

Stigmatisering og optisk bedrag!



Årskursus 2012 er vel overstået og med stor tilfredshed og succes. Som formand var det fantastisk at møde veloplagte og engagerede medlemmer og få mulighed for at snakke med medlemmerne igennem de tre dage. På Årskursus blev vi udfordret på vores tankegange, udfordret på

teknologiens muligheder, udfordret på vores forståelser af egen og andres praksis og udfordret på, hvad vi kan (skal) gøre for at fastholde demensområdet som et væsentligt område med politisk og ledelsesmæssigt fokus.

Vi lærte nye begreber og praksisser: Delirtaske, arousal og at der er kun tale om innovation, hvis der skabes merværdi – ellers er der bare tale om en forandring. Især et begreb er igen og igen poppet op for mit indre blik: "Det anerkendende forhør". Professor Marianne Horsdal karakteriserer en del af omsorgspersonalets praksis med dette begreb. Vi lytter, vi anerkender i samtalen, men magtrelationen er altid tilstede – deraf betegnelsen forhør. Marianne Horsdals blik på "det gode" som vi gør, maner til eftertanke. Et årskursus med mange mennesker der gav rig mulighed for at pleje sit netværk eller skabe nye kontakter. Et årskursus som du kan læse mere om i Nyhedsbrevet, hvor der er referat fra både hovedoplæg og de mange seminarer.

Den 21. september var det den internationale Alzheimerdag. Dagen blev over hele verden markeret gennem arrangementer, der gjorde opmærksom på Alzheimers sygdom og som skulle med-

virke til at bryde tabuer om demens. "Stigma" var temaet for dagen. Mange ved fortsat ikke nok om, hvad demens er, og hvilken betydning demens har for patienter og pårørende. De oplever at blive stigmatiseret i samfundet og føler sig "udelukket". Ligesom mange patienter har svært ved at tale åbent om sygdommen på grund af manglende forståelse fra omverden.

En nyligt publiceret rapport udgivet af det Internationale Alzheimerforbund viser, at 75 % af alle personer med en demenssygdom oplever, at der er negative associationer forbundet med sygdommen. Derfor er oplysning om demenssygdomme stadig meget væsentlig.

I DKDK ser vi frem til den kampagne, som Socialstyrelsen er i fuld gang med at forberede og som forventes at være klar primo 2013. En kampagne der målrettes faggrupper eller andre, som møder mennesker med demens udenfor den kommunale eller offentlige kontekst.

Jeg håber og tror på, at vi i Danmark er længere fremme med oplysning og anerkendelse af borgere med demenssygdomme, end man er i mange andre lande. Jeg er sikker på, at demenskoordinatorer yder en stor indsats i forhold til en afstigmatisering på demensområdet.

Et andet tema, som har været på dagsorden den senere tid, er sagen om "optisk bedrag". Dekorede døre, sorte måtter og fiktive busstoppesteder på plejecentre rundt om i Danmark. Hvor ligger grænsen mellem at udøve magt eller et socialpædagogisk tiltag? Er det forebyggende tiltag eller kan man tale om frihedsberøvelse? Optisk bedrag

kan således medvirke til at forebygge konfliktsituationer i forholdet til demente beboere i plejeboligen. Men det er vigtigt at understrege, at disse tiltag ikke må stå alene, og at der altid ligger en faglig vurdering forud for den socialpædagogiske løsning. Det er også vigtigt at understrege, at disse løsninger altid drøftes i tæt samarbejde mellem leder og medarbejder. Når medierne med provokerende overskrifter som f.eks. "*optisk bedrag holder demente inde*", må vi som demenskoordinatorer forholde os professionelt til de reaktioner, der kommer.

Generalforsamling og DKDKs fremtid

På generalforsamlingen blev jeg genvalgt som formand for de kommende to år. Jeg siger tak for jeres tillid. Bestyrelsen konstituerede sig med Gitte Kirkegaard som næstformand, så der er ingen ændring på den post. Vi glæder os til det fortsatte samarbejde og arbejde for DKDK og vil løfte i flok – både i foreningen og i bestyrelsen. Læs mere om den nye bestyrelse på bagsiden af nyhedsbrevet.

Med endnu engang tak for et godt årskursus ønsker jeg god læsning til nyhedsbrevet, der indeholder referater fra de mange oplæg og seminarer fra årskurset.

Ane Eckermann, Formand DKDK

INDHOLD:

En pioner får årets demenspris	2
Rapport - DKDK Årskursus 2012	3
DKDK's Generalforsamling 2012	26

En pioner får Årets Demenspris

Ved DemensKoordinatorer i Danmark's (DKDK) Årskursus på Hotel Nyborg Strand blev årets Demenskoordinator onsdag aften kåret for tiende gang.

Prisen går til en eller flere demenskoordinatorer, der yder en særlig indsats på demensområdet.

Demenskoordinatorer Jytte Hansen fik prisen som en anerkendelse for sin mangeårige og utrættelige indsats i Sundheds- og omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune. En indsats, der af kolleger betegnes som ekstraordinær ikke mindst i forbindelse med indførelse af den demensstrategi, der involverer alle medarbejdere i Københavns Kommune

Kollegerne skriver om Jytte Hansen:

Vi oplever, at Jytte gør en forskel – både hos den enkelte borger, på det enkelte plejehjem, men også på centralt niveau. Jytte er en garant for, at vi aldrig glemmer, hvem der er i centrum for vores arbejde, nemlig borgeren. Hun holder vores ben på jorden, udfordrer os på vore fagligheder og er et solidt talerør for både borgere og enheder i kommunen. Både hendes personlige engagement, menneskekundskab og høje faglighed er derfor en stor styrke i en kæmpe forvaltning som vores.

Vi synes alle, at Jytte en fantastisk kollega, som gerne deler egne og lytter til andres udfordringer om at være professionel på demensområdet. Demens er, trods en positiv udvikling de seneste år, stadig et praksisfelt, hvor vi som professionelle har særligt brug for at kunne støtte hinanden. Fordi Jytte er så personligt engageret i sin faglige

og professionelle kunnen, bidrager hun altid til at skabe en fælles oplevelse af, at vi sammen kan gøre den vigtige forskel, hvor det hele "nytter noget", og at det netop er afgørende for den positive udvikling.



Jytte Hansen har gennem årene fået etableret pårørendegrupper, deltaget i et utal af projektgrupper og netværk, er medforfatter på informationspjecen "Når hukommelsen svigter", har gennemført kompetenceudviklingskurser for kolleger og ikke mindst ydet en stor indsats i forhold til mennesker med demens med anden etnisk baggrund end dansk.

Jytte Hansen blev indstillet af Københavns Kommunes demenskonsulenter, demenskoordinatorer, demensansvarlige visitatorer og ældrestab samt af samarbejdspartnere.

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

12 principper for effektiv implementering

Det er det konkrete resultat af social- og integrationsminister Karen Hækkerups første årsmøde. Principperne skal bruges af kommunerne og andre, der har ansvar for at yde en indsats for de borgere i vores samfund, der har behov for særlig hjælp.

Social- og integrationsminister Karen Hækkerup holdte d. 27. september sit første årsmøde for over 100 centrale aktører på social- og integrationsområdet, heriblandt DANSKE ÆLDRE RÅD's formand Kirsten Feld. Temaet for årsmødet var, hvordan f.eks. kommuner effektivt implementerer den viden og de metoder, der kan hjælpe borgere med særlige behov. Resultatet af dagen er 12 principper for effektiv implementering, som er sendt ud til alle landets kommuner.

Læs principperne på Social- og Integrationsministeriets hjemmeside www.sm.dk (under Nyheder)

Rapport - DKDK Årskursus 2012: Viden, praksis & etik i demensindsatsen

Formandens velkomst

Formand for DKDK Ane Eckermann bød de 422 deltagere velkomne.

Årskursets første dag bar overskriften "Fra viden til praksis" og var arrangeret i samarbejde med Socialstyrelsen.

Kommunale ledere og chefer på demensområdet var indbudt til at deltage i denne dag, hvilket 33 ledere fra 29 kommuner havde takket ja til. De fik en særlig velkomst og Socialstyrelsen en stor tak for det gode og konstruktive samarbejde om dagen.

En særlig velkomst lød også til gæsterne: Anne Arndal, formand for Alzheimerforeningen og Kirsten Feld, formand for DANSKE ÆLDRE RÅD, samt til de 16 udstillere ved DKDK's Årskursus.

Ane Eckermann sagde: "Fra viden til praksis i demensindsatsen er et emne, som demenskoordinatoren har stor interesse i og gør sig mange overvejelser om. Overvejelser om hvilke initiativer der skal prioriteres i forhold til viden og praksis til gavn for borgeren med demens – hvilken ny viden skal integreres i hverdagen og hvordan sikres, at ny viden optages og omsættes til færdigheder? Men ikke mindst - hvordan skabes motivation for at lære ny viden og så at bruge denne viden. Årskursets har som pendant til viden også fokus på etik. Et begreb, som jeg er sikker på også optager alle i denne sal. For Etik handler om: Hvordan jeg bør handle? Men også om, hvordan vores samfund bør være indrettet? Spørgsmål der forsøger at forklare, hvad vi bør gøre, hvilke pligter vi har, hvilke handlinger der er gode eller rigtige. Arbejdet med mennesker med demenssygdomme er af en sådan karakter, at det fordrer en konstant etisk betragtning og dialog". Med denne introduktion var lagt op til tre spændende dage med faglige diskussioner.

Referater er skrevet af DKDK bestyrelsesmedlemmer, medarbejdere i Socialstyrelsen og sekretariatet. Referaterne er efterfølgende redigeret af sekretariatet.



Fra viden til praksis på demensområdet – hvordan?

Faglig leder, Marianne Skov Iversen, Socialstyrelsen

Marianne Skov Iversen fra Socialstyrelsen kom i sit oplæg ind på, hvordan Socialstyrelsen omsætter viden til praksis og praksis til viden, f.eks. når ny viden omsættes til en politisk beslutning i en kommune eller når ny viden gør, at en frontmedarbejder skal ændre, justere gældende praksis i forhold til kontakt til en borger. Det kunne være et menneske med demens.

Socialstyrelsen vil gerne være en vigtig aktør og samarbejdspartner i forhold til at indsamle og skabe ny viden samt understøtte kommunerne i at forankre og implementere aktuelt bedste viden. I 2012 udarbejdede Socialstyrelsen en ny strategi. Et af de fire strategiske mål er, at socialfaglige tiltag og indsatser altid skal være vidensbaserede, dvs. at borgere altid skal mødes med tilbud/indsatser, som bygger på aktuelt bedste viden. Socialstyrelsen skal altså indsamle, skabe, udvikle og udbrede viden om metoder, der virker, samt sikre og understøtte implementeringen og forankringen af virksomme metoder i kommunerne. Dette gælder naturligvis også for demensområdet.

Socialstyrelsen - et socialt fagligt fyrtårn

Marianne Skov Iversen fortæller, at Socialstyrelsen ser sig selv som et fyrtårn: Et fyrtårn viser vej – spreder viden, tester viden og guider – og er et synligt pejlemærke for f.eks. kommunerne, herunder ledere, forskellige personalegrupper osv. Fyrtårnet lyser ud i praksis, søger og finder den aktuelt bedste viden.

Det socialfaglige fyrtårn består ifølge Marianne Skov Iversen af tre grundsten:

1. Viden om, hvad der virker, hvilke indsatser har effekt? Og hvorfor er indsatserne effektfulde?
2. Understøttelse af kommunernes implementering af effektfulde indsatser
3. Hjælp til at omsætte lovende praksis til systematisk viden.

Marianne Skov Iversen præciserer vigtigheden af at have viden om socialfaglige indsatser og metoder, der virker til gavn for den demente borger og dennes pårørende: "I alt for mange år har det sociale område sat projekter i gang, uden at vi ved, hvorvidt de har en gavnlig effekt for slutbrugeren – som primært vil være borgeren. Når vi sætter fokus på og evaluerer eller laver effektstudier af vores egen praksis, producerer vi ny viden, som kan udvikle og forbedre indsatsen. På den måde er resultatdokumentation ikke bare et nødvendigt onde, men en helt afgørende og vital forudsætning for udvikling af god social praksis. Vi skal således stræbe mod at anvende aktuelt bedste viden i forhold til sociale indsatser, og her menes ikke kun hardcore effektstudier, men også de gode praksiseksempler. Der er kort sagt to veje til viden – forskning og erfaring".

Eksempler på Socialstyrelsens arbejde

Praksis og viden er hinandens forudsætninger. Praksis kan således være med til at skabe ny viden, og viden fra forskning kan inddrages i praksis. Marianne Skov Iversen tager udgangspunkt i to demensprojekter for at konkretisere, hvordan Styrelsen arbejder med at indsamle,

bearbejde og omsætte viden til gavn for praksis:

- Undersøgelse af behov for afløsning og aflastning blandt pårørende til mennesker med en demenssygdom. Denne undersøgelse anvender mixed methods, som består af fokusgruppeinterviews med pårørende og demenskoordinatorer samt en spørgeskemaundersøgelse med pårørende. Den har til formål at afdække, analysere og belyse de pårørendes behov for aflastnings- og afløsningstilbud. Den indsamlede kvalitative og kvantitative viden samles i en rapport, som kan anvendes af kommunerne til at få styrket viden om, hvordan afløsnings- og aflastningstilbud bedst målrettes og tilrettelægges pårørende til mennesker med demens - til gavn for både de pårørende og mennesker med demens
- Vidensopsamling af socialfaglige indsatser og metoder på demensområdet. Marianne Skov Iversen beretter, at hovedformålet med vidensindsamlingen er at bidrage til en mere vidensbaseret indsats i forhold til demente borgere. Til det formål oprettes en vidensportal, som skal indsamle, vurdere, systematisere og formidle viden om socialfaglige indsatser og metoder. I den forbindelse skal det også frem-

gå, i hvilken udstrækning indsatser og metoder virker efter hensigten med henblik på at understøtte praksisfeltet i at vælge effektive, faglige, og adækvate løsninger i deres sociale indsats. Herudover har portalen en brobyggerfunktion, idet den skal bygge bro mellem forskning og praksis bl.a. ved at gøre forskning brugbar og let anvendelig for praksis. På portalen skal god erfaringsbaseret praksis systematiseres og sammen med forskning formidles på en let og overskuelig måde, så der tages hensyn til praksisfeltets præmisser og travle hverdag.

Centrale implementeringsfaktorer

Nogle centrale implementeringsfaktorer (ledelse, medarbejdere, tid, økonomi, anvendelighed, overførbare, politisk accept og borgere) har betydning for, om implementeringsprocesserne kører optimalt. De nævnte faktorer er en forudsætning, men kan også være en barriere i forhold til succesfuld implementering.

Marianne Skov Iversen tager afsæt i Socialstyrelsens projekt om "Forebyggelse af udadreagerende adfærd blandt mennesker med demens" i forhold til de nævnte implementeringsfaktorer. Formålet med projektet er at udvikle en metode, som kan føre til bedre livskvalitet for mennesker med demens gennem reduktion i årsager til udadreagerende adfærd.



Barrierer for succes i forhold til nævnte projekt kan være ledelsen. Involvering af ledelsen i udvikling af ramme og struktur for arbejdet med målgruppen er afgørende, derfor vil det være kritisk, hvis der ikke sker en reel tilpasning, og ledelsen ikke bliver en aktiv og synlig medspiller. Resultatet kan blive, at der aldrig sker en ændring af den faglige praksis, fordi medarbejderen ikke oplever opbakning til det nye.

Barrierer på organisationsniveau kan være:

- Hvis der sker store ændringer sideløbende, udskiftning af medarbejdere eller sammenlægninger ol. risikerer man, at dette fylder mere, dog kan en

nystartet organisation være mere modtagelig for et fælles fagligt udgangspunkt

- Hvis der i forvejen er store udviklings- eller forandringsprocesser, kan der opstå "mæthed", eller "projekttræthed", omvendt kan en organisation, der ofte arbejder med projekter være bedre til at modtage og indarbejde nyt.

Faglige og kulturelle barrierer kan være:

- Hvis medarbejderne ikke kan genkende deres praksis, virkelighed og daglige udfordringer i et projekt
- Hvis der i medarbejderkredsen ikke er en tro på, at "det gavner eller nytter"
- Hvis der er en for stærk faglig kultur
- Hvis der er "ubalancer" i medarbejdergruppen.

Til slut nævner Marianne Skov Iversen eksempler på implementeringsbarrierer, som er forbundet med struktur og processer:

- Hvis man ikke sikrer, at der er rammer, tid og rimeligt tydelige aftaler, processer mv.

Hvis nogle følger de aftalte rammer mere frit, end det var hensigten

Oplægget slutter med spørgsmål og debat fra salen om udfordringerne i at få implementeret ny viden i forhold til medarbejdere, ledelse og organisation.

Implementeringsudfordringen – fra projektjungle til koordineret udvikling

Klaus Majgaard, konsulent, adjungeret professor i offentlig styring og ledelse ved CBS

Hvordan sikres det, at det er de rigtige løsninger, der sættes i søen? Og hvordan realiseres løsninger ud i yderste led med kvalitet og bundlinje i behold? Klaus Majgaard henviste i sit oplæg til en række faldgruber for, at resultater fra gode udviklingsprojekter bliver implementeret i driften og anviste, hvordan faldgruber kan undgås.

Langsigtede strategier og forankring

Klaus Majgaard indleder med at advare mod projekter, der får deres eget liv. I stedet for at satse på mange forskellige områder, skal der arbejdes med en langsigtet strategi i forhold til, hvilke projekter der skal sættes i søen. Klaus Majgaard anbefaler, at der defineres langsigtede innovationsspor, hvor projekter modnes, gennemføres og forankres – gerne på tværs af kommuner. Det er centralt at opbygge koalitioner mellem fagfolk og politikere. For at kunne styre programmer optimalt, skal porteføljestyrelsen være en fælles opgave på tværs af ledelsen af den kommunale organisation. Hvis metodeprogrammer danner en fælles referenceramme, er der mulighed for et fælles sprog mellem specialister og ”almenområde”.

I en projektverden er der fare for, at fokus for ensidigt er på, om projektet lykkes og mindre på, at resultaterne efterfølgende skal forankres i driften. Det kan resultere i, at produktet bliver leveret til tiden, men aldrig bliver fast forankret i driften. For at fremme en stærk forankring i driften er det nødvendigt at etablere et godt samspil mellem projektleder og driftsleder. Klaus Majgaard understreger, at driftsledere bør spille en rolle i hele projektets forløb og ikke kun i slutfasen. Udarbejdelsen af en forandringsteori for projektet kan være et omdrejningspunkt for fælles læring.

Hvad kan spænde ben for en god faglig indsats?

Økonomi og faglighed bør gå hånd i hånd, i stedet for at økonomien spænder ben for fagligheden. Ved fokus på synergier mellem faglige og økonomiske målsætninger kan man komme langt. Hele rehabiliteringsbølgen er et eksempel herpå. Hvis faglighed og økonomi ikke kan gå op i en højere enhed, anbefaler Klaus Majgaard, at der skal være oprigtighed om rammerne. Sparemaal skal meldes ud og ikke være en del af en skjult dagsorden.

Der skal tages hånd om modstand over for nye tiltag, utilfredse brugere og medarbejdere, der stejler over for nye løsninger. For at mindske muligheden for modstand skal implementeringen tænkes ind fra starten. Implementeringen starter nemlig ikke, efter løsningen er designet, men begynder fra den tidligste start. For at bære forandringer igen-

nem og implementere nye løsninger i praksis er der brug for stærke koalitioner, som bl.a. kan være med til at skabe fælles narrativer. Koalitioner skal løbende vedligeholdes, da man aldrig kan tage opbakning for givet. Kritik skal generelt mødes med åbenhed og bør altid ses som en mulighed for at blive klogere.

Klaus Majgaard har udviklet sin egen formel for succesfuld udvikling og implementering: Momentum = Rationalitet + Magt + Kærlighed. Kort fortalt er en kombination af strategiske mål, fokus på effekter, koalitioner, etisk modent feedback og reflekteret engagement grundlag for, at udvikling og implementering kan lykkes.



Fra praksis til ny viden – præsentation af Demenscentrums praksisuniversitet

Lissie la Cour, Demenschef & Tina Normann Andersen, Demenskoordinator, begge fra Aarhus Kommune

Hvordan arbejdes der med indsamling af viden, anvendelse af viden og hvordan generes og formidles ny viden på demensområdet i Aarhus Kommune?

Alle indsatser på demensområdet er underlagt demenschefen i Aarhus kommune. Der er 74 borgere med udadreagerende demens, som bor i specialboliger i kommunen. Kommunen råder også over et specialdagcenter for demente, der ikke kan være i et almindeligt dagcenter. Derudover har Aarhus kommune en speci-

alistgruppe, der beskæftiger sig med demens.

DemensCentrum og praksisuniversitet

DemensCentrum Aarhus har til opgave at udvikle forskningsmæssig viden om arbejdet med mennesker med demens og gør det ud fra succeser og erfaringer fra daglig praksis. DemensCentrum Aarhus har en vidensformidlende rolle. Kolleger fra Aarhus Kommune Sundhed og Om-sorg skal kunne hente denne viden for at kvalificere det lokale arbejde, og denne mulighed skal også i et vist omfang gælde andre borgere i Danmark - fagpersoner i andre kommuner, pårørende mfl..

Begrundelsen for etablering af praksisuniversitetet var et ønske om at tage udgangspunkt i de personer, som søger læring. Idéen opstod på baggrund af det faktum, at det er svært at skabe læring, når læringen foregår på skolebænken og i et kursuslokale, langt væk fra den praksis, som den nye viden skal omsættes i. Kernen i prak-

sisuniversitet er at uddanne sig selv, mens man arbejder. Der lægges vægt på stringens, systematik og genkendelighed i uddannelsesforløbene.

På Praksisuniversitetet er fagligheden et perspektiv, som overskygger alle andre. Det er afgørende for den måde, man arbejder, samarbejder og udvikler sig på. De forskellige faglige discipliner, der indgår i demensplejen, giver grundlag for et frugtbart samarbejde. Det tværfaglige samarbejde gør, at disciplinerne kan berige hinanden og løse faglige problemer samt give idéer til nye initiativer. I forhold til demens fordres, at alle fagligheder arbejder sammen i submiljøer, hvor de faglige kompetencer afgør, hvem der spiller sammen – det traditionelle hierarki er ikke eksisterende. Ledetråden er: "Slip medarbejderen fri".

Eksempel: Demenstræner

Tina Normann Andersen giver et eksempel på, hvordan Praksisuniversitetet fungerer: I forbindelse med et sparekrav i kommunen skulle 25 % af specialboligerne lukkes. Specialindsatsen skulle ud til borgerne, i stedet for at borgerne skulle ind i en specialbolig. Indsatsen skulle derfor styrkes i borgerens egen nærmiljø.



Det gøres nu på følgende måde: Hvis en lokal teamleder vurderer, der er behov for en faglig indsats, kontakter vedkommende demenskoordinatoren, der analyserer situationen. Demenschefen afgør, hvorvidt en sag bliver til en demenstrænersag, hvilket sker på baggrund af teamleder og demenskoordinators grundige analyse og beskrivelse.

Gennem demenstrænerindsatsen arbejdes med opkvalificering af medarbejderne i forhold til den demensfaglige viden. Det metodiske afsæt er Appreciative Inquiry og aktionslæ-



ring. Medarbejderne, der "trænes", er borgerens kontaktperson og andre, der arbejder tæt på borgeren i dagligdagen. Demenstræner og demenskoordinator faciliterer processen. Forløbet er bygget op således, at der indledes med kontrakt for samarbejde, hvor der sker forventningsafstemning og der fastsættes emne og mål for indsats. Der arbejdes med to sidestillede mål, et for borger og et for medarbejdere. Samarbejdskontrakten indgås mellem teamleder, DemensCentrum, demenstrænerstaben og demenschef.

Herefter opstartes et forløb, som primært skal skabe motivation og undersøge den bedste praksis. Hele teamet deltager i dette forløb, som er en demokratisk proces, der gennem en ressourceorienteret tilgang tager afsæt i de positive erfaringer, teamet allerede har gjort sig. Her bestemmes, hvilke temaer der skal arbejdes med i processen, og der tages udgangspunkt i de forskellige fagligheder, som er i spil om borgerne. Teamets kompleksitet udnyttes til at skabe øget refleksion samt fælles fokus og forståelse. Det er vigtigt i denne proces at få indsigt i arbejdskulturen, da det tit er kulturer og normer, der er afgørende for arbejdsprocessen.

De individuelle læringsforløb iværksættes umiddelbart efter workshoppen. Her arbejder demenstræneren tæt sammen med den enkelte medarbejder i forhold til at finde virksomme løsninger, der kan hjælpe dem tættere på målet. Medarbejder og træner beslutter i starten af den pågældende vagt dagens fokus, og hvilke metoder de ønsker at teste. Demenstræneren kan aktivt bringe sig selv i spil ved at demonstrere sin viden (sidemandsoplæring) eller også kan hun have en mere tilbagetrukket rolle, hvor hun blot observerer medarbej-

derens praksis. Arbejdsdagen afsluttes med 45 minutters fælles refleksion over dagens indtryk, hvorefter evaluering danner afsæt for, hvad der skal arbejdes videre med. Findes en metode virksom, implementeres den, modsat falder den bort.

Endelig – efter de individuelle læreprocesser – evalueres på forløbet i en rapport, som også peger fremad i forhold til næste skridt.

Demenstrænerne har givet de faglige medarbejdere tillid til deres eget arbejde, og læringsmetoderne har givet dem mere mod på at prøve noget nyt. Indsatsen har samlet teamet omkring borgeren.

Vidensbank

Al den viden praksisuniversitetet genererer, opsamles i en vidensbank. Fra 1. september 2012 kan ingen sætte et projekt i søen, uden at der en plan. Derved sikres en opsamling af viden i kommunen. Vidensbanken skal være håndterbar for alle medarbejdere, og det skal være muligt både

at bruge den til brainstorm, og til små og store projekter. Det er meningen, at videnbanken på sigt skal kunne bruges af medarbejderne i Aarhus Kommune, men også til dels af demensmedarbejdere i andre kommuner.

På et spørgsmål fra salen forklares, at kontakt med de demente borgere sker via udredningscentre. Demensnøglepersoner får et brev fra udredningscentre/klinikker, og mailer til DemensCentrum, når de har udredt borgeren. Slutteligt vurderer demenschefen, om der bør sættes ind.

Et andet spørgsmål handler om de ressourcer der bruges på demenstræning. Svaret er, at der er en dialog med teamlederen om, hvor mange ressourcer der kan afsættes, når der skal laves en kontrakt. Der er stor variation i hvor lang en periode, det strækker sig over. Det tager i gennemsnit en time om dagen samtidig med, at man arbejder. Derudover er der 1½ time med workshop, så der er ikke så meget timesplid.



Afprøvning af Lifestyle redesign-metoden i Odense – at bevare et aktivt fritidsliv ved demens

Annette Johannesen, selvstændig konsulent og specialergoterapeut, Msc

Gruppemetoden, der har sundhedsfremme og livsstilsændring som mål, har vist sin berettigelse i forhold til demens. Hvordan kan metoden medvirke til, at mennesker med demens får mere aktivitet, mod og venskaber ind i deres hverdag?

Gruppemetoden

Gruppemetoden er en evidensbaseret praksis på ældreområdet, men den har endnu ikke været anvendt over for ældre demente borgere. Et projekt i Odense er et forsøg herpå. Rådgivnings- og kontaktcentret i Odense (Kallerupvej) var forsøgssted. Her deltog 6-9 deltagere ti fredage fra kl. 10.00 - 13.00. En bus, en hjemmevejleder (§85), som kendte en del af deltagere samt en frivillig pårørende var stillet til rådighed.

Projektet gik ud på at afprøve nogle af de teknikker, der har virket for aktive sunde ældre. Projektet er inspireret af randomiserede, kontrollerede studier fra Californien, det såkaldte "The Well Elderly Study 1 og 2". Studierne dokumenterede at forebyggende ergoterapi kunne få raske, ældre mennesker til at ændre livsstil og opnå forbedret funktionsevne og trivsel. Studiet i Californien løb over ni måneder og efterfølgende seks måneder. Projektet i Odense var et ministudie, der forløb i 10 uger.

Konkret arbejder man med livsstilsforbedringer gennem gruppemøder, hvor der er fokus på den enkeltes særlige behov for at være aktiv. Deltagerne kommer til reflektere over, hvordan det er at være aktive væsener. Konkret bliver deltagerne først spurgt om, hvad der er meningsfulde aktiviteter for dem. Aktiviteterne afprøves, og deltagerne

sætter sig efterfølgende nye mål.

Møder og ture

På de to første gruppemøder blev koncept, invitation og program drøftet. Derefter blev syv møder afholdt på centret og tre udflugter. På det første møde blev der uddelt et spørgeskema til deltagerne omkring deres fritidsinteresser. For nogle var det grænseoverskridende og svært at besvare, andre havde lettere ved det.

På de næste møder var der refleksioner omkring: Hvad kan give hver især en oplevelse af flow? Hvad får borgeren til at grine? Hvilke steder har borgeren lyst til at se? Hvilke ting vil borgeren nyde at deltage i? Hvilke mennesker vil borgeren gerne lave noget sammen med? Disse diskussioner var gode, og rystede deltagerne sammen. Ef-



ter møderne var der altid en efterfølgende rugbrødsfrokost.

Udflugterne gik til Johannes Larsen museet i Keremunde, Naturama (zoologisk museum) i Svendborg og Musikkonservatoriet i Esbjerg. Turene blev efterfulgt af et hjemmemøde om, hvad deltagerne synes, og hvor det blev drøftet, hvor næste tur skulle gå hen.

På det 10. møde blev der evalueret og på baggrund af det udleverede spørgeskema fra første møde, blev der udleveret en personlig aktivitetsprofil.

Evaluering af forløbet

Metoden kan godt anvendes til folk med demens. Forløbet havde været godt, hvilket kan skyldes mange faktorer:

- Tilbuddet tilgodeså deltagernes "handicap"
- Hvert møde afsluttedes og indledtes med opsamling
- Deltagerne følte ejerskab og medinddragelse i programmet
- Gruppelederne var trænet i "socialt gruppearbejde"
- Tilbuddet blev givet til en i princippet lukket gruppe.

Deltagerne var gennem forløbet blevet mere selv-sikre. Et år efter gruppemødet mødes deltagerne stadigvæk en gang om ugen.

Find mere information om projektet på Annette Johannesens hjemmeside: www.able.dk

Kvalitetssikring af plejecentre – hvad gør man i Tyskland?

Lene Corydon-Petersen, plejecenterchef, Sønderborg Kommune

Hvilke udfordringer har Sønderborg kommune med kvaliteten af demensindsatsen på plejecentre? Hvordan er der arbejdet indtil nu? Hvordan skal der arbejdes fremadrettet? Hvordan kan vi inspireres af en tysk model for kvalitetsudvikling?

Kvalitetssikring af demensindsatsen

I 2007 blev syv kommuner lagt sammen til Sønderborg kommune, og i 2009 blev kommunens 12 plejecentre samlet under en organisatorisk enhed. Den nye organisations mål var især at forbedre indsatsen for demente borgere på plejehjem. Der er 12 plejecentre af varierende størrelse, der har mellem 31 – 70 boliger, heraf er et plejecenter, der har specialiseret sig i udadreagerende demente. Gennemsnitligt har plejecentre 60 – 70 % demente borgere.



Der var flere generelle problemer med at håndtere mennesker med demenssygdom, f.eks. gik mange demente fra plejecentrene, og personalet følte sig magtesløse. Der var 253 indberettede sager om magtanvendelse i tidsrummet 1.1.2007-1.10.2009, heraf 80 % relateret til nedre toilette.

Det var svært for medarbejderne at håndtere magtanvendelse. Det påvirkede deres trivsel og sygefravær.

Inspiration fra Tyskland

Sønderborg Kommune har indgået et samarbejde med to plejehjem i Tyskland, som arbejder systematisk med en struktur for demensindsatsen. Ud fra den tyske model er en kvalitetsmodel blevet formuleret, der klargør, hvad kvalitet er. Man skal forestille sig kvalitetsmodellen som et træ: Værdsættelse udgør træets rødder, medarbejdernes professionalitet er stammen, beboer og pårørende er kronen og omgivelserne omkring træet. Alle ting er vigtige for at plejecentret (træet) skal fungere, men modellen giver samtidig en ramme for strukturen og processerne på plejecentrene.

Sønderborg kommunes ambitioner er fremadrettet at få en struktur, der kan lede til en proces, der kan give resultater, sådan at Sønderborg selv kan blive et fyrtårn på plejeområdet ligesom de to plejecentre i Tyskland.

Hvordan har vi arbejdet indtil nu?

I Sønderborg kommune brugte man tid på at tænke over: Hvordan der skal arbejdes fremadrettet? Hvad er god kvalitet og hvordan måler man det? Hvordan sikrer man et bestemt niveau? Hvilke rammer skal være til stede? Med andre ord stillede

man spørgsmål med en høj grad af subjektivitet, hvor svaret også afhang meget af, hvilken slags demens, der var tale om.

Man tog udgangspunkt i de mest ressourcekrævende borgere – dem, der har komplekse diagnoser med sygdomme relateret til både demens, psykiatri og misbrug. 575 medarbejdere er blevet uddannet i demens med en bestemt metodisk tilgang, som er praksisnær. Der har været rift om pladserne til disse kurser, og alle medarbejderne mødte op. Med kurserne har medarbejderne opnået bedre trivsel, og der er - selvom dette tal ikke direkte kan relateres til kurset - 4.000 færre sygedage om året blandt medarbejderne.



Når etikken bliver synlig – identificering og håndtering af etiske dilemmaer i klinisk praksis

Jacob Birkler, lektor, Ph.d. i medicinsk etik, formand for Det Ethiske Råd.

Jacob Birkler har gennem en årrække arbejdet med etik og anvendt filosofi i sundhedsfaglig praksis. Gennem et både tænksomt og provokerende oplæg tydeliggjorde han, hvordan etik angår os alle, og aldrig er et givet facit men i stedet opstår i en proces i relation med andre.

Etikken og 'den anden'

Jacob Birklers forståelse af etik tager udgangspunkt i 'den anden'. Umberto Eco har skrevet: "Den etiske dimension begynder, når den anden kommer ind på scenen". Etik handler dybest set om uskrevne regler for, hvordan vi møder det andet

menneske – hvordan vi afstemmer vores handlinger i mødet med den anden. Når vi i dag taler om etik som en slags metode, eller som teori der kan læres på en temadag, giver det ikke mening. Det angår istedet vores rødder, vores værdimæssige grundlag og hvor vi kommer fra. Ordet etik kommer fra det græske 'ethos', som betyder 'at have hjemme i'.

Etikken fungerer bedst, når den indgår som en integreret del af praksis, hvor der ikke er behov for at tale om den, men i dag bliver etikken i højere grad end tidligere udfordret, og vi bliver i tvivl.

Afstemning af forventninger

Etik handler om mødet med den anden og om afstemning af forventninger. Jacob Birkler illustrerer, med et eksempel om etikette – etikette, der handler om takt og tone, er ufarlig og mindre alvorlig end etik: Der er inviteret til middags-selskab, og som gæst forventes det, at man medbringer en værtindegave, men hvor stor skal gaven være? Udfordringen er at finde en gave, som matcher arrangementet, og det kan være svært. Pointen

er, at gæsterne er klar over, at de skal medbringe en værtindegave, men aldrig hvor stor. Det bliver afstemt i entréen, hvor det kan aflæses på værtsparrets mimik og kropssprog, om man har skudt over eller under målet - eller ramt plet.

På samme måde er det med etik: Det væsentlige er at afstemme forventninger i selve mødet. Etikken skal altid afstemmes i den enkelte situation. Derfor kan deltagerne på Årskurset heller ikke vide sig afklarede i forhold til etiske spørgsmål, fordi de har hørt Jacob Birklers oplæg. Etik er et kontinuerligt arbejde. Som udgangspunkt er etikken ikke synlig. Etik bliver først synlig på samme måde som et vindue, når det bliver beskidt: Normalt ser vi slet ikke vinduet, vi ser bare igennem det, men når det bliver beskidt – og når vores værdier udfordres - bliver vi opmærksomme.

Etiske dilemmaer

Etiske spørgsmål handler om, hvad jeg *bør* gøre, og ikke hvad jeg kan eller skal gøre. Det er vigtigt altid at tage etikken med på råd, for der er meget, vi kan og skal gøre, men er det etisk forsvarligt? Nogle gange er det langt fra indlysende, hvad der er det etiske valg, og problemet forvandler sig til et dilemma. Dét, der karakteriserer dilemmaet, er, at det

ikke kan løses, men skal håndteres. Et etisk dilemma er en vanskelig værdikonflikt, hvor der skal træffes ét valg blandt flere handlingsalternativer. Et valg, hvis udfald får konsekvenser for andre mennesker.

En klassisk grundkonflikt, som demenskoordinatorer støder på i daglig praksis, er modsætningen mellem respekten for den enkeltes autonomi versus paternalisme ("som professionel ved jeg bedre"). F.eks. i mødet med en svært dement borger med liggesår, som modsætter sig behandling – skal man udvise respekt for borgerens autonomi, eller skal hensynet til omsorg vægte tungere? Selvbestemmelse er guldkalven i dag, hvor det tidligere var paternalisme – i hvert fald indenfor den kliniske verden. Men risikoen ved at sætte selvbestemmelse i højsædet i den situation er, at vi i højere grad respekterer sygdommen end personen bag.

Jacob Birkler mener, vi skal være meget varsomme i forhold til tvangsbehandling af inhabile demente: Det er en kattelem, som kan forvandle sig til en ladeport. Det kan hurtigt blive en sædvane, for det kan være ressourcebesparende at tvangsfiksere demente. Alligevel har Etisk Råd åbnet op for sygdomsbehandling af inhabile demente patienter



mod deres ønske i de helt særligt svære tilfælde, hvor det kan blive aktuelt.

En anden grundkonflikt findes mellem solidaritet og loyalitet: Hvis man som demenskoordinator overhører en kollega tale til en borger på en måde, som man ikke selv ville gøre, påpeger man det så overfor kollegaen, eller vælger man at se det som en anden – alternativ – måde at omgås borgere på?

Nye muligheder, nye dilemmaer

Jacob Birkler advarer om at falde i én af to grøfter, når det drejer sig om velfærdsteknologi: Den teknologifascinerede eller den teknologiforskrækkede, hvor vi vægrer os for alt nyt indenfor teknologien. Generelt er vi positive i forhold til velfærdsteknologi: "Tænk, vi kan!", men det er ikke alt, der er muligt, vi *bør* gøre. Nye muligheder skaber nye etiske dilemmaer: F.eks. giver overvågning med chip muligheder i forhold til demente borgere, der søger væk. Umiddelbart lyder det tilforladeligt: Den demente borger bliver hurtigt fundet igen, og de pårørende og personale får en slags tryghed. Jacob Birkler maner til eftertanke. Den reelle forskel mellem at være beboer på et plejecenter og indsat i et åbent fængsel bliver pludselig meget lille –

den består måske mest i, at den demente beboer ikke er klar over, at vedkommende bliver overvåget. Telemedicin er et andet eksempel på, at velfærdsteknologi er godt som supplement, men ikke som erstatning for menneskelig omsorg. Vi bør være på vagt overfor den måde, hvorpå teknologien anvendes, da der netop er penge at spare på at erstatte menneskelig omsorg.

Hjertestartere på plejehjem og ældrecentre udgør et andet etisk dilemma. Nogle ældre borgere ønsker ikke at blive genoplivet ved et hjertestop. På den anden side vil det være aldersdiskriminerende at placere hjertestartere alle andre steder i samfundet end på plejehjem og ældrecentre. Jacob Birkler mener, man skal turde stå i den enkelte situation og handle umiddelbart deri – der er nogle situationer, hvor det vil være fornuftigt at bruge hjertestartere, og nogle hvor det ikke er. Etik handler om at gøre det entydige flertydigt. Vi tænker så tit på, hvad der kan betale sig, men nærhed og relationer er det afgørende i forhold til etik.

Debat med deltagerne

På et spørgsmål fra salen om det rimelige i, at et livstestamente underkendes af en embedslæge, der kun finder det vejledende, svarer

Jacob Birkler, at det kommer an på situationen og på det enkelte menneske – den anden. Han mener, livstestamenter kun i ringe grad bliver brugt, men måske har en langt vigtigere funktion ved, at den enkelte tager stilling og får snakket med de pårørende om de vigtige spørgsmål før en eventuel akut situation.

En deltager fortæller, at der arbejdes med en etisk komite i hendes kommune og vil høre Jacob Birklers mening om idéen. Han er umiddelbart en skeptisk, da etik ikke kan skubbes over i en komite løsrevet fra dagligdagen, da det angår alle i den daglige praksis. Derfor må man spørge sig selv: "Hvad er målet med komiteen?"

En deltager, som arbejder på en sengeafdeling med demente eller hjerneskadede borgere, er i et etisk dilemma i forhold til brug af sonde. Det sker, at en patient ikke ønsker en nasal-

sonde, og man derfor lægger en PEG-sonde – er det i orden? Jacob Birkler finder problemstillingen vigtig, men en vurdering må afhænge af den enkelte person og situation. Dog mener han, at begrebet misforstået respekt fra plejepersonalets side er langt mere udbredt end mangel på respekt for borgerens autonomi. En sonde er ubehagelig, og derfor vil mange pr. refleks forsøge at hive den ud.



At finde mening og betydning i tilværelsen gennem hverdagens fortællinger

Marianne Horsdal, professor, Dr. Phil., Institut for Filosofi, Syddansk Universitet

Marianne Horsdal fortalte om den narrative tilgang, hvor vi finder mening i vores liv gennem fortællinger. Men hvordan kan vi hjælpe mennesker med at finde mening i livet, når hukommelsen svigter?

At finde mening i det foranderlige og det genkendelige

Alle fortæller om deres liv. Fortællingerne giver os et repertoire, som vi bruger til at skabe sammenhæng og mening i vores liv, men også i forhandlinger med hinanden. Marianne Horsdal gør klart, at det at finde mening i livet og i ens egen livsfortælling er et kontinuerligt arbejde og et livslangt projekt, fordi livet konstant består af forandringer. Alligevel er hjernen indrettet sådan, at vi kan genkende ting og dermed genfinde og genkende os selv. Det gør arbejdet med at finde mening paradoksalt, for på den ene side, er der noget, vi genkender, og på den anden er der noget, der er foranderligt.

Men der kan også ske brud: Vi kan få en krise, hvorefter det kan være svært at finde mening eller genkende ting fra livet før bruddet. Hvis vi har været i krise, går vi op i limningen, og elementerne i vores egen historie falder fra hinanden. Herefter må vi arbejde på igen at finde den røde tråd – meningen – i historien.

Vores identitet er afhængig af fællesskabet

For at skabe mening i det evigt foranderlige liv laver vi kronologiske fortællinger. Fortællingerne er altid i et afgrænset tidsrum. Fortællingerne handler også om det kropslige, hvor man rent fysisk bevæger sig fra et sted til et andet. Når små børn bliver 2-3 år, udvikler de en eksplicit hukommelse, og kan huske tilbage på, hvor de har været og fore-

stille sig, hvor de skal hen. Det er forudsætningen for at foretage mentale tidsrejser, som gør det muligt, at skabe sin identitet, hvor fortid, nutid og fremtid hænger sammen.

Vi kan kun finde meningen sammen med andre i et kulturelt rum. Vi har brug for andre til at bevidne vores livsforløb – særligt i starten og i slutningen, hvor vi ikke selv er deltagende fortællere. Før man bliver en person med en identitet og en livshistorie, skal man blive set på af andre som en person, og indgå i samspil med 'en anden'. Fællesskaberne er identitetsgivende. Marianne Horsdal er enig med den franske filosof Paul Ricœur, som mente, at den måde, hvorpå vi besvarer den anden, er afgørende, for den person vi er.

Vores identitet hænger sammen med de fortællinger, vi fortæller om den. Inden vi lærer at fortælle selv, er der nogen, der har fortalt om os og fortalt sammen med os, hvor vi også lærer, hvilke måder der er rigtige og forkerte at fortælle historier på i vores kultur. Det kan være svært at ramme den kulturelt rigtige fortælleform som demensramt, for det kræver nogle kognitive forudsætninger.

Indleven i andres fortællinger

For at forstå hvordan vi kan leve os ind i andres fortællinger og føle empati, henviser Marianne Horsdal til neurovidenskaben. Ved forsøg med aber har man fundet ud af, at når en abe betragter en anden abe udføre en handling, foregår der en identisk proces i den passive abes hjerne som hos den, der handler. Det skyldes spejlneuroner, som er hjerneceller, der kopierer, så der følelsesmæssigt og handlingsmæssigt sker det samme i vores hjerne, som hvis vi udførte handlingen selv.

Vores sårbare selv sættes på spil gennem vores fortællinger, og derfor er andres menneskers reaktioner på dem vigtige. For at en fortælling normalt er vellykket, skal den være sammenhængende, men det kan være svært at levere for f.eks. demensramte mennesker. Samtidig skal den være autentisk, og endelig skal der ske en kulturel genindlejring, dvs. vi fortæller som regel om det usædvanlige, som først bliver kulturelt genindlejret, når lytteren har accepteret fortællingen. Marianne Horsdal opfordrer til, at vi alle reflekterer mere over vores fortællerkultur og forsøger at skabe et godt fortællermiljø, hvor man f.eks. er mere åben over for fortællinger, selvom de ikke holder sig indenfor rammerne - det kan i højere grad hjælpe demensramte borgere ud af deres isolation.



Søvn og søvnforstyrrelser ved demenssygdomme

Poul Jennum, professor, overlæge, dr. med., Dansk Center for Søvnmedicin

Poul Jennum fortalte om søvnens betydning for hjernen. Søvnbehov og døgnrytme bestemmes af biologiske forhold i hjernen. De er under kontrol af komplicerede mekanismer, som virker ved samspil mellem forskellige dybereliggende hjerneregioner, først og fremmest hjernestammen, thalamus og hypothalamus. Disse hjerneregioner har også stor betydning for vågenhed, energiregulering m.v.

Forskellige søvnforstyrrelser

Ved sygdomme som Alzheimer sygdom, Lewy Bodys demens (herunder Parkinsons sygdom) og multipel system atrofi er søvnforstyrrelser almindelige. Søvnforstyrrelser kan især optræde ved forstyrrelser af hjernens basale søvn/vågen regulering (f.eks. Parkinsonisme og Lewy Body demens), ved forstyrrelser af kortikale områder (f.eks. Alzheimers demens og frontotemporale demensformer), ved isolerede eller multiple læsioner (f.eks. infarkt) samt ved andre former for demens (f.eks. genetiske former såsom Huntingtons Chorea).

De hyppigste søvnproblemer ved Alzheimers sygdom er insomni, søvnfragmentering, forstyrrelser af NREM/REM søvns ratio, søvnrelaterede respirationsforstyrrelser og døgnrytme forstyrrelser (f.eks. sundowning).

Ved Lewy Bodys demens, Parkinsons sygdom og multipel system atrofi drejer det sig om søvn-vågen og søvnstadie disorganisering, hvilket kommer til udtryk ved søvnanfald i dagtiden, natlige opvågninger, nedsat REM og dyb søvn. Ved disse sygdomme ses endvidere abnorm

motorisk aktivitet og adfærd f.eks. som periodiske benbevægelser, REM søvnforstyrrelser, mareridt, hallucinationer, søvnvandring og søvn-snakken. Søvnrelaterede respirationssygdomme, såsom søvnapnoe og stridor, forekommer også.

Behandling af søvnforstyrrelser

RBD (Rapid eye movement Behavior Disorder) kan behandles med melatonin, men kun hvis den er generende/farlig. Spørgsmålet, om søvnfragmentering og natlige søvnforstyrrelser skal be-

handles medicinsk, stilles ofte. Der er ingen evidens for effekt. Studier har vist, at sovemidler har en begrænset effekt, og at antidepressiva har ingen eller beskeden effekt. Natlige vejrtrækningsproblemer kan behandles med CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) eller BI-PAP (Bilevel Positive Airway Pressure). Hos patienter med demenssygdomme skal det altid vurderes, om de og deres pårørende kan håndtere behandlingen. Begrundelsen for dette er, at der ikke er tilstrækkelig dokumentation for langtidseffekt. Hvis patienten ikke har fordel af behandlingen, kan den være en belastning for patienten og den pårørende.

Døgnrytme forstyrrelser er almindelige og skyldes et kompliceret samspil af flere forhold såsom nedsat aktivitet, motion, lys, søvnforstyrrelser og påvirkning af hjernefunktionen. Der er ingen gode undersøgelser, der viser, at det har effekt at behandle døgnrytme forstyrrelser ved demens medicinsk. Der er svag evidens for, at lysterapi har en mulig effekt på natlig uro og agitation. Endelig fortæller Poul Jennum, at der ingen sikker effekt er af fysisk aktivitet på søvnvarighed eller antal natlige opvågninger, men at det anbefales på grund af den umiddelbare logiske effekt.



Bevidsthed, hjernen og bevægelse

Mark Schram Christensen, post. doc. i forskningsgruppen "Fysisk aktivitet og hjernen" på Institut for Idræt/Institut for Neurovidenskab og Farmakologi, Københavns Universitet og seniorforsker på Danish Research Centre for Magnetic Resonance, Hvidovre Hospital

Mark Schram Christensen satte med sit oplæg fokus på, hvordan hjernen styrer vores bevægelser og hvorfor vi føler, at vi kontrollerer vores egne bevægelser. Han er uddannet ingeniør, men forsker nu i hjerne og bevægelse.

Hvilke dele af hjernen kontrollerer vores bevægelser, og hvordan måler vi det?

Er det sanser eller motorik, der kommer først, når vi bevæger os? Oftest er svaret både / og, da vores bevægelser styres af et sammensurium af informationer. Nogen gange brænder vi os på en varm kogeplade og får hurtigt flyttet hænderne, andre gange er det vores egen lyst, der får os i bevægelse. Når vi bevæger os, sker det i et stort miks af integreret information i hjernen, f.eks. sender den motoriske hjernebark i den midterste del af hjernen signaler gennem rygmarven og ud i kroppen, mens de frontale dele af hjernen bruges til at bedømme og værdisætte handlinger.

Mark Schram forklarer deltagerne om forskellige målemetoder til at studere hjernen i bevægelse: Små elektriske strømninger kan måles på hjernens overflade via elektroder på hovedet ved EEG-måling. Her kan man registrere, når hjernen 'er i bevægelse', men det er vanskeligt præcis at se, hvor aktiviteten foregår. Her er en MR-scanning bedre, for her måles forandringer i iltning af blodet i forskellige dele af hjernen. Dog er en MR-scanning ikke en absolut måling, men måler forskellen mellem forskellige tilstande. En tredje teknik er Transkraniel Magnetisk Stimulation (TMS). TMS foregår ved, at kraftige elektriske impulser ledes gennem en trådspole, som er placeret på kraniet. Hver impuls ledsages af et magnetisk felt, som inducerer et svagt elektrisk felt i de øverste lag af hjernebarken, der fungerer som elektrisk leder. Der anvendes en ottetalsformet spole, som gør det muligt at afgrænse stimulusfeltet til et lille område. Med denne teknik kan man bl.a. undersøge, hvilke dele af hjernen der er involveret i en given opgave. Mark Schram Christensen bruger selv denne teknik i sit forskningsarbejde.

Det sensoriske paradoks

Der går typisk 0,2-0,3 sekund, før vi bliver bevidste om et synsindtryk eller en berøring, men vi er ikke klar over denne tidsforskydning: Når vi rækker ud efter et objekt, føler vi, at vi rører ved det, samtidig med at vi ser berøringen. Det skyldes formentlig, at hjernen forudsiger følelsen og forbereder kroppen, før følelsen rent faktisk opstår. Det tyder på, at når vi mærker en bevægelse, vi

selv laver, er det ikke udelukkende en følelse baseret på information fra vores egen krop, men også iblandet vores egne forventninger til følelsen. Et eksempel, der viser, hvordan denne tidsforskydning bliver åbenbar i hverdagen, er, hvis en person tager en karton mælk ud af køleskabet, som vedkommende forventer, er fyldt op. Kartonen viser sig at være næsten tom, og derfor ryger den op i luften sammen med hånden. Hjernen har forprogrammeret hånden og armen til at løfte kartonen med en meget større kraft end nødvendigt, og pga. den lille tidsforskydning kan man ikke regulere kraften, førend hånden og kartonen ryger op i luften. Det er også denne forskydning, der gør, at det ikke kilder, når man kilder sig selv.

Et monitoreringssystem i hjernen holder øje med, om kroppen gør det, som vi har tænkt, at den skal gøre. Det system er overraskende nemt at snyde. Mark Schram Christensen fortæller bl.a. om et forsøg, hvor forsøgspersoner skulle stikke deres hånd ind i en kasse, så de ikke kunne se den, men fik at vide, at de kunne se hånden i et spejl. I virkeligheden var det forsøgslederens hånd, de kunne se i spejlet, og da den hånd opførte sig anderledes, end forsøgspersonerne forventede, fik de en ildevarslende fornemmelse af, at en anden havde overtaget deres bevægelser.

På en kommentar fra en deltager om, at det i forbindelse med demensramte mennesker er vigtigt at være opmærksom på deres intentioner i forbindelse med bevægelse, nævner Mark Schram Christensen, at han skal medvirke i et spændende projekt med fokus på netop dette begreb sammen med bl.a. filosoffer og psykologer med opstart d. 1. oktober.



Indtryk fra DKDK's Årskursus 2012



Seminarer

Seminar 1: Sig ja til sociale tilbud- et klogt valg ved demens

Annette Johannesen, selvstændig konsulent og specialergoterapeut MSc.

Efter at have hørt Annette Johannesens oplæg om afprøvning af Lifestyle redesign-metoden i Odense bragte seminaret "Sig ja til sociale tilbud – et klogt valg ved demens" os videre i de arbejdsmetoder, der anvendes ved Rådgivnings- og kontaktcentret for demensramte og pårørende, Kallerupvej i Odense.

Der var lagt op til deltagernes aktive medvirken ved diskussioner om egne erfaringer og nye ideer om, hvordan man kan inspirere til at bruge forskellige tilbud og vigtigst, hvordan de virker, så de skaber fællesskaber, der holder ud over det tilbud, der førte deltagerne sammen.

Det er vigtigt at paletten af tilbud er så bred at den favner alles behov for deltagelse ligesom tilbuddene skal ramme bredt for mennesker i forskellige aldre. Tilbuddene skal tilpasses mange forskellige interessesfærer og den enkelte gruppes ønsker.

Annette Johannesen lagde op til aktiv medvirken fra seminardeltagernes side og der blev diskuteret ivrigt og gennemført flere gruppearbejder. Opgave er at medvirke til at hjælpe demensramte til at bruge forskellige tilbud såsom caféer, klubber og foreninger samt fastholde social omgang med andre, så demensramte forbliver socialt aktive. Det er derfor vigtigt at oprette

nye tilbud, der er tilpasset målgruppen. Erfaringen fra Odense er, at med dagtilbud til demensramte bliver deres liv bedre at leve – deres livskvalitet forhøjes.

Det ene tilbud skal afløses af et andet for at vedligeholde færdigheder. Kersti Solheim påpeger at social deltagelse hos demente medfører at plejehjemsophold ikke bliver det store chok fordi personerne er vænnet til at være sociale.

Det blev påpeget at de der lever længst altid har været aktive brugere af socialt samvær med motionsaktive. Hermed blev der sat fokus på motionsområdet, som et vigtigt område af tilbud til at opretholde både de fysiske kompetencer og de sociale kompetencer.

Det blev påpeget, hvor vigtigt det er at bibeholde sociale aktiviteter fra før diagnosen stilles, så man holder sig socialt aktiv fra tidligt i forløbet for at skabe gode vaner og rutiner til gavn se-

nere i demensforløbet. I Sverige har man erfaringer med at et socialt aktivt liv i demensforløbet forlænger tiden i eget og forkorter tiden på plejehjem.

Christine Swane har beskrevet hvor vigtigt det er, at der ydes hjælp til at komme igennem de kriser der uvægerligt opstår, når diagnosen stilles senere i sygdomsforløbet.

Det er tydeligt at åbenhed omkring sygdommen er væsentligt for forløbet og de sociale kontakter. Åbenhed skaber dialog og forståelse fra omgivelserne samtidig med at åbenhed medvirker til, at den

enkelte selv accepterer sygdommens eksistens hvilket giver bedre livsbetingelser.

Med en større indsats for at støtte demensramte til at være socialt aktive kan udgifter på området halveres. Det gælder om at finde frem til, hvordan demensramte motiveres til at komme hjemmefra og i gang med fælles aktiviteter. I den opgave gælder alle kneb fordi resultaterne er så positive.

Konklusionen bliver at tidlig indsats nytter.



Seminar 2: Kvalitetssikring af plejecentre – hvordan har man gjort i Tyskland?

Lene Corydon-Petersen, plejecenterchef, Sønderborg Kommune

Efter Lene Corydon-Petersen havde holdt et inspirerende oplæg i plenum, var det tid til at fordybe sig i den tyske model for kvalitetsstander på et seminar.

Den tyske model - grundlæggende

Lene Corydon-Petersen gennemgår den tyske model, som illustreres med et træ.

Roden: Anerkendelse og de grundlæggende værdier

Stammen: Uddannelse og professionalisme

Kronen: Beboeren, pårørende og medarbejderes samspil

Det, der er kendetegnede for det tyske plejecenter, er, at der er lavet standarder indenfor alle områder - og de fører dem ud i virkeligheden. På det tyske plejecenter er der en tavle fyldt med farvede sedler, hvor de forskellige indsats er noteret. Den enkelte indsats får en farve svarende til i hvor høj grad, man har opfyldt målene. Hvis

målet er opfyldt, og handlingerne bliver ført ud i dagligdagen, har indsatsen en grøn farve, og gul hvis man er på rette vej, men der stadig er noget at arbejde med. Indsatsen får en rød farve, når man ikke har taget fat på at løse området. Det giver et godt overblik over, hvad der er nødvendigt at arbejde mere intenst med, og se hvad der fungerer godt og "bare" skal vedligeholdes.

Blandt seminardeltagerne er der betænkелigheder ved, at alt for meget bliver skrevet ned, så den spontane gode pleje bliver kvalt. Der er dog stor interesse for modellen, og flere har mod på at starte op med nogle af idéerne.

Dødsfald og etik

Deltagerne diskuterer livligt de forskellige temaer. Specielt optager temaet omkring dødsfald og etik. Der skal udarbejdes specielle standarder for, hvad man som personale deltager i omkring et dødsfald. Eventuelt skal der være nye muligheder for at anerkende, at man som kontaktperson til en plejehjemsbeboer ofte får et tæt forhold, som man skal have mulighed for at bearbejde efter dødsfald. På det tyske plejecenter har man en speciel afdeling til den sidste fase af sygdommen. En slags hospice for demente. Her lever man og får de nødvendige stimuli for at føle sig levende. Her er en meget fast døgnrytme og mange gudstjenester. Man spiller ofte musik og giver massage.

Samtalerne drejer sig også om muligheden af at oprette etiske komiteer, der er

tilknyttet kommunes plejecentre. Disse komiteer skal tage stilling til svære etiske dilemmaer og på den måde hjælpe plejepersonalet.

Seminardeltagerne arbejder i grupper om muligheder/udfordringer ved at arbejde med kvalitetsmodeller. Stort set ingen arbejder med kvalitetsmodeller. Der er positiv stemning for at afprøve noget, der ligner i de forskellige kommuner, men der findes ingen færdigsyet plan for, hvordan man kan bruge modellen. En idé er at "fordanske" den tyske model. Deltagerne er enige om, at det er meget svært at finde ud af, hvad der er god standard i de forskellige plejecentre rundt om i landet.



Seminar 3: Seksualitet og demens

Christina Ladager Jensen, seksualvejleder og underviser på Social- og Sundhedsskoler

Det er vigtigt, at alle medarbejdere ved, hvad de må, og hvilke rammer de arbejder indenfor, således at de er trygge i deres tilgang til arbejdet med en synlig seksualitet, som en del borgere med demens har.

WHO's definition af seksualitet

Christina Jensens tilgang baserer sig på 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 adskilles fra andre aspekter i livet.

Der er mange faktorer, der kan påvirke demente borgers seksualitet:

- Sygdom, deraf medicinske bivirkninger der har indflydelse på seksualiteten
- Tabet af partner
- Savn, tomhed og ensomhed
- Svært at etablere nye kontakter
- Man føler sig ikke seksuelt attraktiv
- Fordomme og myter (fordomme de måske selv har haft som unge, en slags dobbelt stigmatisering)
- Stor mangel på privatliv
- At være seksuel er uacceptabelt
- Mangel på seksualvenligt miljø
- Ingen seksuelle retningslinjer
- Ingen seksualpolitik

Hyperseksualitet og uacceptabel seksuel adfærd

Undersøgelser viser, at 2-17 % af alle borgere med demens lider af en form for hyperseksualitet. Årsagerne til dette kan bl.a. være manglende seksuelle hæmninger (ofte ved frontallaplæsioner eller organiske skader i hjernen), hallucinationer, manier, sensoriske forstyrrelser, normal etikette er glemt, den demensramte mangler sin faste seksuelle partner,

understimulerende miljø, manglende aktivitet og stimuli samt mere synlig seksualitet pga. manglende privatsfære. Dette kan føre til en uacceptabel seksual opførsel for omgivelserne.

Det rejser en række etiske dilemmaer, f.eks.:

- Alle mennesker har ret til at være seksuelt aktive uanset alder, grad af sygdom, evne eller seksuel præference
- Borgere med demens har samme rettigheder som alle andre
- Vi har en tendens til at skyde skylden over på sygdommen, dette er delvist korrekt, men andre faktorer skal også tages med
- Mennesker med demens har lige så stort et behov for omsorg, varme og intimitet som mennesker uden demens
- Samtidig har vi pligt til at skærme og støtte borger i ikke at krænke sig selv og andre
- Se hele personen, bevar respekten for denne

Hvis en borger er seksuelt til skade for sig selv eller andre, kan denne medicineres, således at den seksuelle lyst dæmpes til et mere normalt niveau. Der skal foreligge dokumentation og begrundelse for så radikalt et indgreb.

Socialministeriets håndbog

Socialministeriet har udgivet en håndbog

"Seksualitet på dagsordenen"

(<http://www.servicestyrelsen.dk/handicap/seksualitet/seksualitet-pa-dagsordenen>), som erstatter vejledningen "Seksualitet uanset handicap". Håndbogen henvender sig primært til medarbejdere, som med udgangspunkt i Serviceloven har til opgave at vejlede og støtte f.eks. borgere med demenssygdom, som mange beboere i plejeboliger har. Formålet med håndbogen er at beskrive og komme med eksempler på, hvordan man kan udvikle og fastholde

en professionel tilgang til arbejdet med seksualitet. Hvad skal man vide, hvad skal man kunne, og hvordan yder man i praksis en professionel indsats i forhold til seksualitet?

Nogle eksempler på, hvad medarbejdere skal kunne, er at skabe rum for dialog om beboers behov for nære relationer, kontakt, varme, intimitet og seksualitet. De skal også støtte og vejlede med respekt og omtanke for følelser og grænser samt respektere og skabe et privat råderum, f.eks. ved at afvente beboers svar, efter der er banket på døren til boligen. Endelig skal de naturligvis overholde tavshedspligten.

Ved personfølsomme oplysninger foreligger skærpet tavshedspligt, dvs. inden videregivelse af oplysninger til en kollega, bør man spørge sig selv, om det er relevant og nødvendigt at videregive oplysninger, hvem oplysningerne er relevante for og være opmærksom på kun at videregive de højst nødvendige oplysninger.

Medarbejderne må, men skal ikke, introducere en borger til de hjælpemidler, der er på området, hjælpe med praktiske tiltag, så seksuel udfoldelse bliver muligt for borgeren. Desuden må medarbejdere medvirke til kontakt til prostitueret efter faglig vurdering, samt inddragelse af leder afhængig af den enkelte kommunes regler.

Medarbejderne må ikke påføre andre en seksualitet, deltage aktivt i onani eller samleje, inddrage pårørende uden tilladelse fra borgeren (kun ved personlig værgemål) eller afvise spørgsmål eller signaler om seksualitet, ej heller ignorere en seksuel problematik.

Christina Ladager Jensens kontaktoplysninger:

www.aeldres-seksualitet.dk

Christina@aeldres-seksualitet.dk

Seminar 4: Klædt på til fremtiden – totalkommunikation

Irene Holst, socialpædagog, diplom i demens, demenskoordinator for Sønderborg Kommunes 12 plejecentre

Betina Schmidt Jørgensen, udviklings- og kvalitetssygeplejerske, diplom i ledelse, Guderup Plejecenter, Sønderborg Kommune

I Sønderborg Kommune arbejdes med at forebygge vanskelige situationer i plejen. Guderup Plejecenter er Sønderborg Kommunes special-plejecenter inden for demens. Her arbejdes med at styrke kommunikationen mellem beboere og medarbejdere. Medarbejderne forsøger at finde den rette læringsstil for den enkelte demente borger, og det virker i praksis. På trods af at demenslidelsen skrider frem, ser medarbejderne på ressourcer i stedet for belastninger.

Projekt Totalkommunikation

Projektet indgik som en mindre del af et større projekt, "Gennembrudsprojekt - klædt på til fremtiden", som hele Sønderborgs Kommune deltog i. Projektet handlede om udadreagerende demente borgere og startede i 2004 med 2,4 mio. kr. fra satspuljen.

I projektet deltog alle kommunens 12 plejecentre. Fra hvert center var der en gruppe på fem personer, der skulle komme med ideer og implementere dem i praksis i samråd med ledelsen på det enkelte sted. Udover projektet om total-

kommunikation var der også projekter om beboere med alkoholmisbrug, mere udeliv, den gode indflytning og flere aktiviteter efter kl. 15.

På Guderup Plejecenter besluttede man at arbejde med kommunikation, da det er centralt i forebyggelsen af vanskelige situationer i plejen. Det virkede banalt – kommunikere er jo noget, vi alle gør og benytter os af, fra vi bliver født. Alligevel kommer vi nogle gange til kort. I hverdagen bruger vi de kommunikationsformer, vi har med i vores rygsæk, som især er det verbale sprog. Det er tankevækkende, da 80 % af al kommunikation er non-verbal, som vi er mindre bevidste om. Skal vi bruge andre kommunikationsformer, skal vi først lære dem, og have dem implementeret i vores hverdag.

Kommunikationsformer

Vi har en lang række non-verbale kommunikationsformer. Kropssprog, som er en af dem, består af sammensætningen af kropsholdning, ansigtsudtryk, øjenbevægelser og gestus. Kropssproget fortolkes ubevidst af alle med undtagelse af autister. Psykologen Albert Mehrabian fandt ved forsøg ud af, at kropssproget og den non-verbale kommunikation har den største betydning for, hvordan vi opfatter andre. Han er kendt for 7-38-55 reglen: Vores opfattelse af andre og troværdigheden af det, de siger, afgøres af deres ord (7%), betoning (38%) og kropssprog (55%).

Tegn til tale er en blanding af kropssprog, mimik, naturlige

tegn og vedtagne tegn, hvor talesprog suppleres med tegn. Mange af tegnene er - i modsætning til i tegnsprog - velkendte og forstås også internationalt af de fleste. Tegnene er ofte lavet på en måde, så de er nemme at huske og forstå. Det betyder, at der ofte er tegn, der viser omridset af en genstand, eller hvordan man bruger genstanden. F.eks. er tegnet for banan, en bevægelse hvor man viser, hvordan en banan åbnes. Tegn til tale adskiller sig fra kropssprog ved primært at være centreret omkring hænderne og ved at være mere standardiseret og universel. Tegn til tale kan være et hjælpemiddel for mange forskellige mennesker uden talesprog eller med et svært forståeligt talesprog, men det kræver, at der bliver skabt et miljø for det, der indebærer, at det ikke kun er personen uden talesprog, der bruger det.

Af andre kommunikationsformer nævner oplægsholderne:

- Piktogrammer: Tegn som forkortelse af informationsmateriale - konkrete billeder af genstande
- Konkrete symboler: Faktiske genstand, både i normal størrelse men også gengivet i mindre eller større størrelse
- Følesans: Stimulation af følesansen har stor betydning for at dæmpe eller hæve personens aktivitetsniveau men også for personens stressniveau. Bestemte berøringer kan tilføjes bestemte handlinger f.eks. to bank på hånden som tegn på at nu kommer skeen med mad
- Duftesans: Smagssansen og duftesansen er væsentlige mekanismer til at

evaluere, godkende eller afvise fødevarer. Som kommunikation kan en duft være synonym for en handling, f.eks. duften af kaffe lig med kaffetid

- Lys: Som kommunikation kan lys bruges, f.eks. rød betyder stop, gul betyder vent, grøn betyder gå
- Lyd: Som kommunikation kan lyden af en klokke, der ringer, betyde spisetid.

"Det er ikke det, der siges, men måden det siges på"

Det handler om at være kreativ og finde frem til den enkelte demensramte borgers muligheder for kommunikation og evt. lave kombinationer mellem flere kommunikationsformer. I kommunikationen er det vigtigt at udvise glæde og ros, når noget lykkes.

Irene Holst og Betina Schmidt Jørgensen giver flere fine eksempler på, hvordan det er lykkedes at etablere kommunikation mellem beboere og personale ved at leve sig ind i beboernes muligheder og ressourcer – beboere som ellers har været isolerede på grund af manglende sprog. Til slut besvarer de spørgsmål fra seminardeltagerne. Bl.a. ønsker en at få råd vedrørende en beboer på plejehjem med alzheimers sygdom, som har svært ved at kommunikere, men som gerne vil i kontakt med personalet. For plejepersonalet er det svært at afslutte kontakten med ham, og det ender ofte ubehageligt med, at de må opgive at forstå, hvad han siger og forlade lokalet. Irene Holst foreslår, at personalet tegner et ur på en tavle, hvor de viser beboeren, hvor lang tid der går, før de afslutter besøget. På den måde kan de måske undgå en ubehagelig afslutning.



Seminar 5: Hvad kan neuropædagogikken byde ind med ift. borgere med demens?

Marlene Theager, specialpædagogisk konsulent, neuropædagog og diplomuddannelse i specialpædagogik, VISS.dk

I et intenst og lærerigt seminar definerede Malene Theager neuropædagogikken samt gennemgik neuropsykologiske processer. Slutteligt gav hun tips til, hvordan neuropædagogikken kan bruges i hverdagen og kan anvise muligheder og veje i demensomsorgen.

Hvad er neuropædagogik?

Neuropædagogik går i sin enkelthed ud på at finde ud af, hvad budskabet er i handlingen. Hvad er bevæggrundene for handlingen? Hvordan skal vi møde den demente, ud fra det vi mangler at vide? Det handler om at være til stede her og nu og spotte den enkeltes ressourcer. At få opbygget nogle gode relationer er væsentligt. Med andre ord handler neuropædagogik om pædagogiske overvejelser og fremgangsmåder, der tilrettelægges ud fra det enkelte menneske med demenssygdom.

For at definere neuropsykologi refererer Malene Theager til neuropsykolog Anders Gade (1998) – *neuropsykologi er forholdet mellem hjerne, adfærd og mentale processer*. Viden om mentale processer og dysfunktioner kan bruges til at opstille hypoteser om borgerens ressourcer og vanskeligheder på baggrund af systematiske observationer. Neuropsykologiske undersøgelser giver ideer til at lave et "metode-depot" for den enkelte borger ud fra hjernens kognitive funktioner.

I neuropædagogikken søges at systematisere borgerens data og livshistorie for at få indblik i, hvad der kan motivere, og hvad der kan få lys i øjnene på den demente. Gennem neuropædagogisk screening leder man efter ressourcer, der stadig er intakte. Der laves en analyse af borgerens valg af strategi og opgaveløsning. Den enkeltes ressourcer afdækkes med henblik på at tilrettelægge en hverdag, hvor ressourcerne sættes i spil. Analyserammen handler derfor mere om "hvordan" end "hvad". Malene Theager fremhæver, at man ikke som sådan kan ændre borgerens tilstand, men påvirke vilkårene gennem tilgang og de professionelles forståelse af borgeren. Malene Theager understreger her vigtigheden af at forstå baggrunden for borgerens adfærd ud fra forandringsteorier.

Arousal og spejlneuroner

Marlene Theager forklarer begrebet Arousal, der betyder at vågne eller at vække. Eller sagt med andre ord; grad af vågenhed. Hun giver eksempler på både hypo- og hyperarousal (høj eller lav grad af vågenhed). Et andet emne, hun kommer ind på, er spejlneuroner, som er hjerne-celler, der kan kopieres eller spejle virkninger som sker i borgerens. Efter 'kopieringen' aktiverer spejlneuroner information til andre cellesystemer, der kan igangsætte specifikke processer hos borgeren.

Seminar 6: Ny viden er lig med nye og bedre handlinger i praksis! Tja – er det nu også det?

Marie Louise Holstein, sygeplejerske, cand.scient.san., uddannelseskonsulent, Videreuddannelse og Prakisudvikling, Social og Sundhed, University College Lillebælt

Marie Louise Holstein arbejder blandt andet med at lave uddannelsesforløb for demenskoordinatorer og -konsulenter samt deres ledere. Derfor har hun stor interesse i, hvordan tilegnet viden kommer videre fra medarbejdere og i spil med og hos borgerne.

Det interessante mellemrum

Marie Louise Holstein starter seminaret med at invitere deltagerne på opdagelse i mellemrummet mellem viden og praksis for at undersøge, hvad der er på spil, og hvad der gør en forskel, når noget lykkes eller ikke lykkes. I demenskoordinatorernes hverdagspraksis bliver de ofte kaldt ud for at hjælpe med at gøre noget anderledes, det kan være at ændre et handlemønster eller finde en anden måde at være sammen på. Demenskoordinatorerne er overvejende videnspersoner i en konsulentfunktion, og det er helt centralt for dem at videregive viden til en anden, som så skal udføre en handling i praksis. Som udgangspunkt slår Marie Louise Holstein fast, at god viden ikke automatisk fører til i god handling i praksis. Det går galt et sted i mellemrummet – dér hvor relationerne er afgørende.

Hun beder deltagerne tænke tilbage på en situation i livet, hvor de virkelig har lært noget. Deltagerne fortæller om mange forskellige situationer, f.eks. én der som helt ung sygeplejerske blev mødt af en skuffet patient, da hun ikke havde tid til en samtale, en anden som havde held til at motivere en gruppe hjælpere til selv at finde svaret på et problem, og flere andre har haft nogle fantastiske undervisere, som gav dem nogle aha-oplevelser. Alle gik fra en fast, måske dømmende holdning eller forestilling til en anden erfaring. Marie Louise Holstein opsummer erfaringerne i tre ord for dét, 'der rykker': Motivation, mening og det sociale.

Effektlæring

Marie Louise Holstein taler om forskellige former for læring: Den læring der handler om selviscenesættelse ("det her er godt for mit cv og selvudvikling"), den læring der handler om et generelt kompetenceløft for f.eks. en hel afdeling og endelig effektlæring. Den sidste slags læ-

ring har hun fokus på. Ved fokus på effekt lægges udgangspunkt et andet sted end ved de andre forståelser. Det er afgørende, at der kan ses en effekt af læringen! Effekt handler ikke nødvendigvis om penge, men om at vi gør ting anderledes.

Der er intet galt med at studere vanskelige faglige tekster og at tilegne sig forskellige metoder, men i forhold til læring som skal omsættes i daglig praksis, er handlingsaspektet centralt. I vores handlinger viser vi, om viden er kommet ned i vores krop. Det er dér, viden står sin prøve. Samtidig skal vi være klar over, at viden, der omsættes i praksis, også er en tidsmæssig bevægelse, og at det tager tid at få viden omsat. Vi skal samtidigt flytte os fra individuel læring til en fælles læringskultur, som skabes af ledelsens italesættelse af, at det her er vigtigt. Vi handler sammen med nogen, og det er der, viden viser sin værdi eller mangel på samme.

Et godt udgangspunkt for læring er, at det er tydeligt, hvad det er for en effekt, man gerne vil se i praksis, og hvad det er for en adfærd, man gerne vil have ændret. Efter indsatsen er det også effekten, der skal evalueres op imod. Effekt kan handle om forandring på det helt lavpraktiske niveau – at der er noget, der forandrer sig. Fokus på effekt gør, at vi skal ændre den måde, hvorpå vi anskuer læring og kompetenceudvikling i praksis, f.eks. når en medarbejder skal på kursus. Her er det vigtigt at være klar over, hvad det er for et læringsudbytte, der ønskes, og hvordan arbejdspladsen kan få gavn af denne læring.

For at illustrere hvor vigtigt det er at have effekt i fokus, giver Marie Louise Holstein et eksempel: Hun modtager fra tid til anden henvendelser fra

kommuner eller andre, der ønsker, at hun sammensætter et uddannelsesforløb til opkvalificering af medarbejdere indenfor demensområdet, f.eks.: "Vi ønsker et uddannelsesforløb, der indeholder viden om forskellige demensformer". Her spiller Marie Louise Holstein djævlens advokat og giver dem modspil ved at spørge: "Hvorfor vil I have at medarbejderne ved noget om forskellige demensformer? Er det nødvendigt, når de passer demente? Hvad er det faktiske problem, og hvad er det for en effekt I ønsker at se?". Som udgangspunkt er det godt at spørge sig selv: Hvad er det for en ændring, vi ønsker at se i praksis? Derefter: Hvad er det nødvendigt at vide, for at der skal ske den ændring?

Motivation og kultur

Der er en række andre elementer, der er afgørende for, om det lykkedes at omsætte viden til praksis. Én af dem er motivation. Medarbejderne skal være motiverede for forandring, ellers går der ikke længe, før de falder tilbage i en "sådan-plejer-vi-at-gøre-det"-rutine. Motivation er en uhåndgribelig størrelse, og hvad der motiverer er ofte forskelligt fra person til person. Hvis man skal motivere en medarbejder, skal man gøre sig den anstrengelse at finde ud af, hvad der er vigtigt for vedkommende. Medarbejderen skal kunne se, at indsatsen kan betale sig og er meningsfuld, for vi gør dét, som giver mening. Hvis det er svært at finde frem til, hvad der tænder den enkelte medarbejder, så bed vedkommende om at beskrive, hvad der gør en arbejdsdag god – det er ekstremt informativt. Man skal være nysgerrig på, hvad der tænder den enkelte medarbejder.

Et andet vigtigt element er transfer eller overførbar-



hed. Nær-transfer er at det bedste, dvs. jo tættere på hverdagspraksis, jo bedre. Viden skal øves i praksis. I den forbindelse spiller transfer klimaet – eller forholdene på arbejdspladsen – en stor rolle. Ledelsens opbakning er en vigtig del heraf. Ledelsen kan desuden strategisk arbejde med kulturudvikling på arbejdspladsen i forhold til den effekt, de gerne vil se. Der skal være rum til at øve sig og til at fejle – men også til at blære sig!

En deltager siger tankefuldt til afslutning: "Vi har en tendens til at fokusere på demenssygdomme. Hvis vi virkelig vil ændre noget, må vi blive bedre til at snakke ledelse og kultursprog".

Seminar 7: Musikterapi giver nye muligheder for kommunikation og kontakt med demente

Lise Høy Laursen, musikterapeut, Cand.mag., forfatter og foredragsholder

Ea K. Petersen, sygeplejerske, MHP, udviklings- og kvalitetskoordinator, Lundehaven, Risikomanager, Ballerup Kommune

Musik giver den enkelte mulighed for en væren i nuet – hvilket også gælder for borgere med demens. Musik skaber kontakt til mennesker, der ellers ikke i hverdagen kommunikerer eller bruger deres sprog. Seminaret formidlede resultaterne fra et forskningsbaseret forsøg med musikterapi på plejecentret Lundehaven i Ballerup. Projektet var støttet af Socialministeriet og plejecentret.

Musikterapi stimulerer, aktiverer og afspænder

Musikterapi er ikke bare noget, man gør. Musikterapi er en videnskabelig funderet behandlingsform, som bygger på musikkens evne til at skabe kontakt og kommunikation og derved være medvirkende til at danne relationer, fremme fysisk stimulation eller afspænding og understøtte følelsesmæssige oplevelser og udtryk. Musikterapi bruges i mange sammenhænge, på hospitaler, hospice, specialbørnehaver og plejehjem.

Musikterapi tilbydes til demente borgere, fordi musik stimulerer mange dele af hjernen og både kan virke aktiverende og afspændende, samt nå følelserne. Med musikterapi kan man skabe øjeblikke for demensramte, som kan opnå kontakt med deres identitet samt fokus og ro. Musikbehandling kan dette. Der findes forskellige musikterapeutiske aktiviteter afhængig af, hvad man ønsker at opnå.

Eksempler på aktiviteter er:

- at synge sammen, som giver fællesskab, mulighed for minder og samvær med pårørende.
- at spille sammen, som stimulerer fælles fokus, giver sansestimulation, tilbyder struktur og rytme og giver motorisk stimulation
- at lytte til musik, som giver oplevelse af sam-

hørighed, afspænding og berører livshistorien, men også mulighed for efterfølgende samtale.

Musikterapi på Lundehaven

I projektets start var der en nysgerrighed fra medarbejderne på Lundehaven, men tillige en tilbageholdenhed. Medarbejderne skulle lære nye metoder og at tænke anderledes. Essentielt for projektets succes var, at medarbejderne kunne se, at behandlingsformen gav gode oplevelser for beboerne, at de blev mindre udadreagerende eller lukkede/lyste op, og at det var en aktivitet, hvor alle kunne være med. To medarbejdere blev gennemgående på projektet, hvilket viste sig at være en god beslutning.

En erfaring var, at vagtskiftet blev roligere de dage, hvor man havde haft musikterapi. En anden interessant iagttagelse var, at en borger, der ellers ikke virkede som om, hun genkendte den ene medarbejder fra den anden, helt klart viste, at hun genkendte musikterapeuten. Hun gjorde en forskel i hverdagen.

Debat og forslag

På seminaret debatterer deltagerne fremtidens muligheder for at implementere musik og musikterapi som behandlingsform for borgere med demenssygdomme. Flere forslag kom fra deltagerne: En fortæller om erfaringer med at synge det, der

skal ske for borgeren – det giver ro. Om man synger falsk betyder intet. En anden måde at skabe ro er at spille borgerens egne grammofonplader. En anden deltager beretter, at ledelsen i hendes kommune har prioriteret at ansætte en musikterapeut. Flere er enige om, at det er vigtigt at få øjnene op for, hvad en musikterapeut kan, idet de kan nå ind til borgere, og nå en dybde, som ikke kan nås uden en specifik viden og træning.

Midler slipper op, og projekter lukkes ned – men som medarbejdere kan man gøre meget i hverdagen ved at tænke musik ind i plejen og hverdagen. Deltagerne giver idéer til hinanden om mulighederne indenfor musikterapi: En fælles morgensang skaber genkendelighed, en stille stund, hvor vi lytter til gamle sange sammen, giver ro. En børnesang som nynnes skaber, minder og måske lidt sprog, og hvis musik, der især har interesseret et menneske, fremskaffes og afspilles, skabes reminiscens.



Seminar 8: Hvad er det for nye kompetencer, jeg som demenskoordinator skal udvikle?

Dorthe Christiane Zinck Iversen, lektor i pædagogik, innovationskonsulent i University College Syddanmark

Dorthe Christiane Zinck Iversen indledte seminaret med en række praktiske øvelser, der bragte smil og latter på alles ansigter så vi kunne få øje på de mange forskellige evner vi besidder.

Det er alle disse forskelligheder, der skal i spil, når fokus er på udvikling af medarbejdernes kreative og innovative kompetencer. Christian Bason hævder, at "Innovation er en kreativ idé, der skaber værdi". Den kreative indstilling er en fysisk om mental indstilling, som åbner for vores kreative potentiale og sætter vores tænkning fri, så den bevæger sig ad nye veje og gennem ukendt terræn.

Den kreative tænkning handler om en særlig indstilling til ens selv og til de andres selv og til det materiale man arbejder med. Det er en indstilling som er åben, fleksibel og spontan og legende. Der er tale om en mental orientering, som er vendt mod fornyelse og udvikling – og det kræver mod, åbenhed og vilje. Samtidig er der tale om mønsterbrydning, der kræver, at man kan flytte blikket fra det vante og vende tingene på hovedet. Det kræver også selvtilid og tro på, at man gør en forskel. Det kræver, at man er selvkørende og kan vurdere, hvornår man kan løbe en risiko.

Kreativ og innovativ kompetence er en persons evne til at gennemføre synlige fornyelser indenfor et givent videns- og praksisdomæne. Vi skal være nytænkende og omsætte ideer til viden og værdi. Lotte Darsø

siger om kunsten at fremelske innovationskompetence er at kunsten er at kunne navigere effektivt sammen med andre i komplekse sammenhænge.

At bryde mønstre skaber kreative tanker – altså må vi mødes på nye måder for at fremme medarbejdernes arbejdsglæde og kreative kompetencer. Vi har til opgave at fremme medarbejdernes lege-evne og fantasi, så de tør bryde vaner og mønstre og gå nye veje i deres arbejde. Vi skal arbejde med deres forskelligheder.

Vi har brug for velfærdsinnovatører til at løse rutinerne og få plads til det kreative. Her er Danmark i krise.

Kreativitet handler om at man har tid til at gøre sine ideer meget bedre – påvirke hjernen til at tænke anderledes. Det handler om små ændringer i sin praksis, at kombinere noget på andre måder. Når vi arbejder eksperimenterende vil der opstå fejl, som skal accepteres. Det er dårlig innovation hvis der ikke er fejl.

Bason taler om at alle skal være enige og man skal se fejl som innovation.

Eksempel: Hofnaren stiller de mest åndsvage spørgsmål, men hofnaren er betydningssfuld.

Innovation handler om nye måder at organisere sig på og nye måder at spille sammen. Det handler om fantasi og træning af vores forestillingsevne, om at turde bevæge sig i andre retninger.

Innovation handler om fornyelse og mod.

Seminar 9: Tværfaglig indsats ved delir hos demente og svage ældre borgere - et projekt

Elsebeth Kjærgaard, demenskoordinator, Soc.D, sygeplejerske, Odense Kommune

Jette Oberländer, hjemmesygeplejerske, Odense Kommune

I Odense Kommune har man gennem en forstærket tværfaglig indsats sikret tidlig opsporing af delir. Inspirationen til projektet kom bl.a. fra en artikel i Sygeplejersken, og en oplevelse af, at der var et hjørne i demensindsatsen, som ikke fungerede optimalt.

Baggrund

Projektet bestod af et pilotprojekt med udvikling af undervisningsprogram, samt udvikling og udlevering af en såkaldt delir-taske. Begge dele vil Odense Kommune gerne dele med andre kommuner, så deres erfaringer kan udbredes til andre kommuner. Projektet startede som et succesfuldt pilotprojekt, og er i dag udbredt til hele kommunen. Projektet har været en stor succes, indsatsen virker, og projektet blev godt modtaget af alle personalegrupper og ledere. Resultatet af projektet er til stor gavn for både borgerne og medarbejderne.

Fokus, formål og indhold

Delir betyder "af sporet" og kan beskrives som en akut hjerneinsufficiens. Delir har mange forskellige årsager, og er et psykiatrisk symptom på somatisk sygdom eller ubalance. Projektet blev præsenteret for bevillingsgiver og ledelsen med implementeringsplan, mål, succeskriterier, leverancer, milepæle og en risikoanalyse, og disse elementer blev godkendt af ledelsen.

Det udviklede undervisningsprogram har givet plejepersonalet et blik for symptomer på delir. Projektets formål var at ruste personalet i plejeboliger samt i hjemmeplejen til at kunne se, hvornår der er tale om delir hos en ældre borger. Flere myter om delir er aflivet – herunder myten om, at delir er koblet til alkoholmisbrug, at delir blot er hukommelsesproblemer eller en pludselig opstået demenssygdom m.m. Delirtasken giver

Seminar 10: Livet omkring døden

Kenn Carlsen, Lyd Carlsen, mag.art og kendt for adskillige lydmontager

dem remedier til at kunne foretage de relevante observationer og målinger. Delirtasken fungerer tillige som en fysisk, konkret påmindelse til plejepersonalet om at fastholde en ny praksis i en travl hverdag. Medarbejderne er ligeledes understøttet i, hvilke relevante samarbejdspartnere de skal kontakte og vide-regive deres observationer til.

Projektlederens eftertænksomhed på seminaret kan vi alle bruge: "Jeg synes, vi hidtil har svigtet personalet. De har ikke haft den vid, de havde brug for, for at kunne se, hvornår der kunne være tale om delir, og de har ikke vidst, hvad de konkret skulle gøre – og sidst men ikke mindst har de ikke haft de nødvendige remedier".

Dette er der nu rådet bod på i Odense, og der er planlagt opfølgende kurser for nyt personale.

Yderligere oplysninger kan fås hos demenskoordinator Elsebeth Kjær-gaard på mail: ek@odense.dk

Kenn Carlsen bød deltagerne velkommen til et anderledes seminar: I den første halve time sad alle med lukkede øjne og lyttede til hans lydmontage, der handler om livet omkring døden. Lydmontagen tog deltagerne med på en rejse, hvor de lyttede til små fortællinger og udsagn. Lydbilleder understøttede fortællingerne. Stemmerne var hovedsagligt fra pårørende, men også to sygeplejersker og en døende beretter. På den måde åbnede lydmontagen op for et mylder af refleksioner hos den enkelte deltager og pegede på en række temaer, som er centrale, når det drejer sig om livet omkring døden. Efterfølgende drøftede deltagerne i små grupper situationer fra lydmontagen eller refleksioner over egne erfaringer. Slutligt samledes alle i fælles plenum og delte diskussioner og overvejelser. Det er vanskeligt at gengive de følelser og den stemning, der var i seminaret, og derfor samler det følgende op på drøftelserne i plenum.

Den sidste afsked

Umiddelbart slår det flere af deltagerne, hvor vigtigt det er at få snakket med sine pårørende om uafklarede emner, før man ligger på dødslejet. En døende og hans søn når i montagen at åbne op om den mangel på berøring, der havde været mellem dem hele livet, og som faderen forklarer til sønnen med en mangel på omsorg og åbenhed i hans eget barndomshjem. I den sidste tid når de ind til hinanden både mentalt men også ved at kunne røre ved hinanden. En deltager nævner, at det virker paradoksalt, at døden bliver en anledning til at lære hinanden bedre at kende, når man er så tæt ved ikke at kunne være sammen mere. En anden deltager fortæller, at beboere, på det plejehjem hvor hun arbejder, modtager materiale om "Min sidste vilje" tre måneder efter indflytning. De har modtaget positiv respons på dette tiltag, hvor det mere formelle åbner op for uformelle drøftelser mellem beboere, pårørende og evt. plejepersonale om beboerens forhold til døden.

En professionel håndtering af døden?

Et andet emne, deltagerne bider mærke i, er de professionelles omgang med de døende og de pårørende og den - til tider - mangel på situationsfornemmelse, der vanskeliggør en i forvejen ømtålelig situation. En pårørende fortæller i montagen,

hvordan hun følte, hospitalet ville gemme døden væk. En deltager samstemmer med en oplevelse, hvor hun som pårørende måtte kæmpe en sej kamp mod hospitalspersonale, som ville udskrive en døende mod hendes ønske. En anden deltagers oplevelse er, hvor krænkende hun følte det, da hun var på vej til sin svigerfars dødsleje og passerede et personale- rum, hvor man fejrede en medarbejders fødselsdag. Det afleder en længere diskussion mellem deltagerne om, hvordan man kan ændre kulturen i forhold til døden både på arbejdspladser og generelt, og tage de fornødne hensyn til døende og de pårørende som er meget sensitive og sårbare. Det er enighed om, at det er vigtigt, at vi er åbne, at vi tør gå ind i det og tage dialogen.



Seminar 11: Vejledere i voldsforebyggelse med baggrund i projekt i Gladsaxe Kommune

Vejleder Camilla Flecks Malther, procesleder Betina Kruse, leder Jessica Lykke – Gladsaxe Kommune

Gladsaxe Kommune har udviklet en model til at forebygge og håndtere vold og trusler om vold. Kommunen har uddannet et korps af vejledere i forebyggelse af vold i de enkelte distrikter, så der er en voldsvejleder (VVér) tilgængelig i alle afdelinger og i alle vagttag herunder også blandt køkkenpersonale, servicemedarbejdere osv. Implementering af ordningen startede i 2005 og er i dag fuldt forankret i organisationen.

Baggrunden for projektet var, at et stigende antal medarbejdere blev udsat for adfærd, der af den enkelte blev oplevet som værende fysisk og/eller psykisk grænseoverskridende. Denne adfærd blev oplevet fra både borgere og pårørende. Der var for eksempel tale om trusler, sladder, falske anklager, ekstrem klageadfærd, slag, spark, nedladende eller aggressiv tale eller tale med direkte eller antydningssvis seksuelle islæt.

Hvordan fungerer det i praksis?

VVérne rekrutteres blandt alle med en faguddannelse. Den daglige leder udpeger de medarbejdere, som anses for at være egnede til opgaven. VV'ere får en 3-dages uddannelse i blandt andet

kommunikation, dialogformer, konfliktforståelse, kollegial sparring, nænsom nødværge og vejledning i at udfylde voldsanmeldelses-skemaerne. VV'erne kommer på kurset hvert femte år. Deres opgave er at holde en samtale med medarbejdere, der har været ude for en situation, der opleves som vold, kort tid efter at episoden har fundet sted. Samtalen fungerer som akut hjælp til medarbejderen. VV'eren sørger endvidere for at udfylde anmeldesskemaet og give besked til lederen. Samtalen er også udgangspunkt for udarbejdelsen af en handlingsplan, der skal forebygge, at noget tilsvarende sker igen. VV'erne skal endvidere skabe debat i aktuelle situationer samt skærpe opmærksomheden på de forebyggende elementer i forhold til de situationer, der ellers vil kunne udvikle sig psykisk eller fysisk voldeligt. De skal også vejlede kollegaer i situationer med konkrete borgere, hvor situationer er opstået eller kan tænkes at opstå.

Der er ca. én VVér for hver 20. medarbejder. VV'erne får et løntillæg for deres funktion. Alle VV'ere er medlem af en ERFA-gruppe i deres eget distrikt, hvortil er knyttet en tovholder. Grup-

pen mødes fire gange om året til supervision samt til orientering om ny viden/kurser på området.

Gode erfaringer

Tovholderne og en distriktsleder udgør tovholdergruppen. De mødes ca. fire gange om året for at opdatere og videreudvikle VV-ordningen samt erfaringsudveksle på tværs af distrikterne. Tovholderne er fast inviteret med til arbejdsmiljømøderne. Ordningen er et supplement til arbejdsmiljømedarbejderne. VV'erne er nemme at få fat i, da de er repræsenteret i alle vagttag, hvorimod arbejdsmiljørepræsentanterne kun er sporadisk tilstede. Der er fuld ledelsesmæssig opbakning til ordningen. Opfølgninger på voldsanmeldelserne er et fast punkt på personalemøderne. Ordningen har medført større åbenhed om voldsepisoder blandt personalet. Antallet af voldsepisoder er faldet, antallet af indberetninger om magtanvendelse er dalet kraftigt og sygefravær i forbindelse med vold er faldet.

Regionsrepræsentanter 2011 – 12

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.

Hvis der blandt DKDKs medlemmer er en eller flere, der ønsker at indgå i arbejdet som regionsrepræsentant, bedes du rette henvendelse til sekretariatet ved Marianne Lundsgaard på ml@demens-dk.dk

En liste over regionsrepræsentanter findes på www.demens-dk.dk under punktet Foreningens aktiviteter, Netværksgrupper



Generalforsamling i DKDK

DKDKs generalforsamling blev afholdt d. 13. september på Hotel Nyborg Strand med deltagelse af 48 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. DKDKs formand vælges for en toårig periode i lige år. Ane Eckermann var som nuværende formand villig til genvalg og blev valgt uden modkandidat – med applaus.

To bestyrelsesmedlemmer var på valg og blev begge genvalgt til bestyrelsen. Gitte Kirkegaard og Lone Vasegaard. I det efterfølgende valg blev Kirsten Sejerø-Szatkowski genvalgt som 1. suppleant og Maria Konstantinidau genvalgt som 2. suppleant

Under eventuelt blev blandt andet reflekteret over,

- 1: Hvad der kræves af demenskoordinatorer i fremtiden – hvad kan de nye (og unge) demenskoordinatorer bidrage med, der kan rykke ved vores vaner og rutiner?
- 2: Kan vi nytænke indflytning på plejehjem f.eks. ift. en palliativ indsats?
- 3: Hvordan får vi borgere og pårørende til at give udtryk for hvilken hjælp de i virkeligheden har brug for?
- 4: Demens på det strategiske niveau: Vi har ikke i dag længere eneret på løsninger. Det havde vi måske for 10- 15 år siden, men meget er flyttet. Derfor er følgende spørgsmål vigtige:

- Hvordan ruster vi os bedst til at tage dialogen om den bedste demensindsats i fremtiden? Vi skal sørge for at gå i dialog med andre faggrupper, samt med vores ledere og politikere.

- Vi skal tænke på at påvirke den organisation som vi er en del af (plejehjem, kommune) og det gør vi bedst ved at være målrettede. Eksempel fra København, hvor de har implementeret en ny organisering af demensindsatsen.
- Der er sket en opgaveglidning gennem de seneste 20 år – vi skal sikre at fagligheden holdes højt.
- Det er vores udfordring at finde nye måder, nu hvor mange andre faggrupper arbejder på demensområdet. Skal vi til at tænke i sundhedsfremme?

Bestyrelsen konstituerede sig på et efterfølgende møde og genvalgte Gitte Kirkegaard som næstformand. Bestyrelsen består af Ane Eckermann, Gitte Kirkegaard, Kirsten Ryssing, Lone Vasegaard, Birte Rønne og som suppleanter Kirsten Sejerø-Szatkowski og Maria Konstantinidau.

Referat fra generalforsamlingen kan ses på www.demens-dk.dk under punktet Generalforsamling. Bestyrelsesliste kan ses under punktet bestyrelse, bestyrelsesmedlemmer.

AktivitetsKalender 2012 / 2013

Bestyrelsesmøde torsdag d. 22. november 2012

Bestyrelsesseminar fredag d. 25. og lørdag 26. januar 2013

Bestyrelsesmøde torsdag d. 4. april 2013

Bestyrelsesmøde fredag d. 31. maj 2013

Nyhedsbrevet

udgives af
DemensKoordinatorer
i Danmark
ISSN: 1603-3086

DKDK

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

Formand

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

Næstformand

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

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

Sekretariat

Faglig sekretær
Marianne Lundsgaard
ml@demens-dk.dk

Ansvarshavende redaktører

Lone Vasegaard
Kirsten Ryssing

Redaktion

Marianne Lundsgaard
Lise Sørensen

Næste nummer udkommer december 2012

