Rehabilitering også ved demens!

”Sundhed, forebyggelse og rehabilitering for alle – også for mennesker med demenssygdomme!”. Det var temaet for DKDK Årskursus 2008. I dag – fem år efter – diskuteres stadig, om rehabilitering til mennesker med demenssygdomme kan have sin relevans. Det på trods af, at begrebet hverdagsrehabilitering er et must i landets kommuner, dog uden det tilbydes til borgeren, som diagnosticeres med en demenssygdom.

I bestyrelsen er vi af den opfattelse at, at hvis rehabilitering italesættes overfor mennesker med demenssygdomme, stilles disse stærkere på mange områder. Med andre ord ønsker vi at udbrede rehabiliteringsprogrammer for mennesker med demenssygdomme. Spørgsmålet er, hvad god rehabilitering indebærer på demensområdet?

Definitionen af hverdagsrehabilitering er en indsats, der bedrives i borgerens hjem eller nærmiljø med henblik på, at borgeren skal udvikle, genvinde, bibeholde sine funktioner og evner eller forebygge forringelse af samme. Kan dette ikke lade sig gøre, hvis en borger har Alzheimers sygdom? Mit svar er: Jo, selvfølgelig kan man det! DKDK vil arbejde for at udbrede rehabilitering også for mennesker med demenssygdomme og tror på, at demenskoordinatorer i kommuner og regioner griber bolden. .

I forordet til den første bog om rehabilitering ved demens, der udkom i efteråret 2012 står følgende: *Rehabilitering ved demenssygdom kan betale sig for den enkelte person ved bevarelse af selvstændighed og livskvalitet. Men også rent samfundsmæssigt ved relevant og målrettet brug af sociale ydelser, hospitalsophold og plejepladser.* Bogens tre forfatterne har i dette nyhedsbrev skrevet en artikel, som vi håber, vil være til inspiration for jer, der arbejder med at implementere rehabilitering til borgere med demenssygdomme.

En anden problemstilling er, at gældende lovgivning ikke lever op til de udfordringer, der er i forbindelse med rehabilitering af en borger med kognitive funktionsnedsættelser. I ”Lov om social service” skelnes mellem hjælpemidler og forbrugsgoder. Er et hjælpemiddel kategoriseres som et hjælpemiddel, skal kommunerne betale. Er hjælpemidlet kategoriseret som et forbrugsgode, skal borgeren selv betale minimum halvdelen af produktets pris, hvis prisen overstiger 500 kr. Er hjælpemidlet kategoriseret som sædvanligt indbo, er der ikke tilskud til anskaffelse - borgeren skal selv betale. Det kan være svært for en person med kognitive vanskeligheder selv at vurdere hvilket hjælpemiddel, der kan virke kompenserende for netop hans kognitive funktionsnedsættelser, her må vi som fagpersoner træde til. Men DKDK mener, at lovgivningen kunne tages op til revision.

Sverige er langt i forhold til anvendelse af kognitive hjælpemidler til mennesker med demens, og der forskes i afprøvning, anvendelse og implementering af kognitive hjælpemidler. I områder med store afstande og mange aleneboende i afsidesliggende egne benyttes teknologier, der betyder, at folk kan forblive i eget hjem længst muligt. En udvikling der er interessant at følge som supplement til den generelle betragtning af rehabilitering til mennesker med demenssygdomme.

Center for Rehabilitering og Special-rådgivning (CRS) har udgivet rapporten: *Velfærdsteknologi til rehabilitering af voksne med kognitive funktionsnedsættelser (2012)* – en udgivelse der er relevant at læne sig op af i diskussionen om hjælpemidler til mennesker med demenssygdomme.

Ane Eckermann, formand

INDHOLD:

Nyt fra Socialstyrelsen	2
Læringsstile styrker selvtilliden	4
Rehabilitering ved demenssygdom	6
Borgere med demens kan også have glæde af …	11
Ny hjemmeside om hverdagsrehabilitering	11

NYHEDSBREV 4 | 17. årgang December 2012

Nyt fra Socialstyrelsen

Af **Knud Damgaard Andersen**, fuldmægtig, Servicestyrelsen

Så står der ”2013” på kalenderen, og det bliver et år med masser af aktiviteter på demensområdet, også fra Socialstyrelsens side. Det kan man læse mere om i det følgende.

Demenshandlingsplanen - de fem projekter
Som tidligere beskrevet på denne plads, så er styrelsen ansvarlig for fem projekter i demenshandlingsplanen. Projektet om forebyggelse af udadreagerende adfærd hos mennesker med demens er tidligere beskrevet, og er nu i startfasen i de tre involverede kommuner (Hillerød, Syddjurs og Sønderborg). Vil man læse mere om projektet kan man dels kigge på styrelsens hjemmeside, dels downloade eller bestille Social Fokus: Ældre –november 2012, som sætter spot på anbefalinger i Den nationale handlingsplan på demensområdet. Hent det på: http://shop.socialstyrelsen.dk/products/socialt-fokus-aeldre-november-2012,

Foto: © Marianne Haar og www.foto-arkiv.dk "Vinter i Århus. Feb. 2007"

Oplysning, inklusion, frivillighed og aflastning
Oplysningskampagnen, som skal give information til de frivillige organisationer, der kan møde mennesker med demens i deres foreninger, vil løbe af stabelen i foråret 2013. Kampagnen målrettes f.eks. de ledere og frivillige, som møder personer med demens, og giver dem information om, hvordan man bedre kan rumme, forstå og inkludere mennesker med et kognitivt handicap. Det kan både være i idrætsorganisationer, i de lokale tilbud til ældre, f.eks. aftenskoler, fagklubber, eller lignende.

Projektet om *samarbejde mellem kommuner og frivillige organisationer* om tilbud om motion er også ved at være klar, og der vil blive indgået aftaler om udvikling af organisation og tilbud mellem styrelsen og tre-fire kommuner i løbet af foråret. Det er klart, at der er et vist overlap mellem dette og det forrige projekt, og det er da også tanken at f.eks. informationsmateriale eller andet, der udvikles i kampagnen, vil kunne bruge i dette projekt.

Undersøgelsen af *behov for aflastning og afløsning* er afsluttet, og der foretages nu en grundig behandling af data. Det vil blive offentliggjort på via styrelsens hjemmeside, når undersøgelsens resultater er klar.

Socialfaglige metoder og organisering
Endelig er der indsamling og formidling af viden om socialfaglige metoder på demensområdet, deres organisering og hvordan de implementeres. Tanken er, at den indsamlede viden, som både vil dreje sig om specifikke metoder og om særlige fokusområder, f.eks. yngre mennesker med demens, udviklingshæmmede med demens, udadreagerende adfærd mm., kan anvendes i planlægning og udrulning af nye tiltag i kommunerne. De første temaer præsenteres på www.socialstyrelsen.dk i begyndelsen af efteråret ’13.

Herefter vil der løbende komme flere temaer til - i øjeblikket er der planlagt knap ti, som vi blive tilføjet i løbet af 2013-14.

Siderne om de enkelte temaer vil både formidle forskningsbaseret viden og praksisviden. Styrelsen indsamler forskning om de forskellige metoder og indsatsområder, og afvikler ekspertgruppemøder, som bidrager til at identificere vigtige elementer. Desuden inviteres forskellige projektledere, kommuner eller andre, som har haft succes med en given indsats, som er beskrevet og dokumenteret, til at skrive eksempler, som også bruges i formidlingen. Den systematik, der ligger bag, stammer blandt andet fra vidensportalen på børn- og unge området, som styrelsen også driver.

Magtanvendelsesområdet
I efteråret '12 afviklede styrelsen, også i forbindelse med handlingsplanen, og i samarbejde med uddannelsesinstitutioner fem "Teach-the-teacher"- arrangementer. De var fordelt i hele landet, og satte spot på magtanvendelsesreglerne. Det var heldagsarrangementer, som skulle give undervisere på skolerne, og formidlere fra kommunerne både et "brush-up" og et materiale at bruge fremover. Samtidig udkom de tre publikationer med den fælles titel "Magtanvendelse i forhold til personer med betydeligt og varigt nedsat psykisk funktionsevne", målrettet hhv. "Til borgere og pårørende", "Til fagpersoner" og "Til myndighedspersoner". Indhold og omfang varierer, men der er cases og gennemgang af alle paragrafferne i magtanvendelsesreglerne på voksenområdet. I øjeblikket er udgivelsen til myndighedspersoner kun til download, men et genoptryk forventes klar i løbet af foråret.

I skrivende stund er der jo desuden en tilsynsreform undervejs, der formentlig i en eller anden grad vil berøre lige præcis magtanvendelsesreglerne. Socialstyrelsen har en væsentlig rolle i både udformning og implementering af reformen.

Andet nyt
Som tidligere nævnt er der en række nye initiativer i gang og undervejs på ældreområdet. Dels i forbindelse med anbefalinger fra Ældrekommissionen, dels projekter om hhv. forebyggelse og rehabilitering, hvor styrelsen har ansvaret for at systematisere og strukturere den store viden, der er i kommunerne om disse områder. Desuden blev der på satspuljen 2012 afsat midler til et projekt om selvmord blandt ældre.

Endelig er der stadig meget fokus på teknologifeltet, der er netop kommet evaluering fra projektet om bedre tildeling af hjælpemidler, som viste meget positive effekter.
Læs mere om dette her:
http://socialstyrelsen.dk/aeldre/aktuelt/bedre-tildeling-af-hjaelpemidler-gor-borgere-mere-selvhjulpne.

I det hele taget er der rigtigt mange aktiviteter og initiativer, så hold øje med Socialstyrelsens hjemmeside, www.socialstyrelsen.dk, samt nyhedsmails og løbende opdateringer.

30 mio. kr. til et bedre liv på plejehjem
Partierne bag satspuljen har afsat 30 mio. kr. til initiativer, der skal sætte fokus på plejehjemsbeboernes livskvalitet. Pengene skal bl.a. bruges til at forbedre beboernes mulighed for at deltage aktivt i livet på plejehjem, understøtte brugen af frivillige på plejehjem og udvikle medarbejdernes kompetencer. "Værdighed, indflydelse på eget liv og gode oplevelser hver dag var nogle af de værdier, Ældrekommissionen arbejdede ud fra, og som jeg mener, er helt centrale også for vores ældre borgere. Jeg er derfor utrolig glad for, at vi i satspuljekredsen har besluttet at sætte fem initiativer i gang, der netop understøtter, at plejehjemsbeboerne behandles med værdighed og respekt og får mulighed for at leve et mere aktivt liv", siger Social- og integrationsminister Karen Hækkerup (S).

De fem initiativer er:
• At øge medarbejdernes fokus på beboernes livskvalitet. Der afsættes 7,5 mio. kr. til at understøtte, at medarbejderne i det daglige arbejde skal være opmærksomme på, at beboerne skal behandles som selvstændige individer med egne ønsker og behov.
• At udvikle mellemlederes ledelseskompetencer. Der afsættes 7,5 mio. kr. til at understøtte god ledelsespraksis på plejehjem.
• At styrke rekruttering, organisering og samarbejde med frivillige på plejehjem. Der afsættes 5,5 mio. kr. til at forbedre samarbejdet mellem beboerne, frivillige og personalet på plejehjem. Mange beboere ønsker, at der skal ske mere på plejehjemmene, og det kan de frivillige bidrage til.
• At forbedre den palliative pleje på plejehjem. Der afsættes 6,5 mio. kr. til at understøtte, at plejen i forbindelse med afslutningen på livet er tilpasset beboerens ønsker, og at beboerne holdes så smertefri som muligt.
• Indsats i forhold til inkontinens. Der afsættes 3 mio. kr. til et initiativ, der skal sætte fokus på, at den daglige pleje skal tage udgangspunkt i den enkelte beboers behov og ønsker.

Læringsstile styrker selvtilliden

Af **Ulla Thomsen**, Center– og projektleder, Rådgivnings– og kontaktcentret for demensramte og pårørende og **Steen Kabel**, Journalist og Chefkonsulent, Inquiry

Erfaringer fra Læringsstil-gruppen på Kallerupvej i Odense viser, at en øget bevidsthed om ens egen læringsstil kan være med til at give mere selvindsigt, styrke selvtilliden og åbne op for bedre måder at kommunikere med andre mennesker på.

Det at arbejde med læringsstile har gjort et dybt indtryk på alle deltagerne i gruppen. Deltagerne har alle en demenssygdom, de er fra 47 til 70 år. Deres deltagelse i projektet har været med til at gøre en positiv forskel i deres liv – på forskellig vis. Det var helt tydeligt, da Helge Kyndbo, Kirsten Suhr, Grethe Smidt, Laila Dyrving og Carl Svendsen var samlet for at evaluere forløbet sammen med Svend Erik Schmidt, der er ekspert i læringsstile. Det fortæller de om i det følgende.

Bedre parforhold

For Helge har arbejdet med læringsstile været med til at åbne hans sjæl og givet ham nogle værktøjer til at kommunikere med andre mennesker og agere anderledes i sit parforhold. Og det har givet ham et andet syn både på hans Alzheimersygdom og hans samliv med ægtefællen.

”Bevidstheden om vores forskellige læringsstile har givet mig en hel anden indsigt i min kone. Og jeg føler, at vi nu meget bedre forstår hinanden og bedre kan få hverdagen til at fungere med min sygdom, fordi vi har en hel anden forståelse for, hvordan vi reagerer i mange forskellige sammenhænge. Det har givet mit liv et kvalitativt løft”, understreger han.

Læringsstilen er en god ven

Kirsten har været igennem lidt af en nedtur, efter hun fik stillet en demensdiagnose. Men det har været med til at give hende en optur, at hun har fundet ud af, hvordan hendes læringsstil er. ”Min nye læringsstil har været medvirkende til, at jeg har fundet nye veje til at fungere bedre i hverdagen. Tidligere kunne jeg blive meget irriteret over, hvad andre mennesker sagde og gjorde. Det gælder også i gruppen her. Men nu har jeg fået en forståelse for, at det i høj grad handler om, at vi har forskellige læringsstil og dermed forskellige måder at agere på”, pointerer hun.

Kirsten oplever, at hendes nye læringsstil er en god ven, som hun kan tage med i hånden og bruge i forhold til hendes familie og hjælpere, så de bedre forstår, hvordan de bedst muligt kan støtte Kirsten i hverdagen.

Mere selvtillid

Læringsprofilen har været med

Plan B—Demens og Læringsstile blev etableret i 2010 på Rådgivnings– og kontaktcentret for demensramte og pårørende på Kallerupvej i Odense.

Baggrund: Demensramte og deres familie skal om nogen lære nyt, uanset om de er til det eller ej. Selv de mest rutineprægede hverdagsting kan blive udfordringer, der kræver ny læring.

Målgruppe og formål: Centret har derfor i samarbejde med fem tidligt diagnosticerede demensramte borgere (fra 47 til 70 år) ønsket at afprøve om læringsstilstanken, som anvendes i andre læringssammanhænge, kan være et brugbart redskab for dem og deres familier—og evt. lette tilpasningsprocessen i et ændret liv med demens. For at udbrede kendskabet til læringsstilsteori og følge læringsstilsgruppens arbejde har vi siden 2010 afholdt flere temadage, hvor frivillige, demensramte og pårørende tilknyttet Kallerupvej og fagpersoner i Odense Kommune er samlet og i dialog.

Metode: Læringsstilsgruppen arbejder ud fra Bostrøms & Schmidts læringsstilsmodel 2009, baseret på Dunns læringsstilsmodel og hjernebaseret læring, Flowmodellen og anerkendende dialog.

Deltagerne har sammen med projektmedarbejder Jenny Kjær Hansen og projektleder Ulla Thomsen via oplæg fra Svend Erik Schmidt, der er læringsstilsekspert, arbejdet med afklaring af deltagernes og egen læringsstil og dennes betydning og anvendelighed i en ændret hverdag med demens. Steen Kabel, journalist, er tilknyttet gruppen og med i evalueringsprocessen.

I det sidste halve år har deltagerne afprøvet deres læringsstil i praksis via forskellige aktiviteter, hvor læringsmiljø og ”hjælpestil” indtænkes bredt. Alle har deltaget i forskellige fagfora på Fyn, hvor de har formidlet tanker og erfaringer med læringsstile. Nogle har deltaget i Natur og Filt (Se billedet), andre i Naturvandringer i det sydfynske, alle har været med på tre dages ø-lejr på Avernakø.

Vil du vide mere, kan du kontakte Ulla Thomsen, Center- og projektleder, Rådgivnings- og kontaktcentret for demensramte og pårørende, Kallerupvej 58, 5230 Odense, tlf. 6619 4091, mail: kallerupvej58@gmail.com
Læringsstilsgruppen tager også ud og fortæller om erfaringerne.

til at give Grethe mere selvtillid og troen på, at hun stadig kan lære nyt og udvikle sig trods sygdommen, når hun følger sin læringsstil.

”Jeg har fået en bunke nye værktøjer, som jeg dagligt bruger, når jeg skal planlægge mine dage. Jeg kan mærke, at det er med til, at jeg har fået genskabt nogle af de ting, som jeg ellers har mistet, efter jeg har fået en demenssygdom. For eksempel er jeg blevet bedre til at snakke med andre mennesker igen”, siger Grethe og fortsætter: ”Det er rigtigt dejligt, fordi det har givet mig troen på, at jeg kan have et godt og meningsfyldt liv, selv om sygdommen sætter mange begrænsninger i min hverdag”.

Fundet nye sider af sig selv

Laila har altid været et menneske, der har indordnet sig efter andre menneskers behov. Det er der meget empati i, men det har ikke altid været positivt for hende, fordi hun så har nedprioriteret sine egne ønsker og behov.

Men i arbejdet med at finde sin personlige læringsstil, har Laila fundet nye sider af sig selv, som har styrket hendes selvtillid og personlige udvikling, selvom hun har Alzheimers. ”Jeg har fundet ud af, at jeg er en røre og gøre person. Så nu ved jeg, hvad jeg skal gøre for, at jeg får opfyldt mine ønsker og behov. For at jeg udvikler mig i den retning, der er bedst for mig. Det er en meget stor befrielse for mig, at jeg nu kan sætte navn på, hvad der er godt for mig at gøre”, understreger hun.

Udfordrer hjernen

For Carl har det at arbejde med sin læringsstil betydet, at han har fundet ud af, at han kan mere, end han troede, inden han kom med i gruppen. ”Siden jeg fik min demensdiagnose har jeg tydeligt mærket, at jeg ikke kan det samme, som jeg kunne tidligere. Det har været svært at erkende det, men jeg vil fortsat gerne bruge og udfordre min hjerne”, fastslår Carl og tilføjer afslutningsvis:
”Med min nye læringsprofil har jeg opdaget, at jeg faktisk kan meget mere, end jeg troede, at jeg kunne. Jeg er begyndt at gøre ting, som jeg ikke gjorde før, og jeg har fundet ud af, at jeg godt kan lære noget nyt. Det har været med til at styrke min selvtillid”.

Mere meningsfuld hverdag

Deltagerne i Læringstils-gruppen oplever, at de med fokus på deres individuelle læringsstil stadig kan lære og fastholde noget nyt. De har fået styrket deres selvtillid, og har på forskellig vis fundet nye veje til at skabe en mere meningsfuld hverdag med deres sygdom.

Læs mere om deltagernes erfaringer i evalueringsavis 2: 2013 – Livet med demens, Identitet og selvforståelse. Evalueringsavisen kan rekvireres ved projekt- og centerleder Ulla Thomsen, Rådgivnings - og kontaktcentret for demensramte og pårørende, Kallerupvej 58, 5230 Odense M, tlf. 6619 4091, mail: kallerupvej58@gmail.com

Afprøvning af tilpasset rådgivningsmodel

På Rådgivningscentret for demensramte og deres pårørende i Kallerupvej har man siden 2010 arbejdet med projektet ”Ny demensdiagnose – og hvad så?”. Via fokusgruppemøder og individuelle dialoger med ny diagnosticerede demensramte udviklede projektet sig i tre grene, hvor den ene gren bestod i, at gennemføre et pilotprojekt med udgangspunkt i Socialstyrelsens Rådgivningsmodel som ”En tilpasset Rådgivningsmodel”. Projektmedarbejder Jenny Kjær Hansen har sammen med bl.a. Anette Andersen og demenskoordinator Helle Andersen, Odense kommune tilpasset og testet modellen i 2012. Dette er gjort ud fra demensramte personer/familiers ønske om og behov for tidlig og kontinuerlig vejledning og støtte og ud fra kommunens krav om dokumentation.
Borgere med henholdsvis Huntingtons sygdom og Alzheimers sygdom har været målgruppen. Evalueringen af pilotprojektet blev præsenteret for kollegaer fra Nordfyns-, Middelfart-, Assens- og Odense kommuner på et dialogmøde primo november 2012.
Med de foreløbige positive resultater af afprøvningen af en tilpasset model, indgik demenskoordinatorerne fra de nævnte kommuner en aftale om målrettet at afprøve den tilpassede Rådgivningsmodel hos nydiagnosticerede demensramte og deres pårørende i februar, marts og april 2013.

Ønsker du at høre mere om projektet, kan du kontakte Ulla Thomsen, Projekt- og centerleder Rådgivnings- og kontaktcentret for demensramte og pårørende, Kallerupvej 58, 5230 Odense M, tlf. 6619 4091, mail: kallerupvej58@gmail.com

Hent socialstyrelsens rådgivningsmodel her:
http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/nyheder/2012/06/ny-demensrapport-tidlig-raadgivning-hjaelper

Rehabilitering ved demenssygdom

Af Jette Gerner Kallehauge, Mette Stræde Andersen, Lilly Jensen

De mentale funktioner, der især påvirkes ved en demenssygdom er bl.a.: at kunne huske, opfatte, forstå, tolke, sammenfatte og sortere informationer, så de giver mening. Når disse funktioner er svækket, er det naturligvis vanskeligt at reagere og handle relevant både faktuelt, følelsesmæssigt og socialt, fordi modtagne informationer og oplevede hændelser er vage, usikre eller helt glemt. Herved kan hverdagslivet blive fragmenteret, uforståeligt og usammenhængende. Men en målrettet rehabiliterende indsats med udgangspunkt i kommunikation, tryghed og hverdagens gøremål kan forsinke, vedligeholde og mindske tab af funktioner og aktiviteter.

Hvad er rehabilitering for en størrelse?

Den danske definition af rehabilitering (se boks (i)) lægger op til, at der skal udarbejdes en *rehabiliteringsplan* med hovedmål og delmål, der alle har en bestemt tidsramme. Herved kan de involverede fagfolk arbejde hen imod de samme *mål* og understøtte hinandens arbejde. Samtidig kan planens *tidsramme* overholdes eller løbende revideres, så der aldrig er tvivl om indsatserne og metoderne, hvilket er nødvendigt især for borgere, hvis hukommelse og overblik er svækket. Desuden angiver definitionen, at rehabiliteringsplanen og indsatserne skal *udarbejdes sammen med personen* med demens og eventuelt også de pårørende. Planen skal tage udgangspunkt i de aktiviteter og indsatser, som *borgeren vurderer* er vigtige, for at bevare et så meningsfuldt og selvstændigt liv som muligt.

Endelig påpeger definitionen, at rehabiliteringen skal baseres på et helhedsorienteret grundlag, hvor hele borgerens situation inddrages dvs. både *fysiske, mentale, sociale samt omgivelsesmæssige forhold*. Indsatserne skal endvidere *koordineres* og være sammenhængende, hvilket for en person med demens er afgørende for at føle sig tryg og inddraget i forløbet. Fagfolk skal også sørge for, at det er de *bedst mulige indsatser*, der iværksættes. Dvs. at de skal være velorienteret om indsatser, der på baggrund af eventuelle undersøgelser og erfaringer er de bedst fungerende. Samtidig skal de foretage en fleksibel og personorienteret vurdering for at vælge de tiltag og metoder, der fungerer bedst for den enkelte borger.

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

Rehabiliteringsbegrebet har som grundlag begrebsrammen i ICF (ii), en verdensomspændende klassifikation af helbred og funktionsevne. ICF definerer funktionsevne som et interaktiv og dynamisk samspil mellem kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter, deltagelse samt de omgivelsesmæssige og personlige faktorer. Der findes vejledninger i brug af ICF-begrebsramme på Marselisborg-Centrets hjemmeside (iii).

Hverdagsrehabilitering

Begrebet hverdagsrehabilitering (iv) er efterhånden på alles læber i Danmark. Dog ser det ud til, at mange kommuner ikke har målrettet hverdagsrehabiliteringen til personer med demens. Det er ærgerligt, for udenlandske erfaringer viser (v - vi - vii), at det giver god mening, også for personer med demens.

Hverdagsrehabilitering iværksættes typisk, når en borger får problemer med at klare sine daglige gøremål. Rehabiliterende indsatser i borgerens eget miljø har stærke forebyggelsespotentialer især ved en tidlig indsats (viii). Der er mange individuelt betingede elementer, der kan være afgørende for en tryg og aktiv hverdag, f.eks. tilgængelighed ude og inde, livsstil, roller i familien og netværk, personlige vaner, traditioner og interesser. Hverdagsrehabilitering tager derfor hele tiden udgangspunkt i borgerens egne mål og motivation, og den foregår i dagliglivets konkrete sammenhænge.

Hvad er et "must" ved demensrehabilitering?

Her følger en række korte, men afgørende opmærksomhedspunkter, som fagfolk overordnet skal have for øje, når de deltager i rehabilitering af personer med demenssygdom.

Afhængig af andre personers overblik

En rehabiliteringsproces for personer med en demenssygdom skal tildeles særlig opmærksomhed, fordi personer med demens kan være ude af stand til at erkende konsekvenserne af funktionsnedsættelserne. Derfor kan de ikke udtrykke deres behov, vurdere hvilken indsats, der er nødvendig eller koordinere og sammensætte indsatserne. De kan være fuldstændig afhængige af støtte fra familie og fagfolk.

Kontaktperson, tryghedsskabende tilknytningspunkt

Den enkelte familie og/eller person med mentale funktionsnedsættelser bør have en gennemgående kontaktperson under rehabiliteringsprocessen, da forudsætningen for en effektiv indsats er gensidig tillid, forståelse og indgående kendskab til familiens hverdagsliv og private forhold. Personer

med demens og deres pårørende er ofte pinligt berørte over de svigtende mentale funktioner, som derfor tilsløres for personer, der ikke kender familien. Det bør derfor så tidligt som muligt afklares, hvem der kan fungere som et tryghedsskabende tilknytningspunkt for personen med demens.

Individuelt tilpasset information og instruktion
Information om rehabiliteringsindsatserne skal være specifikt målrettet den enkelte person f.eks. med hensyn til rette tidspunkt, rette omfang og rette form (f.eks. forenkling, gentagelser og brug af fotos). Information og instruktion, evt. afprøvning af hjælpemidler samt indretning af omgivelserne m.m. skal være individuelt tilpasset og f.eks. gerne delt op i små bidder, fordi koncentration og opmærksomhed ofte er nedsat.

Tidlig indsats og i aktuelle omgivelser
Indsatser som f.eks. aktivitetsmuligheder og hjælpemidler til mennesker med mentale funktionsnedsættelser på grund af demens bør introduceres så tidligt som muligt i sygdomsforløbet, så de har ressourcer til at forstå og lære at udnytte indsatsen.
Tiltagene skal iværksættes i de konkrete situationer, da personer med mentale funktionsnedsættelser ofte har vanskeligheder med at tænke på et abstrakt plan (f.eks. overføre indlært viden fra et område til et andet). Den fagperson, der står for rehabiliteringen, bør derfor altid kende personens aktuelle situation i det private miljø samt altid afprøve hjælpeforanstaltningerne i de autentiske omgivelser og situationer. Der bør desuden være *kort* tidsmæssig afstand mellem introduktion, træning og igangsætning af indsatsen.

Alle hjælpere m.m. skal kende mål og metoder for rehabiliteringen
En nødvendig forudsætning for succesfulde rehabiliteringsindsatser for personer med demens er, at omgivelserne er velorienterede og positive, så de kan støtte processen. Alle, der omgås personen med demens, bør derfor have kendskab til rehabiliteringsindsatserne og anvendte fremgangsmåder/ metoder f.eks. hjemmets indretning, daglige rutiner, hjælpemidler og tidsplaner, m.m.

Indretning af omgivende faktorer
Det er centralt i rehabiliteringsindsatser for personer med demens, at omgivelserne bliver indrettet i samklang med personens individuelle karaktertræk og ønsker. Modsat mange andre behandlingsformer, hvor der er fokus på at ændre personen, så vedkommende kan klare omgivelsernes krav, så handler rehabilitering inden for demensområdet langt mere om at tilpasse omgivelserne til personens funktionsevne, så vedkommende kan føle sig inkluderet, tryg og få sine aktivitetsbehov dækket.

Sammenhæng med udgangspunkt i borgerens erfaringer
De løsninger, der benyttes, skal harmonere med brugerens viden og erfaringer, samt vaner, livsstil og daglige aktiviteter, dels i forhold til vedkommendes nuværende hverdagsliv, og dels i forhold til eventuelle fremtidige justeringer af indsatserne. Herved kan nye tiltag eller tilpasninger tage udgangspunkt i de metoder og indretninger, der er kendte og som benyttes aktuelt, hvorved de er lettere at indarbejde. De forskellige indsatstyper f.eks. i hjemmet, i aktivitetscentret eller på evt. arbejdsplads bliver herved sammenhængende og forståelige for personen med demens. En sådan gennemført konsekvens og sammenhæng i indsatstyper og –metoder er med til at styrke tryghed, indlæring og funktionsmuligheder.

Opfølgning
Hyppig og regelmæssig kontakt og hjemmebesøg (follow along) samt en systematiseret opfølgning af rehabiliteringsindsatserne (follow up) er nødvendig, fordi personer med mentale funktionsnedsættelser ofte ikke selv kan fortælle om, hvordan rehabiliteringen fungerer i forhold til hverdagsaktiviteterne, og fordi funktionsniveauet hurtigt kan ændres hos personer med en demenssygdom. Støttefunktioner og kompensationer for de nedsatte mentale funktionen skal hele tiden tilpasses den aktuelle situation eller evt. justeres. I modsat fald kan nogle tidligere effektive indsatser ende op med at blive en stressfaktor.

Målsætning for rehabilitering af personer med demens
Den overordnede målsætning for rehabilitering af personer med demens er, at den pågældende person opnår et så *trygt og meningsfuldt hverdagsliv* som muligt. Dvs. en dagligdag med aktiviteter, der bevarer identitet, roller og fysisk velvære og som sikrer fællesskab med andre mennesker, så vigtige psykologiske behov som f.eks. at høre til, være beskæftiget og føle nærhed og omsorg imødekommes. I bogen ”Rehabilitering ved demenssygdom” er der masser af eksempler og henvisninger på rehabiliteringstiltag indenfor aktivitet og deltagelse, kommunikation, omgivelserne og kropsfunktioner, der illustrerer betydningen af rehabilitering af personer med demens.

Faser i rehabiliteringsprocessen
Rehabiliteringsprocessen startes, når der er mistanke om en demenssygdom. Første del af processen vil altid bestå i en afklaring af eventuel sygdom. Rehabiliteringen fortsætter gennem hele sygdomsforløbet, hvor der dog kan være pauser i rehabiliteringen, når der er stationære perioder. Men en person med progredierende demens skal som tidligere nævnt løbende følges, og indsatserne skal vurderes med faste intervaller og justeres, for at sikre at de stadig

Foto: © A.Garth-Grüner & www.foto-arkiv.dk "Anemoner"

er hensigtsmæssige, eller om andre indsatser skal iværksættes. Når sygdommen har nået de sidste faser, vil de rehabiliterende indsatser ofte bestå af velplanlagt omsorg, herunder tilpasset kommunikation, samt styrkelse af kropsoplevelse og sansestimulering.

Rehabiliteringsprocessen har seks trin, som beskrives i det følgende:

1. Fastsættelse af en koordinerende og trygheds-skabende funktion
Der bør være en gennemgående kontaktperson under hele rehabiliteringsprocessen, og rehabiliterings-forløbet skal opbygges og koordineres effektivt, så det bliver meningsfuldt og forståeligt og dermed trygt for personen med demens og vedkommendes pårørende.

2. Analyse af situationen
Formålet med analysen er at finde betydningen af de enkelte opgaver og aktiviteter m.m. i borgerens hverdag, så der kan opnås en større forståelse af hele borgerens situation. I bogen "Rehabilitering ved demenssygdom" (ix) er der nævnt forslag til modeller, der kan benyttes, som f.eks. ICF-modellen (xi).

3. Vurdering af analysen
Når de indsamlede data er systematiseret i grupper, der har indflydelse på personens kropsfunktioner, hverdagsaktiviteter og deltagelse i samfundslivet, skal vurderingen af analysen foretages, så de for borgeren vigtigste områder/aktiviteter prioriteres højest. Fagspecifikke undersøgelser inddrages, og der fastsættes delmål samt de enkelte indsatsers omfang og tidsforløb. Undersøgelser hos de enkelte fagpersoner eller specialister skal planlægges efter, hvad personen kan klare fysisk og mentalt i samt i en tidsmæssig rækkefølge, der er tilpasset vedkommendes ønsker og hverdagsliv.

4. Udarbejdelse af rehabiliteringsplan
Når alle fagfolk har gennemført deres undersøgelser og givet besked om indsatsernes type og tidsforløb m.m., kan koordinatoren og borgeren i fællesskab udarbejde den endelige rehabiliteringsplan, der dels skal indeholde en tidshorisont for rehabiliteringens samlede målsætning og dels en tidsramme for de enkelte indsatser undervejs. Endelig skal rehabiliteringsplanen angive, hvornår og inden for hvilken tidsramme evaluering af hele rehabiliteringsprocessen finder sted.

5. Iværksættelse og gennemførelse af rehabiliteringsindsatserne
De forskellige faggrupper arbejder sammen med borgeren og koordinatoren med at gennemføre rehabiliteringsplanens delmål, der er fastlagt i overensstemmelse med rehabiliteringens samlede målsætning. Når det skønnes nødvendigt, evalueres hovedmål og delmål sammen med borger og pårørende samt de relevante samarbejdspartnere. Herefter fastsættes evt. nye mål, og nye samarbejdspartnere kan eventuelt indgå i rehabiliteringen undervejs.

6. Opfølgning af rehabiliteringsindsatserne
Når de fastsatte mål for rehabiliteringsindsatsen er nået med det resultat, at hverdagen ser ud til at fungere, stopper rehabiliteringsindsatsen, indtil borgeren og eller familien udtrykker, at de igen har brug for hjælp. Koordinatoren sørger for at have „kontrolaftaler" med borgeren og dennes familie i de stationære perioder, så der hurtigt kan iværksættes et nyt rehabiliteringsforløb, når behovet opstår.

Analyse af og handleplan for kommunikation
En demenssygdom får altid sociale konsekvenser, da de mentale funktionsnedsættelser har indflydelse på og viser sig i samspillet med andre mennesker. Målrettet kommunikation i den rehabiliterende indsats kan bidrage til forebyggelse af unødig forværring i demenssygdommen og kan medvirke til at bevare tryghed og selvværd. En veltilrettelagt kommunikation med den person, der skal rehabiliteres, er desuden en forudsætning for, at rehabiliteringsprocessen medfører de ønskede resultater.

Analyse af kommunikationsfærdigheder er et væsentligt element i den samlede analyse i rehabiliteringsprocessen og omfatter flere af ICF's områder: kropsfunktioner, aktivitet og deltagelse, samt omgivelser og personlighed.
De væsentligste hovedpunkter i analyse af kommunikation omfatter:

- Hvilken personlighedstype? (fx selvstændig / uselvstændig, aktiv/passiv)
- Hvilke ressourcer har borgeren?
- Hvilke funktionstab har borgeren med hensyn til kommunikation?
- Hvordan kan borgerens hverdag forbedres, så behovene for følelsesmæssig tryghed og nære relationer i højere grad tilgodeses?
- Har pårørende og professionelle behov for vejledning eller undervisning om målrettet kommunikation?

- Hvordan skal den professionelle rolle være?

Det er meget individuelt hvilke hensyn, der skal tages, og hvordan målrettet kommunikation ved rehabiliteringsindsatsen kan tilrettelægges. Men det er nødvendigt, at de valgte metoder findes på baggrund af en analyse af kommunikationsevnen og til dels med baggrund i, hvilken fase af sygdomsforløbet personen befinder sig. Borgeren og vedkommendes pårørende bør altid medinddrages i udarbejdelsen af kommunikationshandlingsplanen, også i den tidlige fase af demenssygdommen.

Deltagelse kan forsinke tab af roller, selvværd og identitet

Den internationale klassifikation af funktionsevne og funktionsnedsættelse (ICF) definerer deltagelse som en persons involvering i dagliglivet, dvs. udfyldelse af hverdagens roller (f.eks. forælder, ven, ægtefælle, kollega, samfundsborger m.m.), herunder deltagelse i sociale aktiviteter og i samfundslivet som helhed (xii).

De sociale funktioner er med til at opretholde selvværd, bevare oplevelsen af identitet og personlighed. Netop disse funktioner er sårbare og svækkes ofte hyppigt og hurtigt ved demenssygdommens løbende nedsættelse af de mentale funktioner. Rehabilitering af deltagelsesaspekter bør altid være en del af den rehabiliterende indsats ved demens, da det er påvist, at en demenssygdom allerede i den tidlige fase bevirker, at såvel personen med demens og pårørende har tendens til at være mindre socialt deltagende end tidligere, hvilket giver en negativ påvirkning af livskvalitet og helbred (xiii).
Målet med at iværksætte rehabiliterende indsatser vedrørende deltagelse er at forebygge senfølger, som f.eks. tab af roller, selvværd, identitet og meningsfulde aktiviteter, samt yderligere tab af mentale funktioner, som følge af inaktivitet og manglende stimulation. Sidst men ikke mindst skal det pointeres, at rehabilitering af deltagelsesaktiviteter kan medvirke til at forebygge adfærdsforstyrrelser, der kan fremkomme på grund af personens følelser af afmagt, stress, eksklusion og tab af selvværd.

Kompenserende indsatser i forhold til deltagelse har fokus på personens interpersonelle samspil, socialt liv og medborgerskab, og kan f.eks. omfatte indsatser, der kan støtte personen med at bevare deltagelsesaktiviteterne eller i at finde og etablere en ny balance i relationer, såvel familiemæssige som udadvendte sociale kontakter. Det kan også dreje sig om indsatser rettet mod omgivelserne f.eks. information til naboer, handlende, postbud mm., så de opnår forståelse for, hvordan de undgår mulige negative reaktioner hos personen med demens. Endelig kan indsatser være rettet mod de pårørende og væsentlige kontakter i omgivelserne. De skal måske indlære nye måder at kommunikere på, for at udfylde de kløfter, der kan opstå som følge af de nedsatte mentale funktioner.

I den mail, hvortil dette nyhedsbrev er vedhæftet, findes et link til en beskrivelse af et rehabiliteringsforløb for en borger med demens samt et eksempel på en handleplan ved nedsat kommunikation.

Resultater af et veltilrettelagt rehabiliteringsforløb

En rehabiliteringsindsats ved demenssygdom giver kun gode og relevante resultater, når der er fokus på borgerens og familiens ressourcer, på personens ønsker og hverdagsliv, på kompenserende indsatser, der er i harmoni med de individuelle nedsatte funktioner, samt på ændringer af det omgivende miljø, så dette matcher personens behov og muligheder.

Samlet set kan veltilrettelagt og velgennemført rehabilitering ved demenssygdom betyde:

- Øget livskvalitet ved demens i tidlig og moderat fase, og et roligere forløb i den svære fase
- Øget fokus på personen, aktivitet, deltagelse, målrettet kommunikation og omgivelser
- Et godt grundlag, når pleje og omsorg skal sættes ind
- At indflytning i plejebolig evt. kan blive udsat
- At adfærdsproblemer forebygges
- At tryghed, værdighed og selvbestemmelse opretholdes
- At familiemedlemmer, der hjælper pårørende under en demenssygdom, ikke bliver belastet for meget
- At fagfolks arbejde bliver mere frugtbart og givende ved at se trygge og tilfredse borgere trods demenssygdom

Afslutning

Efter et foredrag om rehabilitering ved demensygdom sagde en tilhører til indlægsholderen: ”Jeg har været meget skeptisk i forhold til, om personer med demens kan indgå i et rehabiliteringsforløb. Nu er jeg ikke i tvivl længere.”

Vi håber, at denne artikel kan inspirere og engagere læserne til at udvikle rehabiliteringsforløb af personer med demens, hvilket som nævnt vil forøge livskvaliteten for borgere med demens, gøre medarbejdernes arbejdsliv mere berigende og i sidste ende medføre en ressourcemæssig gevinst for kommunerne (xiv).

Vi glæder os til at se udviklingen i årene, der kommer.

Noter samt omtale af bogen ”Rehabilitering ved demenssygdom” på næste side.

i) Jensen L. Møller K. Rahbek J. Johansen JS. Rehabilitering in Denmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Århus: MarselisborgCentret, 2004

ii) WHO. International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand (ICF). København: Munksgaard Danmark, 2003. (World Health Organization,. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva; 2001)

iii) http://www.marselisborgcentret.dk/rehabilitering/

iv) Ergoterapeutforeningen. Hverdagsrehabilitering skaber værdi - Både for borgeren og samfundet .(http://www.etf.dk/fileadmin/bruger_upload/dokumenter/NETVAERK/Andre_netvaerk/Hverdagsrehabilitering/Hverdagsrehab_brochure.pdf) Hentet 1. marts 2012

v) http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@pg/documents/digitalasset/dh_103154.pdf

vi) Gerald Pilkington, CSED lead, Homecare Re-ablement. Putting People First. Transforming Adult Social Care. Prospective Longitudinal Study. Interim Report – 2 of 2. The Organisation and Content of Homecare Re-ablement Services. Department of Health. UK 2009.

vii) Fahey A. The Independence Programs. Silver Chain. Western Australia. Approaching Wellness: National HACC Forum 2008 Christine Regan. www.haccforum08.com.au

viii) http://www.etf.dk/hverdag/ Hentet januar 2013

ix) Kallehauge J. Stræde M. Jensen L. Rehabilitering ved demenssygdom. Sundhedsmæssige, sociale om omgivelsesmæssige indsatser. Munksgaard 2012. . http://www.gyldendal-akademisk.dk/Books/9788762811157.aspx

xi) WHO. International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand (ICF). København: Munksgaard Danmark, 2003. (World Health Organization,. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva; 2001)

xii) WHO. International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand (ICF). København: Munksgaard Danmark, 2003. (World Health Organization,. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva; 2001) [1:23 og 161-172]

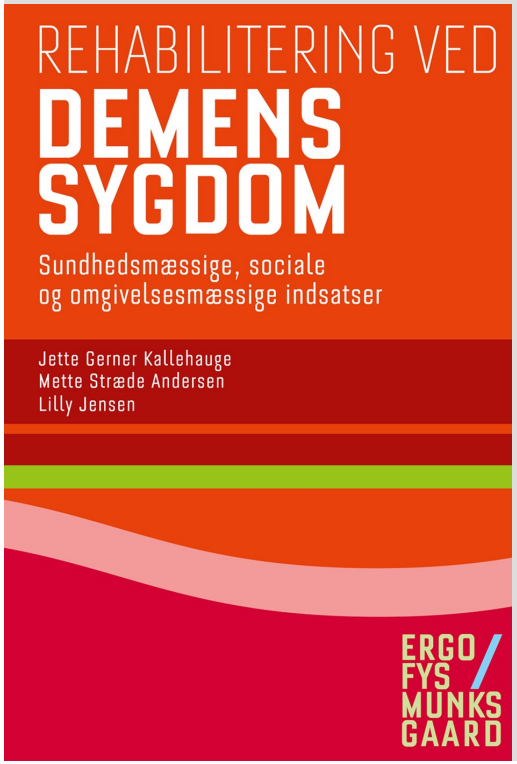
xiii) Sørensen LV. Hverdagsliv og sociale relationer hos hjemmeboende patienter med mild Alzheimers sygdom og deres pårørende: Kvantitative og kvalitative analyser. København: Rigshospitalet, Neurologisk Afd., Hukommelsesklinikken, 2007

xiv) Kallehauge J. Stræde M. Jensen L. Rehabilitering ved demenssygdom. Sundhedsmæssige, sociale om omgivelsesmæssige indsatser. Munksgaard 2012. . http://www.gyldendal-akademisk.dk/Books/9788762811157.aspx

Rehabilitering ved demenssygdom

Sundhedsmæssige, sociale og omgivelsesmæssige indsatser

Rehabilitering ved demenssygdom beskriver, hvordan en sådan rehabilitering kan planlægges og gennemføres i en dansk kontekst, og der er fokus på sociale, omgivelses- og sundhedsmæssige indsatser.
Bogens første kapitler beskriver og definerer rehabiliteringsbegrebet og sundhedsforståelsen inden for ICF. Endvidere gives der en kort gennemgang af den historiske udvikling af behandlingen af demenssygdomme og den relevante danske lovgivning inden for demensområdet. De næste kapitler ser på, hvordan rehabilitering kan foregå ved demenssygdom, hvorefter rehabiliteringsindsatser inden for kommunikation, omgivelsesmæssige forhold, kropsfunktioner, aktiviteter og deltagelse beskrives. Bogen afsluttes med et kort kapitel om fremtidsperspektiver.



Ergoterapeut- og fysioterapeutstuderende er bogens hovedmålgruppe, men færdiguddannede terapeuter og andre faggrupper kan bestemt også have stor gavn af at læse bogen.

Af Jette Gerner Kallehauge, Mette Stræde Andersen og Lilly Jensen

Kr. 295,00 (vejl.)
288 sider
ISBN 9788762811157

Marketingkoordinator
Nina Jagd Andersen
Tlf.: 3375 5932
nja@munksgaard.dk

Forlagsredaktør
Lotte Murmand
Tlf.: 3375 5923
lm@munksgaard.dk

Borgere med demens kan også have glæde af en rehabiliterende indsats!

En hverdagsrehabiliterende tilgang på plejecentre giver mere livskvalitet. Det gælder også for borgeren med demens, viser de hidtidige erfaringer. Borgere med demens og erfaringer med deres hverdag vil være et særligt opmærksomhedsområde frem over, da der bor mange borgere med demens på plejecentrene. Dette er erfaringer fra Fredericia Kommune, som i oktober 2012 har udgivet et inspirationshæfte.

I Fredericia Kommune har visionen Længst Muligt I Eget Liv handlet om at Fredericia Kommune skal være en kommune med aktive og ressourcestærke ældre, der gennem forebyggelse, rehabilitering, teknologi og sociale netværk er længst muligt i eget liv. *Længst Muligt I Eget Liv på plejecentre* handler om at styrke borgerens livskvalitet på trods af svækkelsen, hvor livskvalitet handler om at leve et selvstændigt og meningsfyldt liv på trods af svækkelse.

Det, Fredericia har undersøgt, er om kommunen ved at sætte et fælles fokus på hver enkelt borger i en eller to uger, kan støtte borgeren i at skabe flere gode dage. Det handler om, at der tages udgangspunkt i borgerens opfattelse af en god dag ved brug af egen kraft, så personalet kan være med til at skabe et målrettet fokus og engagement i en lille indsats, der har stor betydning for borgeren. Målet er at styrke borgerens evne til, ved egen kraft, at skabe en god dag og minimere afhængigheden af hjælp fra personalet. Hent hæftet "Længst Muligt i Eget Liv på plejecentrene—Resultater og erfaringer" her: https://www.fredericia.dk/fff/lmiel/Documents/Hæftet_LMIEL_plejecentrene.pdf

Resultater fra projektet:
- 80 % af borgerne udstråler mere glæde i hverdagen.
- 60 % bruger de fysiske kræfter mere.
- 50 % bruger psykiske kræfter mere – tager flere initiativer.
- 40 % er mere socialt aktive.

Ny hjemmeside om hverdagsrehabilitering

Med støtte fra Helsefonden har Knud Erik Jensen, Udvikling og Dokumentation fået mulighed for at synliggøre erfaringer med det, der kan kaldes en hverdagsrehabiliterende tilgang i plejeboligerne. Brug af egen kraft giver liv - på trods af svækkelse - er titlen på projektet. Du kan læse mere herom på www.hverdagsrehabilitering.dk , der gik i luften d. 2. januar 2013. Knud Erik medvirkede i SPIDO-projektet (Socialpædagogisk Praksis i DemensOmsorgen) og har derfor en særlig opmærksomhed på mulighederne for borgere med demens.

På hjemmesiden vil Knud Erik fremover synliggøre initiativer – fra kommuner/plejecentre, der har igangsat en målrettet hverdagsrehabiliterende tilgang i plejeboligerne. Mere end 20 kommuner er i gang i plejeboligerne. Disse kommuner har taget rigtig godt imod opfordringen til at udfylde et præsentationsark - 1 A4 side - som vil blive lagt på hjemmesiden. På den måde vil der fremover blive mere synlighed om de initiativer, der er i gang. Kommunerne har været meget interesseret i, at synliggøre deres indsat og deltage i det første netværksmøde, der finder sted sidst i februar. På det tidspunkt forventes der at være ca. 20 kommuner, der har synliggjort deres indsats - på hjemmesiden. Plejecenter Othello i Fredericia Kommune og Kolding Kommune har som de første udfyldt præsentationsarket, som kan ses på hjemmesiden. Der er også et link til et hæfte på 16 sider, om Fredericia Kommunes indsats Længst Muligt I Eget liv på plejecentrene. Knud Erik har udarbejdet hæftet for Fredericia Kommune på baggrund af en evaluering af 137 forløb med borgere på plejecentrene. Det spændende er, at det ser ud til at borgere med demens også har glæde af en målrettet indsats, der styrker borgerens gode dag ved øget brug af egen kraft.

På www.hverdagsrehabilitering.dk er der også små artikler (1 A4 side) til brug for hverdagens refleksioner og dialog, som man gerne må downloade og bruge i hverdagen. Kommuner, der er i gang, får muligheden for at mødes til det første netværksmøde, der fremover vil blive afholdt en gang i kvartalet. Det vil være vidensskabende netværksmøder, hvilket betyder, at der produceres materialer, artikler mv., som samler op på erfaringerne og sikrer, at erfaringer spredes og bliver til viden, der kan anvendes til at udvikle hverdagens praksis. Netværksmødernes deltagere er såvel ledere som medarbejdere - så erfaringerne bliver meget praksisnære.

På hjemmesiden er der mulighed for, at tilmelde sig et nyhedsbrev, der kommer en gang i kvartalet med bla. informationer og erfaringer fra netværksmøder, en artikel fra det foregående netværksmøde mv.

Knud Erik opfordrer til, at du sender en mail videre til andre, du tænker, der vil have glæde af at følge projektet - deltage i netværksmøder, se hjemmesiden eller modtage nyhedsbrevet mv.

PAVI (Palliativt Videnscenter) bliver i 2013 en del af Videncenter for Rehabilitering og Palliation ved Syddansk Universitet (SDU). Det betyder, at PAVI videre frem skal have fokus på både rehabiliterende og palliativ indsats til mennesker ramt af livstruende sygdom. Hverken webadresse eller fysisk adresse ændres: pavi.dk - Strandboulevarden 47B i København.

Ny kalender til demensområdet

Skal du holde et informationsmøde eller et andet arrangement, som du gerne vil have kommunikeret bred ud? Så har du nu mulighed for at lægge det på Alzheimerforeningens nye kalender på www.alzheimer.dk.

I kalenderen er der mulighed for at oprette alle relevante arrangementer, kurser, demenscaféer, pårørende-tilbud med mere med relevans indenfor området. På den måde vil det blive nemmere at finde frem til relevante tilbud for mennesker med en demenssygdom og deres pårørende. Kalenderen kan sorteres efter region og/eller type som eksempelvis demenscafé, foredrag, informationsmøder, kurser med mere.

Du kan se kalenderen her: www.alzheimer.dk og oprette et arrangement her: http://www.alzheimer.dk/node/add/event

Foto: © Marianne Haar & www.foto-arkiv.dk "Lyskryds og bøgetræ. Vinter 2007"

Der afholdes i 2013 **to demensferier** på Hotel Nyborg Strand.
Ferierne afholdes fra mandag d. 15. juli til torsdag d. 18. juli og fra mandag d. 22. juli til torsdag d. 25. juli.
Pjece med tilmeldingsblanket udsendes i april/maj.

Årskursus er fastlagt til 18. – 20. september på Hotel Nyborg Strand.
Program udsendes medio juni.
Ideer til temaer og foredragsholdere bedes sendt til faglig sekretær Marianne Lundsgaard på mail: ml@demens-dk.dk

Kåring af **Årets Demenskoordinator** foregår igen i 2013. Frist for indsendelse af forslag meldes ud i næste nyhedsbrev, men ligger normalt ca. én måned inden Årskurset.

AktivitetsKalender 2013

Bestyrelsesseminar fredag d. 25. og lørdag 26. januar

Møde med regionsrepræsentanter i Socialstyrelsen fredag d. 1. marts

Bestyrelsesmøde torsdag d. 4. april

Bestyrelsesmøde fredag d. 31. maj

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@sosu-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 april 2013

Demenskoordinatorer i Danmark
DKDK