære, kobles sammen med noget andet eller differentieres, og det giver mening”. (Hermansen 2005 p. 203. In: Læring – en status)

Sagt på en anden måde lærer vi, når noget nyt, som ikke hænger sammen med vores historie i forvejen, kommer til at hænge sammen med den. Læring foregår nu og her, men altid på baggrund af erfaring og forventning, som forholdes til det, der sker nu. Læring foregår som en indre dialog, hvor der bliver genereret nye betydninger ud fra det nye, der sker i nu’et – en mental associativ

markvandring. Det nye kommer til at indgå som en del af en større sammenhæng, en historiefortælling. Et paradoks er, at vi ikke længere hører efter, når vi er på markvandring.

Læring er et produkt af møje og overskud. Det er ikke tilstrækkeligt at få serveret en pointe – den enkelte må selv makke med stoffet, før det kan karakteriseres som viden. Når ti-øren er faldet, og den enkelte er nået en erkendelse, åbner den nye viden for nye læringsmuligheder.

Der er et skel mellem refleksive og kropslige læreprocesser. Kropslige læreprocesser er ikke velovervejede og gennemtænkte. Det meste er mønstre (habitus), som vi benytter os af stort set uden at tænke over det. At køre bil er et eksempel på et manglende mønster, hvis man lige har taget kørekort. En ny bilist er usikker, tænker grundigt over det hele og er derved farlig.

Læringsledelse

Spøgefuldt definerede Mads Hermansen læringsledelse, som når en person sætter sig for bordenden og empatisk forsøger at få den anden til at forstå, hvad hun siger! En god læringsleder praktiserer lydhør styring – nogle er meget lydhøre, andre mere styrende. En læringsleder skal rumme andres afmagt uden selv at blive afmægtig og ikke forsøge at løse andres udfordringer ved at give ekspertråd. En læringsleder skal kunne vise, hvad læringsmålet er og helst også tegn på, hvad der er opnået undervejs. Det forudsættes, at læringslederen har kundskab om feltet og konstant er selvrefleksiv – det sidste er nødvendigt for at kunne rumme andres sårbarhed.

Mads Hermansen konkluderede, at det vigtigste at huske er, at vi alle konstant søger og handler efter andres reaktion. Det gælder også på demensområdet. For demente borgere er det karakteristisk, at de fortæller de samme historier igen og igen - måske anerkender vi dem ikke nok?

At manøvrere mellem ledelse, politikere og interessevaretagere

Tina Jørgensen, chefkonsulent, KL

Tina Jørgensen indledte sit oplæg med at slå fast, at samfundet står overfor en stor udfordring. Den økonomiske krise sætter en snæver ramme for, hvad der er muligt, og vi må som borgere erkende, at der ikke er råd til alt det, vi gerne vil. Krisen udspringer bl.a. af demografi – flere ældre borgere og færre i arbejdsstyrken. Det er den virkelighed, vi skal forholde os til og langsigtet planlægge efter. Demenskoordinatorer kan kvalificere og inspirere de faglige grundlag for politiske beslutninger, men det kræver viden om, hvad er afgørende, når henholdsvis politikere, forvaltning, institutioner og interesseorganisationer prioriterer.

Kommuner og forvaltning - prioriteringer

Kommunalbestyrelsen er den øverste myndighed i kommunen og har pligt til at fastlægge strategier. Politikere ønsker dialog med borgere, men der er langt mellem borgere og politikere. Et pejlemærke for politikere er deres ideologiske ståsted. I kommunalbestyrelser er partiskel ikke så hårdt optrukne som i landspolitik, og mange beslutninger træffes på tværs. Politikere er generelt enige om, at de svageste borgere skal prioriteres. Enkeltsager kan flytte rigtigt meget politisk – selv i

Folketinget. Eksempelvis blev lov om besøgsrestriktioner udløst af to enkeltsager, og i et 10-årigt perspektiv havde der blot været 14 sager. Det er frustrerende, at enkeltsager kan påvirke praksis i så høj grad. Tina Jørgensen opfordrede demenskoordinatorer til at fodre kommunalpolitikere med gode og dårlige historier. De har betydning, om end der skal mange til.

Den kommunale forvaltning arbejder med i praksis at udmønte politiske beslutninger. Forvaltningen orienterer sig først og fremmest i forhold til lovgivningen og det økonomiske råderum. Tina Jørgensen advarede om, at kommuner snart skal prioritere dér, hvor det gør rigtigt ondt – nemlig i forhold til personlig pleje. Her bør fagprofessionelle stille deres ekspertise til rådighed for kommunens politikere og pege på, hvor det er mest hensigtsmæssigt at spare. Andre kriterier, der ligger til grund for forvaltningens prioriteringer, er faglighed og kvalitet samt opfølgning og effekt.

Institutioner og interesseorganisationer - prioriteringer

Med institutioner menes det udførende led i kontakt med borgerne. Institutioner er praksis- og borger-nære, og faglighed, kvalitet og effekt er i fokus. Institutioner priorite-

rer i forhold til deres erfaring: Hvad trives vores borgere med? Skal vedligeholdelsestræning eller hverdagsrehabilitering implementeres ved kompetenceudvikling eller ved at ansætte nye faggrupper? Institutionens kultur (hvad plejer vi at gøre?) og krav om effektivitet er også gældende for prioritering.

Interesseorganisationer spiller en stor rolle, hvor initiativer træffes på tværs. Interesseorganisationer koncentrerer sig om den borgergruppe, de repræsenterer. De har ikke ansvaret for den overordnede samfundsrioritering og har således endtydige fokus- og interesseområder, hvor de kobler faglighed og kvalitet med fokus på enkeltsager. De har brug for at blive set og hørt, og er ofte dem, der bringer sager til politikere. De er gode at have som medspillere.

Hvordan påvirkes beslutningsprocesser?

Medier har stor indflydelse på beslutningsprocesser. Demensområdet har fået mere medieopmærksomhed end før, og kommunalpolitikere er blevet spurgt: "Hvad kommer prognoser om stadig flere demensramte borgere til at betyde for vores kommune?". Ansvar for at politikere får kendskab til data, må ikke ligge hos medierne. Politikere

har let ved at huske overskrifter fra formiddagsaviser, men væsentlige data skal være et grundlag for politiske beslutningsprocesser i kommunen. Ikke alle data er interessante for politikere. Tal skal omsættes til relevante historier om, hvad hjælpen betyder for den enkelte borger. Nogle mennesker er gode til tal, andre bedre til historier. Generelt er forvaltningsmedarbejdere gode til tal, mens nogle politikere er gode til tal, andre til historier. Derfor er det en god idé, at tal ledsages af konkrete cases. Demenskoordinatorer har en unik mulighed for at koble viden om brugere med ydelser og ressourcer. Vær opmærksom på, at skrækhistorier ikke virker – de preller af på politikerne. Der findes ingen højere retfærdighed i politik, men vi er alle politisk ansvarlige på tværs.

Tina Jørgensen afsluttede sit indlæg med en kontant opfordring til demenskoordinatorerne om at være aktive: "I sidder inde med den viden, som alle eftertragter - brug den! I skal tage afsæt i borgerforløb, koble tal og case og have fokus på både det, der lykkes, men også dét, der ikke lykkes – det er ærligt og troværdigt. De gode løsninger kræver samarbejde med respekt for ansvar og roller".

Håndtering af adfærdssymptomer ved Alzheimers sygdom

Roy Jones, MD. Professor & Director, RICE (The Research Institute for the Care of Older People), Royal United Hospital, Bath, UK

Adfærdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens kaldes samlet for BPSD ("behavioural and psychological symptoms and signs of dementia"). BPSD er meget almindelig ved Alzheimers sygdom: Halvdelen af Alzheimers patienter har mindst et adfærdssymptom, og symptomerne bliver hyppigere, som sygdommen udvikler sig - flere end 80 % får symptomer på et eller andet tidspunkt. De hyppigste symptomer er apati, agitation, ængstelse og irritabilitet. BPSD fluktuerer over tid, og tilbagefaldsraten er høj. Ofte er symptomerne til stede, inden patienten er diagnosticeret.

Skala til at måle BPSD

Adfærdsforstyrrelser og psykiske symptomer hos Alzheimers patienter er problematisk på flere områder, f.eks. er BPSD

- med til at forværre patientens kognitive tilstand
- med til at øge funktionsnedsættelsen forbundet med Alzheimers sygdom
- den væsentligste indikator for institutionalisering
- en større stressfaktor for omsorgsgivere og pårørende end de kognitive symptomer
- forbundet med signifikant øgede direkte omkostninger til pleje og omsorg

Neuropsychiatric Inventory (NPI) er en skala til vurdering af adfærd hos patienter med Alzheimers sygdom, ofte benyttet ved kliniske undersøgelser. Den vurderer hyppighed, grad og belastning ved adfærdsmæssige symptomer: Vrangforestillinger, hallucinationer, agitation, depression, angst, eufori, apati, manglende hæmning, irritabilitet, afvigende motorisk adfærd, natlig adfærd, appetit samt spiseforstyrrelser. Skalaen er pålidelig samt valid og tilgængelig på flere europæiske sprog. Ulempen ved skalaen er, at den ser overordnet på alle symptomer.

Roy Jones viste en oversigt, der illustrerede en undersøgelse af adfærdssymptomer i forskellige stadier af Alzheimers sygdom. Symptomerne var målt på NPI i forhold til stadierne i Alzheimers sygdom målt ved MMSE (minimal state exam). De to hyppigst forekommende symptomer ved mild demens (MMSE > 20) var irritabilitet og depression, som ca. 35 % af patienterne havde. Samtlige symptomer forekom i højere grad ved svær demens (MMSE < 10). Mindst 40 % af de patienter med svær demens, som deltog i undersøgelsen, havde symptomer som hallucinationer,

aggression, ængstelse, opløftethed, apati, afvigende motorisk adfærd, søvnforstyrrelser og spiseændringer.

Årsager og håndtering

Årsager til BPSD hos Alzheimerspatienter kan være talrige. Overordnet kan årsagsfaktorer grupperes i forhold til, om de er neurobiologiske, psykosociale eller omgivelsesbestemte.

De neurobiologiske årsager refererer til faktiske fysiske ændringer i patientens hjerne i forbindelse med

BPSD og Alzheimers sygdom.

De psykosociale faktorer er udtryk for udækkede behov. Det kan være psykologisk (frygt for at blive udsat for fare, behov for at være elsket) og fysiologisk (sult, tørst, smerte). F.eks. kan manglende evne til at trøste sig selv resultere i forstyrrede adfærd, og sproglige forstyrrelser som vedvarende råben kan være forsøg på kommunikation. For at undgå frustration anbefalede Roy Jones demenskoordinatorer til at opmuntre patienter til at udføre opgaver, som ligger inden for deres



evner og muligheder.

Omgivelsesbestemte faktorer, som kan resultere i BSPD, er f.eks. overdreven støj eller stimulation, mangel på rutiner, dårlig belysning, overdrevne krav, andres stressende opførsel, kedsomhed og ensomhed.

Ligesom BSPD har mange årsager, findes der flere måder at håndtere symptomerne på. I første omgang identificeres årsagen som enten neurobiologisk, psykosocial eller omgivelsesbestemt for at få en rettesnor for håndtering eller behandling. Derefter kan personalet intervenere med forskellige tiltag. Nogle omgivelsesbestemte faktorer kan let ændres. Roy Jones gav et eksempel med en meget ophidset patient. Personalet fandt ud af, at patienten ikke kunne finde toilettet og derfor blev frustreret – toiletdøren blev markeret med store bogstaver og en tydelig farve, og problemet var løst. Specifikke interventioner som f.eks. lysterapi, aromaterapi, musikterapi eller massage kan være en måde at dække en patients behov. Roy Jones mener overordnet, at demenskoordinatorer skal tage udgangspunkt i, hvordan patienten var før demenssygdommen, og hvad patienten stadig kan gøre – det kan være nøglen til at forstå en bestemt adfærd og til at finde brugbare løsninger for såvel patient som pårørende og plejepersonale. Vær kreativ, små ændringer kan have stor effekt.

Roy Jones fremviste flere forskningsresultater, som viste, at forskellige non-farmakologiske interventioner og tiltag ofte virker, men i begrænset udstrækning. Da forholdene er mindre kontrollerede og interventionerne personafhængige, er

det vanskeligere at måle effekten af disse end at måle effekten af medicin. Roy Jones konkluderede, at interventioners succes synes at afhænge af entusiasmen hos den person, som udfører interventionen, snarere end af selve interventionen.

Behandling med medicin

Roy Jones advarede om, at antipsykotika bør være absolut sidste udvej til behandling af BSPD. Hvis uundværlig brug lav dosis i så kort tid som muligt og overvej løbende seponering. Det er problematisk, at antipsykotisk medicin bruges til at behandle adfærdssymptomer, da antipsykotika har alvorlige bivirkninger. Kliniske undersøgelser af brug af atypiske antipsykotika til behandling af adfærd hos ældre patienter med demens har vist højere dødsrate, sammenlignet med patienter som fik placebo. Regulerende institutioner (som Lægemiddelstyrelsen) i USA (FDA), UK (MHRA) har advaret mod brug af disse stoffer på grund af øget mortalitetsrate og forøget risiko for kognitiv svækkelse, lavt blodtryk og sedation. Nye undersøgelser viser ingen forskel i effekt mellem disse stoffer og placebo. Antipsykotika kan være nødvendig i nogen tilfælde, især ved akutte adfærdsproblemer, men alternativer bør anvendes hvor muligt, herunder f.eks. ved behandling af co-morbiditet som smerte.

Medicin til symptomatisk behandling af Alzheimers sygdom kan have gunstig effekt på adfærd. Udover en generel forbedring kan Memantin have specifikke gavnlige virkninger på agitation, vrangforestillinger og irritabilitet. Behandling med memantin kan også have en forebyggende

effekt på udviklingen af adfærdsforstyrrelser. Undersøgelser af Kolinesterasehæmmere har vist forskellige resultater. Flere undersøgelsesresultater understøtter fordelene ved at reducere de neuropsykiatriske symptomer. Kolinesterasehæmmere kan have specifik effekt på apati og hallucinationer. Roy Jones viste forskningsresultater, hvor donepezil havde forbedrende effekt på symptomer som depression, uro og apati. En ny undersøgelse antyder, at donepezil ikke synes effektiv til behandling til klinisk agitation hos patienter med Alzheimers sygdom, som ikke har responderet på psykologisk terapi.

På et spørgsmål fra salen angående frontotemporale patienter, svarede Roy Jones, at Memantin ikke er så virkningsfuld på disse patienter, og at undersøgelser indikerer, at antipsykotika kan hjælpe netop denne gruppe. Nogle studier viser, at aromaterapi og lysterapi kan have gavnlig effekt på frontotemporale patienter. Roy Jones kunne ikke bekræfte, at der er ny demensmedicin på trapperne.



Behandling med antipsykotika til demente i Danmark - hvordan kan vi gøre det bedre?

Annette Lolk, Specialeansvarlig overlæge ph.d., Demensklinikken og Psykiatrisk afd. P, Odense Universitetshospital

Annette Lolk indledte sit oplæg med at understrege, at hun ikke kan give færdige løsninger på, hvordan behandling med antipsykotika til demente bliver bedre, men at hun vil påpege problemer på området og mane til forsigtighed.

Psykiatriske og adfærdsmæssige symptomer

Antipsykotika benyttes indenfor demensområdet, da psykiatriske symptomer og adfærdsforstyrrelser (BPSD) forekommer hyppigt hos moderat til svært demente patienter.

Psykiatriske symptomer omfatter angst, depression, eufori, hallucinationer, vrangforestillinger og misidentifikation. Patienten diagnosticeres på basis af observation og interview med patient og pårørende/omsorgsperson.

Adfærdsmæssige symptomer omfatter fysisk aggression, verbal aggression, råben, rastløshed og beskæftigelsestrang, omkringvandren, uhæmmet og upassende adfærd, "skyggeadfærd", apati, ændrede spisevaner og ændret døgnrytme.

Depressive symptomer kan være svære at diagnosticere, og apati ses hyppigt tidligt ved mild demenssygdom. Patienter med frontallapsdemens har adfærdsforstyrrelser tidligt i forløbet. De øvrige symptomer ses typisk ved moderat til svær demens.

BPSD opstår i et samspil mellem demenssygdommen, patientens personlighed og miljøet. Konkrete årsager kan være utilstrækkelig pleje og omsorg, utilstrækkelig effekt af pleje- og omsorg på uopdagede somatiske sygdomme, utilstrækkelig effekt af antidemensmedicin på BPSD. Det er vigtigt at udelukke fysiske sygdom-

me før yderligere undersøgelse af symptomernes årsag. BPSD og delir har f.eks. mange symptomer fælles. De fleste tilfælde af akut psykose hos ældre patienter skyldes delir. Demente patienter har øget risiko for delir forårsaget af banale lidelser som f.eks. blærebetændelse eller forstoppelse. Delir skyldes legemlig sygdom, medicinbivirkning eller abstinenser (alkohol eller benzodiazepiner) og kræver somatisk undersøgelse. Psykofarmaka kan forværre tilstanden. En patient med psykiatriske og adfærdsmæssige symptomer bør altid undersøges for delir.

Bivirkninger ved behandling med antipsykotika

Gentagne, systematiske observationer af patienten er nødvendig for at fastslå årsagen til BPSD. Patientens tilstand gennem 14 dage registreres, så relevante ændringer efter interventioner i medicin eller pleje/omsorg kan dokumenteres. Observation kan registrere, om patienten er belastet af miljø og kan give idéer til ændringer – f.eks. er nogle dagscentre meget befærdede, hvilket virker forstyrrende. Supervision af demenskoordinator eller gerontopsykiatrisk distriktssygeplejerske kan være en del af løsningen, og assistance fra VISO er en mulighed. Små tiltag i forhold til patientens miljø, omsorg og pleje kan forbedre situationen betydeligt. Pårørende skal have grundig information om f.eks. apati, som er en del af demenssygdom.

Hvis en behandling stadig er utilstrækkelig, og symptomer har en sværhedsgrad, der enten påvirker patientens eller pårørendes/medbeboeres livskvalitet eller funktion, kan behandling med antipsykotika overvejes. Det skal

overvejes nøje, før en behandling med antipsykotika iværksættes. Antipsykotika har en begrænset effekt på hallucinationer, vrangforestillinger og aggressivitet. Bivirkninger er betydelige: Antipsykotika giver øget risiko for blodpropper i hjernen og øget risiko for død. Før behandling påbegyndes, skal patienten orienteres om den øgede risiko. Hvis en patient er inhabil, skal pårørende informeres og acceptere behandlingen.

Annette Lolk fremviste resultater fra en undersøgelse af dødelighed hos patienter med Alzheimers sygdom i behandling med antipsykotika. Undersøgelsen af rapporterede en 12 måneders dobbeltblind behandling med placebo eller med fortsat behandling med antipsykotika. Efter et år var overlevelsen på 77 % hos placebo-patienter og 70 % hos antipsykotika-patienterne. Efter to år var overlevelsen 71 % hos placebo-patienter og 46 % hos antipsykotika-patienterne. Behandling med antipsykotika bør ske i kortest mulig tid, og seponering skal løbende overvejes.

Mere antipsykotika på plejehjem

En rapport fra Lægemiddelstyrelsen (2005) har kortlagt ældres forbrug af antipsykotiske lægemidler i Danmark. Forbruget i 1996 blev sammenlignet med forbrug i perioden 1999–2003. Antallet af 65+ årige i behandling var faldet, men den gennemsnitlige dosis var steget, og plejehjemsbeboere havde større forbrug end hjemmeboende (enten pga. større doser eller længere behandling). Desuden sås en svag stigning i andelen af plejehjemsbeboere, der fik antipsykotika – fra 26 % til 28,2 %. Annette Lolk fandt resultatet rystende, og Sundhedsstyrelsen har meldt ud, at den ville følge forbruget.

Forskningsresultater og rapporter bekræfter, at en situation nøje skal overvejes, før behandling med antipsykotika iværksættes, og det skal medtænkes, om psykosociale tiltag kan forbedre situationen. Annette Lolk opfordrede demenskoordinatorer til nøje at observere effekt og evt. bivirkninger hos en patient i behandling med antipsykotika og til som hovedregel at overveje seponering. Nedtrapning foretages gradvist ved dosisreduktion hver fjerde uge. Hvis symptomerne, f.eks. svær aggression kommer igen, og behandlingen genoptages, bør indikationen fremgå tydeligt af journal.

Annette Lolk opfordrede demenskoordinatorerne til at have fokus på patienter, der får antipsykotika og til at tale med patient, pårørende og plejepersonale om aftrapning. Vær i den forbindelse opmærksom på, at psykotiske symptomer i en aftrapningsfase kan skyldes delir. Derfor er det vigtigt at følge patient, når antipsykotika trappes ud.

Slides fra Annette Lols seminar er lagt på DKDKs hjemmeside og ligger der frem til januar 2012.



Marte meo metoden - en vej til kontakt og dermed øget livskvalitet for mennesker med demens

Susanne Søborg Christensen, cand.psych.aut. og marte meo supervisor, privatpraktiserende psykolog, København

Egil Maigaard, SSA/marte meo terapeut, Asterscentret, Roskilde

Hanne Frost, SSA/Demensvejleder/marte meo terapeutstuderende, Asterscentret, Roskilde

Susanne Søborg Christensen forklarede indledende, at Marte meo er en metode, som udvikler sociale kompetencer hos mennesker der arbejder med andre mennesker.

Marte meo - en ressourcetilgang

Metoden er baseret på principper, ikke teknik. Det menneskesyn, der ligger bag Marte meo metoden, kan kort opsummeres således:

- Vi har alle ressourcer til at indgå i samspil – sociale kompetencer
- Vi har alle flere ressourcer, end vi er klar over
- Vi udvikler os ved bevidstgørelse af ressourcer - ikke af det vi gør forkert



Målet er at se sig selv som et meningsfuldt menneske, der udretter meningsfulde ting. Metodens fokus er relationer og dynamikken mellem to mennesker i interaktion. Metoden har kommunikationsprincipper, som den enkelte kan integrere i sin faglighed og personlighed – principper der hjælper til at være autentisk i sine relationer. Den professionelle og en borgers interaktion videooptages. Optagelserne giver mulighed for at opdage nye sider ved "den anden" og ved sig selv. De giver samtidig rum for refleksion over sig selv i samspil med en anden og øger opmærksomheden på, hvordan den professionelle påvirker den demente borger. Ved at holde fokus på begges ressourcer, øges selvværd hos begge parter. Den professionelle bevarer herved lettere sin åbenhed og nysgerrighed i forhold til faglig udvikling.

Sidste del af oplægget var eksempler på videooptagelser. Eigil Maigaard og Hanne Frost, begge ansat ved Asterscentret i Roskilde, kommenterede, hvordan metoden benyttes i situationer fra deres dagligdag.

Efter oplægget diskuterede salen og oplægsholdere juridiske aspekter ved at videooptage demente borgere. Borger eller værge informeres før optagelser, og der udarbejdes en kontrakt om hvad der sker med videomaterialet. Videooptagelser bruges som hovedregel udelukkende internt. En deltager berettede, at hun altid siger "nu filmer jeg", før borgere optages på video. Hvis en borger verbalt eller nonverbalt viser, at vedkommende er imod, kasseres optagelsen. En anden deltager fremførte, at der ikke er forskel på at lagre skriftlig information og videooptagelser. Begge dele er data om borgeren.

Fremtidens social- og sundhedsmedarbejdere

Anne-Marie Dahl, cand.scient.pol. og fremtidsforsker i Futuria, forfatter til bogen "Genveje til fremtiden – fremtidsforskning som værktøj i virksomheden"

Anne-Marie Dahl begyndte sit oplæg med at beskrive en ung mand af tiden: Mathias på 23 deler gerne sit helt enkle visitkort ud. På forsiden er blot hans navn, på bagsiden budskabet "Google me!". Via Google henvises til Mathias' egen hjemmeside, der giver stor indsigt i, hvem Mathias er, hvad han mener og føler. Selvom eksemplet om Mathias er ekstremt, er han et tegn på den selviscenesættelse, der kendetegner popstars-generationen. Det er unge fra den generation, som er fremtidens social- og sundhedsmedarbejdere.

Fra information til oplevelse

Den store udfordring i fremtidsforskning er, at fremtidens tendenser er anderledes end nutidens, men at fremtidsforskeren i sagens natur altid vil tage udgangspunkt i nutiden. Anne-Marie Dahl illustrerede dette med et citat fra bilfabrikanten Henry Ford:

"Hvis man havde spurgt kunderne, hvad de ønskede sig, havde de sagt – en hurtigere hest"
Henry Ford 1905

Citatet viser, hvor svært det er at sætte sig udover sin egen tid. Anne-Marie Dahl mener ikke, det er realistisk at trække linjer længere end

10 år frem. Korte linjer er nyttige, da vi selv kan påvirke disse fremadrettet.

Anne-Marie Dahl skitserede samfundets udvikling: For 60-70 år siden levede vi i industrisamfundet, kendetegnet ved at fabrikanterne/ejerne var toneangivende. Fysisk styrke og det at kunne indordne sig under rutiner var afgørende for at klare sig på arbejdsmarkedet.

I dag lever vi i informationssamfundet med en ny logik. I informationsamfundet er de analytiske eksperter toneangivende. Der er hård international konkurrence på jobmarkedet - også på vidensjob. En ny global arbejdsdeling gør sig gældende: Fabrikker er outsourcet, det samme er eller bliver kontorarbejde/simpel vidensbehandling. Innovation, udvikling og service i teamwork er det, vi skal leve af i fremtiden. Vi har et flydende arbejdsbegreb, der gør os mere uafhængige af tid og sted, og virksomheder bliver stadig mere fleksible med færre fastansatte og flere freelancere.

Bevægelsen mod fremtidens samfund, som kan kaldes for oplevelsessamfundet, er i gang. Anne-Marie Dahl karakteriserede overgangen som et skift mellem fokus fra hjerne til hjerte eller fra "nørd" til

empati. I oplevelsessamfundet bliver borgeres rolle i stadig højere grad at være forbrugere drevet af følelser. Vi forventer oplevelser overalt! I supermarkedets køledisk findes kyllinger "med et godt sind" og glade grise med krølle på halen. I oplevelsessamfundet sætter vi os selv i spil som mennesker - følelser og historier er i centrum. Kommuner rustet sig allerede nu med følelshistorier – Randers har motto'et "Mod på livet", og Horsens har et fængslende image med et innovativt oplevelsesmuseum i det tidligere statsfængsel.

Megatrends og individualisering

Megatrends er store, globale bevægelser, der med stor sikkerhed kan konstateres og forudses. Fremtidsforskning retter sig især mod megatrends, da de påvirker samfundet – præcist hvordan, kan være vanskeligt at sige.

Individualisering som megatrend har eksisteret siden 1970'erne. Den er blevet forstærket af, at alt i dag er på valg. Muligheden for at vælge og vrage er uendelig stor: Alt kan købes for penge, kønsskifte er muligt, udseende kan ændres med plastikoperationer. Intet er længere en nødvendighed – det gælder traditi-

on, religion, faste roller osv. I den enkeltes identitetssøgning er der frihed til at vælge, og ingen valg er rigtige eller forkerte. Samtidig har den enkelte ansvar for eget liv, læring og lykke, hvilket gør det svært at træffe valg. Som følge af en anden megatrend – globalisering – bliver verden set som en legeplads. Vi er vant til at rejse ud, vant til et højt pirringsniveau og til selv konstant at vælge til og fra. Psykologer fortæller om rådvilde, unge mennesker ramt af fremtidschok som ikke kan holde fast på uddannelse, job eller kæreste.

Som følge af individualisering og uddannelsesniveau vil borgere og



pårørende stille flere krav på social- og sundhedsområdet – krav om nye undersøgelser og metoder, og krav om at personalet er mere til rådighed. Krav som vanskeligt indfries i en tid med mangel på arbejdskraft og økonomiske ressourcer.

Fra kerne- til netværksfamilie

Familier vælges og tilrettelægges mere bevidst og på andre måder. Familien opfylder ikke de samme funktioner som tidligere, hvor medlemmerne var mere afhængige af hinanden: I dag tjener kvinder selv penge, børn og ældre er i institution. Kernefamilier er erstattet af netværksfamilier, som er præget af en vis løsagtighed. En utilfreds ægtefælle kræver skilsmisse, venner indtages som familie, og det er i dag muligt at finde ekstra familiemedlemmer på internettet. Man kan finde hjemmesider for affærer i ægteskabet og hjemmesider for at finde partnere til at få børn sammen med uden andre forpligtelser.

Børn er det "lim" som holder netværksfamilier sammen. Engang var børn et værn i alderdommen, i dag mod ensomheden. Børn er blevet trofæer, som vises frem. Når et barn er i vanskeligheder, er dets helikopterforældre altid parate til at dykke ned og hjælpe til – og det bliver

ved, selv når børnene er store: Hver 10. svenske arbejdsgiver har oplevet, at forældre har kontaktet dem vedrørende konflikter, SU-styrelsen modtager mange opkald fra forældre til unge studerende og supermarkeder er trætte af forældre, som søger job på deres børns vegne.

Ældre borgere lever meget anderledes. Tidligere var perspektivet, at der ikke skete mere, når børnene var fløjet fra reden. I dag skal ældre realisere sig selv. Fremtidens kvinder på 78 år har måske lige fået et barn.

Popstars-generationen

For moderne mennesker er tvivl en fast følgesvend - vi bliver situationale individer, dvs. situationsafhængige følelsesindivider. Anne-Marie Dahl gav et eksempel fra sin egen dagligdag, hvor hendes teenagesøn ikke umiddelbart kan svare på, om han spiser aftensmad i familiens skød. Han skal først tjekke sms og facebook for andre, konkurrerende og måske mere attraktive tilbud. Det er i dag svært at samle en flok 14-årige hver onsdag eftermiddag til fodbold. Det er nemmere at sende en sms til drengene en time inden. Selvom faste aftaler og forpligtelser er på retur, er mange unge meget sociale, blot på en anden måde. De

nye deltagelsesformer er sporadiske og impulsive – ikke-forpligtende invitationer sendes ud på sociale netværk, hvorefter de unge mødes og fester et sted i byen.

Unge forestilling om deres fremtidige arbejdsliv er, at det skal være spændende og udviklende, såvel fagligt som personligt. De er vant til at forhandle om alt, og at der bliver taget højde for deres følelser. God løn er ikke det vigtigste. Arbejdet skal have en mission og bære en god historie i sig – så der er noget at skrive på facebook. De unge orienterer sig mere mod projekter end mod virksomheder, og deres største frygt er at hænge fast i det samme job i årevis. Netværk og vidensdeling er altafgørende for denne generation, hvorfor det at forbyde facebook og andre sociale medier i arbejdstiden er dårlig stil. Deres leder skal agere coach og ikke autoritet. Jobbet skal være fleksibelt med såvel ansvar som indflydelse.

De unges drømme er fyldige og højtflyvende bl.a. som konsekvens af helikopterforældres evige ros og anerkendelse. Anne-Marie Dahl mener ikke, at unge er vant til at reflektere, og at deres store drømme nødvendigvis må blive knust – de skal hjælpes til at skabe mindre,

mere realistiske drømme. Samfundet kommer til at mangle arbejdskraft, hvorfor det er nødvendigt at interessere sig for, hvad der tænder de unge i arbejdslivet f.eks. til jobs som social- og sundhedsmedarbejdere? Mange unge tænder mere på en titel som "sosu trainee" end "sosu elev". Det er fint med friske kampagner, men de skal have hold i virkeligheden. Det vigtigste er at signalere - og selvfølgelig give - udviklingsmuligheder, frihed og fleksibilitet.

Slutteligt gav Anne-Marie Dahl bud på, hvilke værdier der vil vinde indpas i fremtiden. Som et fællestræk vil det være andre værdier end de materielle:

- Fra rig til indholdsrig
- Tryghed og tillid, når alt er usikkert
- Nye fællesskaber
- Nærvær og autenticitet
- Ny fokus på ritualer
- Natur, fred & ro – miljø
- At turde gøre sig langsom

Dilemmaer i samspillet mellem Servicelovens regler og Sundhedslovens regler om selvbestemmelsesretten – især når det drejer sig om patienter med demenssygdomme *Elisabeth Hersby, chefkonsulent, cand.jur., Sundhedsstyrelsen*

Efter en kort introduktion bad Elisabeth Hersby deltagerne om aktivt at bidrage med eksempler fra hverdagen, hvor regelsæt fra de to lovgivninger støder sammen. Med eksempler fra praksis belyste diskussionen, de mange etiske dilemmaer, personalet står i, når de skal agere mellem de to love. Det er Serviceloven, personalet handler ud fra, når en borger hjælpes i seng, mens det er Sundhedsloven, personalet handler ud fra, når borgeren skal have sin aftenmedicin.

Magtanvendelse og tvangsbehandling

Såvel Serviceloven som Sundhedsloven indeholder regler om retssikkerhed. Retssikkerhedsregler er vigtige - ikke kun for borgeren, men også for personalet, der skal hjælpe

borgeren. I Serviceloven har regler for magtanvendelse, mens noget tilsvarende ikke findes i Sundhedsloven. Sundhedsloven har regler for tvangsbehandling, men tvangsbehandling kan kun foregå på et hospital efter nærmere angivne regler. Personalet på et plejecenter har både ret og pligt til at sige fra, hvis de af en læge pålægges at skifte forbindelse på et sår, når en borger modsætter sig det. Personalet skal i en sådan situation gå videre med problemet til enten arbejdsgiver eller embedslæge. Elisabeth Hersby påpegede, at demenskoordinatorer skal være opmærksomme på det stedfortrædende samtykke, som pårørende kan give til iværksættelse af behandling. Dette kan kun bruges, hvis borgeren er passiv. I det øjeblik borgeren modsætter sig

en behandling, giver det stedfortrædende samtykke ikke mulighed for at bruge magt for at gennemføre behandlingen.

Absurde situationer

Såvel pårørende som personale oplever absurde situationer, når de to lovgivninger støder sammen. Et eksempel med en borger med et åbent sår: Personalet kan få en magtanvendelsestilladelse (Serviceloven) til at fastholde borgeren, så bleen kan skiftes, men kan ikke få lov til at fastholde borgeren, mens såret behandles (Sundhedsloven). Dette til trods for at alle er enige om, at behandling af såret er vigtigere end den personlige hygiejne.

Problemstillingen med modstridende lovregler har været kendt siden

slutningen af 1990'erne. I Norge og Tyskland er indført ændringer i deres respektive sundhedslove. I Danmark ser Etisk Råd på denne problemstilling som led i en eventuel ændring af Sundhedsloven. Etisk Råd skal bl.a. komme med forslag til, hvilke behandlinger der skal kunne gennemføres trods modstand. I en ændring skal det tydeliggøres, hvornår personale kan tvinge noget igennem, og hvornår de ikke kan. "Ellers kommer personalet igen til at skulle træffe en beslutning, som rettelig skal være lægens", som Elisabeth Hersby sagde.

Elisabeth Hersby opfordrede alle demenskoordinatorer til at sende eksempler fra deres dagligdag, hvor de oplever, at Serviceloven og Sundhedsloven ikke harmonerer.



Rehabilitering af borgere med en demenssygdom

Claus Vinther Nielsen, Ph.d. i socialmedicin, afdelingsleder, Forsknings- og Udviklingsfunktionen, Marselisborgcentret

Claus Vinther Nielsen fremlagde sin idé med seminaret: At deltagerne samarbejdede, så de fik nye idéer og tanker om, hvordan de fremover kan gribe arbejdet an. Spørgsmål fra Claus Vinther Nielsen diskuteredes i grupper på 6-8 personer – derefter i plenum.

Som en robåd uden årer

I mange kommuner sættes lighedstegn mellem rehabilitering og Fredericia-modellen. Flere deltagere mener ikke, det er rimeligt, at borgere med demens udelukkes fra rehabilitering, da rehabilitering handler om inkludering i eget liv. Det har demente borgere også ret til. At genvinde tabt ære og værdighed giver mening i forhold til borgere med demens. En vanskelighed ved at sammenkæde rehabilitering og demens er, at borgeren selv skal tage ansvar i et rehabiliteringsforløb. Her så flere deltagere et ægte dilemma. En rehabiliteringsindsats skal have et mål, hvilket kan være vanskeligt for demensramte at formulere. Demenskoordinatorer kan tage ansvar for egen faglighed, være tovholder på rehabilitering samt prøve at skabe situationer, hvor den demente borger kan spejle sig i andre i træning.

En vigtig pointe er, at rehabilitering ikke hører op, blot fordi de intellektuelle funktioner sætter ud. Claus Vinther Nielsen ser det gode liv som målet for rehabilitering – også for demensramte. En deltager indvendte, at en stor gruppe demente borgere godt kan tage ansvar selv. Dem kan man spørge om deres mål for rehabilitering – ”hvad er det, du gerne vil?”, ”jeg vil gerne selv kunne komme ind til demenscaféen, men jeg kan ikke længere tage bussen” –, så kan demensko-

ordinatoren hjælpe med at finde en vej til dét mål. Et billede på rehabilitering: En 50-årig kvinde nyligt diagnosticeret med Alzheimers sygdom sammenlignede diagnosen med at være efterladt i en robåd uden årer på et åbent, stormfuldt hav. Målet med rehabilitering er at give personen årer, så denne kan tage mere styring over eget liv.

Ulighed i rehabilitering

En anden diskussion var, at tilbud om rehabilitering ikke er et tagselvbord: Hjemmerehabiliterings-træningsbegrebet, hvor den enkelte borger skal kunne selvtræne, er ekskluderende, for dem der ikke kan selvtræne. Mange kommuner sætter lighedstegn mellem rehabilitering og selvhjulpethed, men rehabilitering er ikke nødvendigvis genoptræning til et tidligere niveau. At borgere med demens udelukkes fra rehabilitering er etisk og samfundsøkonomisk problematisk, da der er mange penge at spare, ved at funktionstab forsinkes. Claus Vinther Nielsen slog til lyd for, at denne ulighed, hvor demensramte falder igennem systemet, skal dokumenteres.

Claus Vinther Nielsen forbandt det store fokus på hjemmerehabilitering med, hvordan det sundhedsfaglige syn på borgeren på nogle områder er ved at ændre sig fra et klient- til et medborgerperspektiv. Klientperspektivet gør borgere til passive modtagere med fokus på diagnoser, behandling af mangler og afvigelser. Medborgerperspektivet ser borgerens ressourcer – borgeren er aktiv og tager hånd om sin egen situation. Claus Vinther Nielsen bifaldt dette skifte, men advarede mod det ekstreme medborgerperspektiv, hvor den enkelte borger er overladt til sig

selv. Sundhedsloven lægger meget vægt på medborgerperspektivet, men er skrevet ud fra forudsætning om, at alle er rationelt fungerende individer.

I medborgerperspektivet lægges vægt på samtykke og selvbestemmelse, hvilket er en særlig udfordring for borgere med demens. Det vigtigste er måske i god tid at forberede borgeren på fremtiden. I denne sammenhæng er plejetestamenter en god idé. En deltager mente, at det kan være en fordel, at der ikke er fokus på rehabilitering af demente fra centralt hold. Det kan give luft til at udvikle egne indsatser og finde særlige rehabiliteringsmetoder for mennesker med demens.

Samarbejde på tværs

Claus Vinther Nielsen sluttede med en diskussion om tværfagligt teamarbejde. Det er vigtigt at forholde sig til, hvordan der samarbejdes i teams, for i god rehabilitering er der sammenhæng mellem enkeltydelserne. Rehabilitering kræver tværfagligt samarbejde, fordi opgaven er sammensat og behøver en samordnet og helhedsorienteret tilgang. Claus Vinther Nielsen opstillede forskellige modeller for teamarbejde. En ekstrem er præget af, at hver faggruppe forfølger sit eget mål, og ingen har et overblik. En anden ekstrem er tæt og koordineret samarbejde. De fleste teams ligger et sted mellem de to yderligheder, men det er godt at have disse yderpunkter i baghovedet, når teamarbejdet sættes under lup.

Den ældre medicinske patient kan også have en demenssygdom

Tina Jørgensen, chefkonsulent i KL

Tina Jørgensen tog udgangspunkt i KL's høringsudkast til det faglige oplæg for en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. Baggrund for handlingsplanen er, at den demografiske udvikling i antallet af ældre betyder, at den ældre medicinske patient er en stor enkeltstående udfordring.

Hvorfor er udfordringerne ikke løst?

Den ældre medicinske patient er ikke i sig selv et selvstændigt speciale. Patienter har ofte flere samtidige sygdomme, men sundhedsvæsenet retter sig primært mod enkelt diagnose og der er ganske få geriatriske sygeplejersker og læger.

Sektorovergange fungerer ikke godt nok, hvilket ses i de mange dårlige udskrivelser. Oceaner af tid er brugt på udarbejdelse af kataloger, men problematikken er ikke løst. For døende er situationen en anden og uden problemer. Tina Jørgensen spurgte, hvorfor situationen ikke er løst i forhold til borgere med apopleksi. Én udfordring er, at for forståelse og fordomsfuldhed overfor andre faggrupper trives både internt i hver enkelt sektor samt sektorerne imellem. Sektorerne og faggruppernes forventninger til hinanden er små og der skal arbejdes på at opbygge respekt for hinanden, således at der kan løftes i flok.

Det faglige oplæg til en handlingsplan har anbefalinger i forhold til seks overskrifter.

Forebyggende indsats og tidlig opsporing

Patienter, der har behov for særlig opmærksomhed og indsatser, skal identificeres. En systematisk identifikation/ tidlig opsporing af akut sygdom, tidlige sygdomstegn samt forværring af kroniske tilstande bliver formodentlig et krav. Den 6. hyppigste årsag til indlæggelser i dag er obstipation og væskemangel. Undersøgelser har vist, at 60 % af beboere på plejecentre samt 40 % af borgere i hjemmeplejen er

underernærede på trods af at der eksisterer meget evidens om ernæring. Tina Jørgensen mener ikke, at evidens bruges tilstrækkeligt – det samme gør sig gældende i forhold til faldforebyggelse.

Uddannelse og kompetencer

Mange forskellige fagprofessionelle indvolves i forbindelse med det ældre medicinske patientforløb. Der er sket en opgaveglidning fra sygeplejersker til assistenter samt fra sekundær til primær sektor. I løbet af de sidste 20 år er sundhedsfagligheden forsvundet fra plejehjemmene men der er behov for den. Frontmedarbejdere skal være klædt på til at yde en proaktiv indsats, hvilket kræver efteruddannelse. Seminariedeltagere mente, at der generelt er behov for brede, geriatriske kompetencer.

Demenskoordinatorer praktiserer sidemandsoplæring, laver planer for borgere og følger op på dem, hvilket der er stor respekt og anerkendelse for. Måske denne praksis kan overføres til andre områder, sagde Tina Jørgensen Demenskoordinatorer skal give rum til, at andre har den direkte kontakt til borgerne. Tina Jørgensen fortalte at der nu er koordinatorer for hvert forløbsprogram og fortsatte: Skal der ansættes en koordinator til at styre koordinatorerne og hvordan kan alle forløbsprogrammer sammenkøres?

Det rette tilbud på rette sted

Når akut sygdom eller forværring af kronisk sygdom opstår, skal den ældre medicinske patient - på baggrund af en lægefaglig vurdering - visiteres til det rette tilbud. Kommuner medfinansierer borgernes indlæggelsesdage. Ældre medicinske patienter vil få flere ambulante tilbud, hvilket vil medføre færre indlæggelsesdage og holde udgifter i ave. I nogle kommuner laves opfølgende hjemmebesøg fra primær sektor. KL er bekymrede over for mange udgående teams og mener, at ansvaret skal ligge ét sted og

helst i kommunerne.

Sammenhæng i patientforløbet

Sektorovergange SKAL virke. Hvordan gøres overgangene bedre? I regi af sundhedsaftalerne bør udarbejdes samarbejdsaftaler med henblik på at undgå genindlæggelser. Disse skal sikre, at ældre medicinske patienter får opfølgning umiddelbart efter udskrivelse fra sygehus. Tina Jørgensen mener, at koordinerende sygeplejersker på hospitaler med jævne mellemrum skal udskiftes for at undgå at de bliver hospitalets og ikke kommunernes sygeplejersker.

Medicin

Problemstillinger i forhold til medicin, herunder polyfarmaci og risici for fejlmedicinering, er centrale i forhold til den ældre medicinske patient. En systematisk medicinafstemning ved indlæggelse, udskrivelse og ved ambulatoriebesøg anbefales. Dette bør indskrives i sundhedsaftalerne. En anden anbefaling er en systematisk kvalitetskontrol på området. Anbefalingerne skal understøtte samarbejde, minimere risiko for medicineringsfejl samt bivirkninger og dermed forebygge medicinrelaterede indlæggelser.

Forskning og videndeling

Evidens i forhold til den ældre medicinske patient er sparsom. Der er behov for strategisk og systematisk forskning, som kan understøtte udvikling med kvalitetssikring og sammenhæng for den ældre medicinske patient. Der er ligeledes behov for videndeling, som kan understøtte implementering og ensartet kvalitet på tværs af landet. Det anbefales, at kommuner og regioner får en fælles landsdækkende vidensspredning f.eks en videndelingsportal, hvor eksisterende faglige retningslinjer, evidens og best practice målrettet den ældre medicinske patient er tilgængelig.

Hvordan kan man med nogenlunde sikkerhed vide, at man forstår det samme som det samme?

Mads Hermansen, Institutleder, professor, Ph.d, dr.pæd., Institut for Psykologi, Syddansk Universitet

Seminaret var en opfølgning på Mads Hermansens hovedoplæg "Hvad sker der i formidling". Seminaret tog udgangspunkt i emnet "selvrefleksion".

Opmærksomhed på relationen

Mads Hermansens oplæg tog udgangspunkt i, at "hvis man skal holde sig selv i sporet - som professions-professionel - skal man konstant forholde sig selvrefleksiv og nyfortolkende". Dvs. den professionelle skal konstant stille sig selv spørgsmålet: "Hvad gør dette ved min funktion/ profession?"

Mads Hermansen opfordrede deltagerne til at have en konstant opmærksomhed på relationen mellem sig selv, og dem vi kommunikerer med. At være opmærksom på, hvordan vi anerkender hinanden og sørge for konstant at være opmærksom på at se på den relation, vi er involveret i. Mads Hermansen opfordrede til, at den enkelte ser relationer i metaplan - altså løbende har fokus rettet på relationen, mens man er i den. Først når vi ser og tolker den andens reaktion på vores henvendelse, kan vi se og lave vores egen fortolkning af, hvordan vi

opleves af andre. Mads Hermansens pointe er, at vi bliver til dem, vi er i en fortolkning af en fortolkning.

At indgå i et team

Der er intet udenfor det relationelle selvrefleksionsarbejde ifølge Mads Hermansen.

Mads Hermansen talte om det at indgå som selvstændigt individ i et team. I et team skal alle arbejde professionelt, omsorgsfuldt og anerkendende for udvikling hos den enkelte. I et team skal der være fokus på at skabe læringsrum. Et læringsrum skal fjerne afmagtsfortællingerne. Så længe der er afmagt, er det svært at lære. Teamet skal være opmærksom på at skabe større og større frustrationsrobusthedskompetence hos den enkelte og i teamet.

Teamet skal kunne

- rumme mangfoldighed
- arbejdsdele
- håndtere forskel i energiniveau, forpligtelse, personlighed og stil
- håndtere uenighed og konflikt
- være indholdsorienteret og kunne tåle at få og miste medlemmer uden at gå i spåner

I et team er det også vigtigt at tale

om teamets spilleregler, som f.eks. kan være:

- i vores team møder man til tiden
- vi holder os til sagen i stedet for at gå på personen
- vi arbejder med anerkendende kommunikation
- Tavshedspligt
- det er bandlyst at...



Indtryk fra DKDK Årskursus 2011



Seksualitet og demens – et etisk og praktisk spørgsmål i hverdagen mellem personen med demens og personalet

Maj-Britt Joost, demenskonsulent, Gentofte Kommune

Maj-Britt Joost indledte med at opridse sin egen baggrund: Kort efter Maj Britts ansættelse som demenskonsulent i Gentofte Kommune følte en medarbejder sig seksuelt krænkede af en borger med demens, så derfor blev seksualitet et tema for hende.

En menneskeret og et tabu

Maj-Britt Joost tog udgangspunkt i WHO's definition af seksualitet:

”Seksualitet er en integreret del af ethvert menneskes personlighed. Den er et basalt behov og et aspekt af det at være menneske, som ikke kan ad-

skilles fra andre aspekter i livet.

Seksualitet er ikke synonymt med samleje. Det handler ikke om, hvorvidt vi har orgasme eller ej, og endelig er det ikke summen af vort erotiske liv. Dette kan være en del af vores seksualitet, men behøver ikke at være det. Seksualitet er så meget mere. Det er, hvad der driver os til at søge efter kærlighed, varme og intimitet. Den bliver udtrykt i den måde, vi føler, bevæger os på, rører ved og bliver rørt ved. Det er lige så meget dette at være sensuel, som at være seksuel. Seksualitet har indflydelse på vores tanker, følelser, handlinger og samhandlinger, og derved på vor mentale og fysiske helb. Og da helb er en fundamental menneskeret, så må også seksuel helb være en basal menneskeret.”

I dag er mange af fortidens seksuelle tabuer brudt ned, men der findes stadig tabuer særligt vedrørende ældre, syge og handicappedes seksualitet. Vi fødes og dør alle med en seksualitet, og vi tænker på sex hele livet - en amerikansk undersøgelse viser, at over 50 % af meget ældre mennesker har seksuelle fantasier. At en person er ramt af demens, betyder ikke, at sexlysten forsvinder. Men den naturlige lyst kan blive et problem, hvis plejepersonale og pårørende ikke forholder sig til det. Maj-Britt Joost mente, at emnet er overset, hvilket var baggrunden for projekt ”Kærlighed og sex hele livet”, som kørte i 2008-2009 i Gentofte Kommune, og i dag er en del af driften. Gennem projektet havde Maj-Britt Joost god sparring med en sosu-assistent, som viste sig at have en sexologuddannelse i bagagen.

Kærlighed og sex hele livet

Projektet var målrettet medarbejdere i plejeboliger, og 400 medarbejdere deltog i en temadag om æl-

dre og seksualitet. Temadagen omhandlede viden om den raske ældres seksualitet, viden om seksualitet og demens, de nye ældre, hvordan der tales med kollegaer og beboere om seksualitet og om kommunens retningslinjer. Der holdes årligt afholdt en temadag for nye medarbejdere og de frivillige, der arbejder i plejeboliger, har også været på temadag. 20 ressourcepersoner har deltaget i fem dages uddannelse om ældre og seksualitet. Ressourcepersonerne fik uddannelse om kommunikation, sygdomme og seksualitet, medicin og seksualitet, pårørende, etik og moral og hjælpemidler suppleret med casearbejde med dilemmaer – de var derefter i stand til at give andre medarbejdere professionel sparring i spørgsmål om kærlighed og sex.

Projektets mål var at klæde medarbejderne på til at varetage de faglige udfordringer, det er at støtte, informere og vejlede personer med demens, således at der er en åbenhed og dialog om personens seksualitet. Gennem projektet er medarbejdere blevet klædt bedre på til at indtænke, tackle og tale om seksualitet i deres arbejde. Flere medarbejdere syntes, det var et vanskeligt område og fandt det grænseoverskridende at åbne op om beboeres seksualitet. De var usikre på, hvad de skal, må og ikke må. Maj-Britt Joost gjorde det klart, at medarbejdere skal skabe rum for dialog om beboerens behov for nære relationer, kontakt, varme, intimitet og seksualitet og være opmærksom på signaler og ændret adfærd som kan relatere til emnet. Medarbejdere må gerne introducere beboere til seksuelle hjælpemidler, hjælpe med praktiske tiltag, så seksuel udfoldelse bliver mulig og medvirke til kontakt til prostitueret efter faglig vurdering samt inddragelse af leder, men ikke inddrage pårørende uden tilladelse fra brugeren eller afvise spørgsmål eller signaler om seksualitet.

En værdig livsafslutning – også for mennesker med en demenssygdom

Ulla Helsted, vicedirektør, sygeplejerske, Holmegårdsparken, Gentofte

Fordomme er før-domme

Flere etiske dilemmaer blev diskuteret, f.eks. om en kvindelig beboer på et plejehjem, der indleder et forhold til en anden beboer. Hun vil ikke, at hendes mand får kendskab hertil. Dilemmaet er, om medarbejderne skal fortælle manden om forholdet eller tie? Maj-Britt Joost mente, medarbejdere skal respektere beboeres ønske og privatliv – og ikke fortælle om forholdet. Et andet dilemma: En mandlig beboer ønsker at få besøg af en prostitueret efter andre forgæves tiltag for at imødekomme hans seksuelle behov. Børnene administrerer hans økonomi - skal medarbejderne spørge børnene om lov? Maj-Britt Joost mente ikke, der skal ikke indhentes tilladelse hos børnene, men det bliver svært at holde udgiften hemmelig for dem.

Ældre mennesker er - ligesom alle andre – påvirket af mediers syn på ældre og seksualitet. At figur og fysiologi ændrer sig med alderen, er ikke godt for selvfølelsen. Ændringer kan bevirke en øget opmærksomhed på andres signaler og vurdering. Det er en skam, for mange bliver mere hæmmede i forhold til seksualitet. Kroppens signaler aftager med alderen, hvilket bevirker, at der skal mere berøring og kærtegn til for at opnå nydelse. Heldigvis vil kommende ældre ikke finde sig i tabuer og stigmatisering. 60'ere-generationen har et frigjort syn på seksualitet, og medarbejdere i ældresektoren skal være forberedt på flere krav – også på det område. Plejeboliger og plejehjem kan forventes at skulle rumme alle typer beboere, f.eks. mænd der ønsker at bære dameundertøj.

Maj-Britt Joost slog til lyd for, at medarbejdere skal arbejde professionelt med seksualitet ved at analysere og bearbejde egne fordomme. Fordomme og tabuer bygger ikke på facts, og skal betragtes som fordomme. Sæt fordomme i spil – det er til gavn for os selv og borgere.

I 2003 begyndte ledelse og medarbejdere på Danmarks ældste plejehjem, Holmegårdsparken i Gentofte, et arbejde med at sikre beboere en værdig livsafslutning.

Baggrund

Arbejdet gik ud på, at udarbejde standarder for, hvordan de ca. 75 beboere, der hvert år dør på Holmegårdsparken, kan få den mest nænsomme og værdige afslutning på livet. Medarbejdere havde en oplevelse af, at nogle af de demente beboere pludselig blev dårlige og døde i løbet af få dage. Situationen var, at pårørende blev kontaktet på skæve tidspunkter af døgnnet og at vagtpersonale skulle tage stilling til store eksistentielle spørgsmål her og nu. Der var ikke medicin til at lindre akutte tilstande og vagtlæger skulle tage stilling til behandling eller lindring af beboere, som de kun havde set i få minutter. Akut indlæggelse af døende demente var en uhensigtsmæssig realitet.

I Holmegårdsparkens målsætning stod - også dengang -, at beboere og pårørende skal opleve en værdig afslutning på livet, men medarbejdere oplevede ikke altid, at det var tilfældet. De manglede at samle og systematisere deres observationer og at skelne mellem, hvornår der var tale om almen svækkelse, og hvornår der var tale om, at det var tiden til, at iværksætte palliativ behandling og pleje.

Terminal pleje og en værdig livsafslutning

Et omfattende undervisningsforløb for samtlige medarbejdere blev iværksat i samarbejde med et hospice. Alle observationer, de enkelte med-

arbejdere gjorde i forhold til almene og specifikke symptomer, der viser, at et menneske nærmer sig livets afslutning blev samlet. Medarbejderne blev bevidste om, at selv små ændringer i beboers tilstand kan have betydning og derfor skal dokumenteres – f.eks. at beboeren sover mere, spiser mindre osv. Alt sammen med det formål, at identificere om beboeren skal have terminal pleje og behandling. Dette involverer også kontakt med beboers praktiserende læge, som tager stilling til evt. seponering af medicinsk behandling og ordination af smertestillende og beroligende medicin.

Det er af afgørende betydning, at beboers pårørende inddrages så meget, som de ønsker i beslutninger og i plejen. En plejeplan for beboers livsafslutning bliver udarbejdet, og de pårørende informeres om, hvad der skal ske, hvad de kan komme til at opleve, og hvordan plejepersonale i samarbejde med læge lindrer de symptomer, der kommer. Målet er, at alle involverede parter oplever tillid og tryghed i forløbet – og at høj faglighed og medmenneskelighed er en naturlig del af forløbet.

Den skærpede opmærksomhed og den løbende undervisning af nyt personale gør, at ledelse og medarbejdere oplever, at de er blevet langt bedre til, i tide, at identificere, når en beboer er uafvendeligt døende, og derfor har behov for kvalificeret terminal pleje – og dermed opnår en værdig livsafslutning.

Reduktion af urolig og/eller aggressiv adfærd hos borgere med demenssygdomme

Marlene Jul Houmann, fysioterapeut, Næstved Kommune, Ældreområdet, distrikt Øst, mahou@naestved.dk

Marlene Jul Houmann fortalte om sit arbejde med helhedsorienteret fysioterapi til personer, som på grund af uro og /eller aggressiv adfærd har fast vagt. Effekten af interventionen er ofte, at borgerens uro og/eller aggressive adfærd ændrer sig, således at personen sover bed-

re og mere, er mere rolig, mindre aggressiv, og at den faste vagt bliver overflødig.

Teoretisk baggrund

Helhedsorienteret fysioterapi er udviklet af Gertrud Roxendal (1932-2001): Udgangspunktet er, at men-

nesket er helt og udeleligt. Det er et opgør med filosofen René Descartes (1596-1650) dualistiske menneskesyn: Jeg har en krop, hvor krop og bevidsthed er adskilte fra hinanden. Helhedsorienteret fysioterapi er inspireret af filosofen Maurice Merleau-Pontys (1908-1961) kropsfænomenologi: Jeg er en krop. Her er bevidstheden en del af kroppen. Den helhedsorienterede fysioterapi tager udgangspunkt i helheden.

Vi er allesammen sammensat forskelligt, og har fire eksistensdimensioner:

- Fysisk: Den fysiske krop, muskler, knogler, sener, årer, nerver m.m.
- Fysiologisk: Livprocesser; respiration, cirkulation, centralnervesystem og metabolisme
- Psykologisk: Tanker, følelser, drifter i sig selv og i samspil med andre - det vil sige det subjektive og sociale menneske.
- Eksistentiel: Evnen til selvbevidsthed og selvrefleksion

Målet for den fysioterapeutiske intervention er at opnå størst mulig balance i eksistensdimensionerne og dermed i den menneskelige helhed. Herved reduceres eller elimineres de pågældende symptomer.

Hvorfor opstår urolig og/eller aggressiv adfærd?

Symptomerne opstår, når der er ubalance i eksistensdimensionerne. Et menneske med demens vil ofte være i ubalance: Der er noget galt, men det demente menneske har mistet evnen til at kunne berolige sig selv, ved at sige: "Jeg har det sådan fordi.....". Det demente menneske kan således ikke håndtere sine funktionstab intellektuelt. Urolig og /eller aggressiv adfærd opstår, som en reaktion på denne manglende forståelse af, hvad der galt.

Marlene Jul Houmann gav følgende eksempler på demente menneskers reaktion på ubalancer: At vandre er den bedste måde at mærke sin krop og dæmpe sin angst på. Sidder man i en kørestol, kan man ikke stimulere sig selv ved at gå, og angsten kan forplante sig f.eks. til vejstrækningen eller føre til råben.

Når en person med demens siger: "Hvor er du fed og grim", er det måske fordi, hun ikke kan spejle sig selv, fordi hun er fed og grim. Det hun siger, er egentlig: "Hvor er jeg fed og grim, og hvor er du tynd og smuk". Her kan det være en hjælp at give personen lov til at spejle sig. Har en person brug for at have kon-



Generalforsamling 2011

trol, kan der opstå aggression, hvis ikke personalet er opmærksom på kommunikation. At give "ordrer": "Du skal stå op nu!" kan virke provokerende, i stedet kan det hjælpe at spørge "hvordan har du sovet?"

Urodæmpende intervention

Interventionen består af en funktionsafklaring, som tager 2 x 60 min. med følgende fremgangsmåde:

Det registreres, hvornår vedkommende er urolig/ aggressiv og hvor længe, hvad der sker i situationen op til, hvad dæmper og hvad øger uroen? Inden selve behandlingen igangsættes, afklares følgende spørgsmål:

- Hvem er mennesket?
- Hvordan er vedkommendes hverdag?
- Hvordan møder personalet vedkommende?
- Hvordan er personalet organiseret i forhold til vedkommende?
- Hvordan reagerer vedkommende på behandling/ berøring?

Marlene Jul Houmann bruger tid på at tale med personalet omkring funktionsafklaringen. Selve behandlingen gives som udgangspunkt i tre uger en-to timer dagligt, 4-5 dage om ugen. Behandlingen gives i forbindelse med naturlig søvnrytme dvs. først på eftermiddagen og/eller ved sengetid. Den virker bedst, hvis ydre stimuli reduceres, og terapeuten er 100% tilstede. Det er vigtigt, behandlingen tilpasses det enkelte

menneske. Behandlingen består af:

- En let hånd på maven (bevæge centrum, respiration)
- Tryk under fødderne (grounding)
- Kropsafgrænsende tryk over hele kroppen (midtlinje/kropsgrænser)

Behandlingen medfører udskillelse af oxytocin og giver en subjektiv oplevelse af at være et helt menneske. Andre tiltag kan være ændringsforslag til rammer omkring personen samt til den konkrete dagligdag, ændringsforslag til personalets organisation om personen samt møde/kommunikation med personen. Hvis personen har råd til anskaffelse, introduceres kugledyne med små kugler som supplement til behandlingen.

Ved interventionens afslutning oplæres personalet til at fortsætte behandlingen. Personalet prøver selv at give og at få behandling. Der laves slutstatus med skriftlig beskrivelse samt fotos af behandlingsteknikker. Effekten er, at brugen af fast vagt kan reduceres eller fjernes. I Næstved Kommune kan der visiteres timer til behandlingen.

Effekten holder ikke altid: Personalet har ikke har den samme tid til rådighed som terapeuten. Desuden kan uro påvirke personalet således, at det er svært at være nærværende under behandlingen. Marlene Jul Houmann laver en opfølgning på interventionen efter tre måneder.

DKDKs generalforsamling blev afholdt d. 8. september på Hotel Nyborg Strand med deltagelse af 53 stemmeberettigede medlemmer.

Formand Ane Eckermann fremlagde bestyrelsens mundtlige beretning, der var et kort resumé af den skriftlige beretning. Den omfattende skriftlige beretning kan læses på DKDK's hjemmeside tillige med den mundtlige beretning. Forsamlingen havde kun få kommentarer, og beretningen blev efterfølgende godkendt med applaus.

Regnskab blev godkendt, budget blev fremlagt, kontingent blev fastholdt. Forsamlingen vedtog en ændring af § 2,3 og 4 i DKDKs vedtægter. Vedtægtsændringerne blev enstemmigt vedtaget. Bestyrelsens begrundelse for at fremlægge vedtægtsændringerne var at præcisere DKDKs medlemskreds samt at opdatere foreningens formål og etablere en adskillelse af foreningens formål og af, hvordan det søges indfriet.

Bestyrelsens forslag, om at Nyhedsbrevet overgår til elektronisk udgivelse, blev tillige vedtaget med umiddelbar ikrafttræden.

Under eventuelt blev blandt andet drøftet DKDKs synlighed og foreslået mange ideer til en øget synlighed.

Ved bestyrelsesvalget blev Kirsten Ryssing, demenskonsulent i Lyngby-Taarbæk Kommune genvalgt og Birte Rønne (hidtidig suppleant) blev valgt. Birte er demenskonsulent i Esbjerg Kommune.

Kirsten Sejerøe-Szatkowski blev valgt som 1. suppleant og Maria Konstantinidou som 2. suppleant. På det efterfølgende bestyrelsesmøde genvalgte bestyrelsen Gitte Kirkegaard som næstformand.

Bestyrelsen består af Ane Eckermann, Gitte Kirkegaard, Kirsten Ryssing, Lone Vasegaard, Birte Rønne og som

suppleanter Kirsten Sejroe-Szatkowski og Maria Konstantinidou.

Referat fra generalforsamlingen kan ses på www.demens-dk.dk under punktet Generalforsamling

Bestyrelsesliste kan ses på hjemmesiden under punktet Bestyrelse, Bestyrelsesmedlemmer.

DKDK har regionsrepræsentanter i alle regioner – i de fleste regioner flere end én regionsrepræsentant. Under Årskurset holdt regionsrepræsentanter og bestyrelse det ene af årets to møder.

Regionsrepræsentanter 2011 – 12

Region Nordjylland:

Gitte Dahlgaard
Tove Holdensen

Region Midtjylland:

Anne Moeslund
Anita Bisgaard
Grethe Guldager
Birthe Moe Lauersen

Region Syddanmark:

Ulla Wittrup Schmidt

Region Sjælland:

Susanne Kristiansen
Marianne Nielsen

Region Hovedstaden:

Jytte Hansen
Signe Vester Munch
Anne Knudsen

Færøerne:

Reidunn Magnussen

En liste over regionsrepræsentanter med kontaktoplysninger findes på hjemmeside under punktet Regionsarbejde.

AktivitetsKalender 2011/2012

Bestyrelsesmøde
10. november 2011

Sekretariatet holder juleferie
23. december 2011 - 2. januar 2012

Bestyrelsesseminar
20.—21. januar 2012

Møde med regionsrepræsentanter
Forår 2012

Nyhedsbrevet

udgives af
DemensKoordinatorer
i Danmark
Oplag: 410
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. 30 94 03 93
giki@kolding.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 december 2011

