

DemensKoordinatorer i Danmark



Ny handleplan for demens



Demens er for alvor kommet på dagsordenen og flere og flere initiativer ser dagens lys. Sundheds- og ældreminister Sophie Løhde har sat sig i spidsen for at udarbejde en ny demens-handlingsplan, og den 30. november deltog jeg, sammen

med andre organisationer, selskaber, fagfolk samt ordførerne fra satspuljekredsen i Folketinget til en rundbordssamtale i ministeriet.

Vi havde alle lejlighed til at give vores bud på, hvad vi mener den kommende handlingsplan skal indeholde. Der er mange sammenfaldende ønsker, så som sammenhæng i indsatsen, tilstrækkelig kapacitet til udredning, kompetenceudvikling for basisedarbejderne o.s.v. Som formand for DKDK fremhævede jeg især områderne sammenhæng i indsatsen, øget fokus på de pårørende, hvor muligheden for at den syge kan komme i dagcenter og i aflastning, når der er behov for det, er meget afgørende - samt kompetenceudvikling blandt basisedarbejderne, så de er rustet til de opgaver de møder. Alt sammen noget, jeg ofte hører efterlyst fra pårørende.

Satspuljepartierne har indgået aftale om at afsætte 470 mio. kr. til udarbejdelse af den nationale handlingsplan i årene 2016 – 2019. Det er vigtigt, at der er afsat penge til at finansiere de tiltag, der iværksættes.

Sophie Løhde har hentet input og inspiration i England og har fået indblik i, hvordan status er her i landet ved besøg forskellige steder. Hun har mødt mennesker, der har en demenssygdom og har hørt, hvilke udfordringer de har i dagligdagen. På DKDKs Årskursus lærte hun Iris Ytting at kende og hørte om en pårørendes udfordringer.

Demensalliancen er aktiv, og der arbejdes videre med de igangsatte initiativer med demensvenligt byggeri, demensvenlige kommuner m.m.

Et nyt Demensrejsehold

Sundhedsstyrelsen etablerer et demensrejsehold og alle kommuner har haft mulighed for at søge om at komme i betragtning som projektkommune. Godt 30 kommuner har vist interesse, og blandt disse udvælges 5 – 7 kommuner som projektkommuner.

Opgaven med at opkvalificere medarbejderne på udvalgte plejecentre skal varetages af to-tre konsulenter. Jeg er spændt på erfaringerne fra projektet og på, hvad rejseholdet kan udrette til forskel fra VISO.

Desuden håber jeg, at rejseholdet vil indgå i et konstruktivt samarbejde med kommunernes demenskoordinatorer.

Alt for lange sagsbehandlingstider for værgemål

DKDK har sendt et brev til social- og indenrigs-

minister Karen Ellemann, sundheds- og ældreminister Sophie Løhde, Civilstyrelsen og Statsforvaltningen, hvor vi påpeger, at vi finder det helt uacceptabelt, at der i gennemsnit er 16 ugers ventetid på at få tilkendt et værgemål. Flere af jer gjorde på Årskurset opmærksom på de store problemer dette medfører, og vi lovede at reagere. I brevet opfordrer DKDK til, at de ansvarlige politikere og myndigheder tager de nødvendige midler i brug for at ændre denne uverdige situation.

Tina Kjeldsen – ny næstformand i DKDK

På bestyrelsesmødet den d. 2. november har DKDK's bestyrelse konstitueret sig med Tina Kjeldsen, demenskoordinator i Greve kommune, som næstformand. Bestyrelsen glæder sig til arbejdet med Årskursus 2016 samt øvrige opgaver.

Jeg vil ønske jer alle en glædelig Jul og et rigtig godt Nytår – med tak for det gamle.

Lone Vasegaard, formand

INDHOLD:

Leder	1
Redskab til målrettet pleje af mennesker med..	2
Ingen skal gå gennem demens alene	3
Psykologer og den tværfaglige demensindsats	8
Symboler styrker kommunikationen	10
Motion, grin og sved på panden	13
Gudstjeneste med demens	16
Foreningen "Glad motion, Vejen"	19
Små nyheder, aktivitetskalender	20

Redskab til målrettet pleje af mennesker med en demenssygdom og BPSD

Julie Møller, Fuldmægtig, Sundhedsstyrelsens Enhed for ældre og demens



Baggrund for projektet

Når en borger rammes af demens, har det vidtrækkende konsekvenser for den enkelte og for vedkommendes pårørende. Samtidig stiller sygdommen store krav til de medarbejdere, som plejer den demente. Demens udgør derfor en af de helt centrale faglige udfordringer på ældreområdet. Ikke mindst på plejecentrene, hvor op til 2/3 skønnes at lide af demenssygdomme. Det anslås, at 80

% af beboere med demens på plejecentre har BPSD. BPSD står for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia og betegnes på dansk som 'psykiatriske symptomer eller urotilstande ved demens' (herefter skrives blot BPSD). En væsentlig konsekvens af symptomerne er en markant forringet livskvalitet for både den symptomramte beboer og dennes pårørende.

På den baggrund har Sundhedsstyrelsen iværksat et projekt, hvor der er fokus på at identificere årsagerne til beboerens forringede livskvalitet og dermed BPSD. Identifikationen af BPSD skal ske via uddannelse af medarbejdere og ledere på plejecentre i udvalgte kommuner. Hertil udvikles et IT-registreringsredskab, som medarbejderne kan bruge til at registrere beboerens BPSD. Redskabet kommer til at bygge på NPI-skalaens 12 symptomområder.

Projektets formål

Formålet med projektet er at øge livskvaliteten for beboere med en demenssygdom eller symptomer på en demenssygdom.

Dette kommer til at ske vha. uddannelse af medarbejdere og ledere på udvalgte plejecentre. Uddannelsen kommer til at være fokuseret på systematisk at identificere beboerens symptomer, så plejen af den enkelte i højere grad bliver individuel.

Projektets aktiviteter

I projektet har Sundhedsstyrelsen udviklet en model for, hvordan beboere screenes for, om de lider af BPSD eller ej. Med udgangspunkt i NPI-

skalaens 12 symptomområder gennemgås en screening. På baggrund af screeningen iværksættes social- og hhv. sundhedsfaglige indsatser, der følges op på ved en gen-screening.

Medarbejdere og ledere på udvalgte plejecentre uddannes til at bruge denne model. Konkret uddannes medarbejderne i at kunne identificere beboerens symptomer og beslutter hvilke social- hhv. sundhedsfaglige indsatser, der skal iværksættes for at afhjælpe symptomerne.

En del af Sundhedsstyrelsens model til screening af beboere er en tilpasset version af Beboerkonferencen, som Sundhedsstyrelsen har udarbejdet i projektet Metode til forebyggelse af udadreagerende adfærd hos mennesker med demens [<http://socialstyrelsen.dk/aeldre/demens/forebyggelse-af-udadreagerende-adfaerd>].

Projektet skal evalueres, og på baggrund af de resultater evalueringen viser, vurderes det, om kompetenceudviklingsforløb og IT-registreringsredskab skal udbredes til flere kommuner end dem, der har medvirket i projektet.

Projektet er et afprøvningsprojekt, der skal gennemføres i fem indsatskommuner eller -organisationer.

Hvor langt er projektet?

Sundhedsstyrelsen har valgt at sende udviklingen af kompetenceudviklingsforløbet i udbud. Udbudsfristen var 27. november 2015.

Tilsvarende sendes evalueringen i udbud. Leverandøren til evalueringen forventes udvalgt i 1. kvartal 2016.

Invitation til kommuner og organisationer, der kunne være interesserede, sendes ud i begyndelsen af 2016. Det er planen, at de fem projektkommuner eller -organisationer er fundet 1. april 2016.

Mere information om projektet kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside fra 1. januar 2016. Foreløbigt kan man orientere sig [her](#).

Ingen skal gå gennem demens alene

Lad os tale om demens og give håb – det humanistiske værdisæt betyder mest i skotternes måde at arbejde med demens

Af **Charlotte Voetmann**, selvstændig konsulent, Hjerne & Sundhed

Charlotte Voetmann er neuropædagogisk konsulent, proces- og udviklingskonsulent og demenskonsulent ved Hjerne & Sundhed.

Hun har i mange år endvidere arbejdet som neuropædagogisk supervisor, foredrags-holder og turlleder for faglige studieture.

Denne artikel er skrevet på baggrund af to studiebesøg i Skotland, hvor jeg sammen med danske medarbejdere fra kommuner fik en rigtig god indsigt i, hvad der prioriteres og virker i skotternes prioritering i demensindsatsen. Et fantastisk arbejde - dem kan vi lære meget af.

Artiklen kunne tage rigtig mange vinkler, men det humanistiske værdisæt skotterne har, fortjener at blive fortalt.

"Ingen skal gå gennem demens alene".

Med disse ord går den skotske afdeling af Alzheimer Organisation ind i arbejdet omkring mennesker med demens og deres pårørende. Arbejdet fik ekstra medvind i 2007 efter demens blev nationalt prioriteret i Skotland.

I Skotland har man rigtig gode erfaringer med at støtte op omkring de svage og det faktum, at netop hele familien bliver ramt. Organisationen lægger stor vægt på, at såvel den demensramte som familien skal være trygge ved situationen.

Skotland i tal

Skotland er på mange måder sammenlignelig med Danmark. 5,36 mill. indbyggere heraf ca. 90.000 mennesker med demens. Geografisk er man udfordret i at nå ud til ydreområderne. Alzheimer Organisation har 32 afdelinger og ca. 1.000 ansatte fordelt i hele Skotland. Dertil kommer 700 frivillige og 14.165 demensvenner, der støtter foreningens arbejde. Alzheimer Organisation betragter medlemmerne som stemmerne bag organisationen.

Stemmerne bag organisationen

Alzheimer Organisation har en kraftig "stemme", fordi de har god indsigt i problemer med demens og deres vilkår. Man har bevidst valgt at have en fremadrettet og eftertænksom tilgang i samarbejdet med det offentlige.

Alzheimer Organisation har mange erfaringer med at støtte op omkring svage borgere og de udfordringer, der er forbundet med det at få demens – det at have en familie, der bliver ramt samt ikke mindst samarbejdet for at få det offentlige system til at støtte.

Som organisationens administrerende direktør udtrykker det: "Det, at få diagnosen demens, er forbundet med mange negative oplevelser". Han oplever, at behandlerverdenen ofte har fokus på sygdommen og glemmer personen bag demens. Der er fortsat mange udfordringer i at få skabt et samarbejde med det offentlige.

I 2006 mente det offentlige system, at de ikke havde problemer i forhold til demensproblematikken. I 2015 er man villig til samarbejdet.

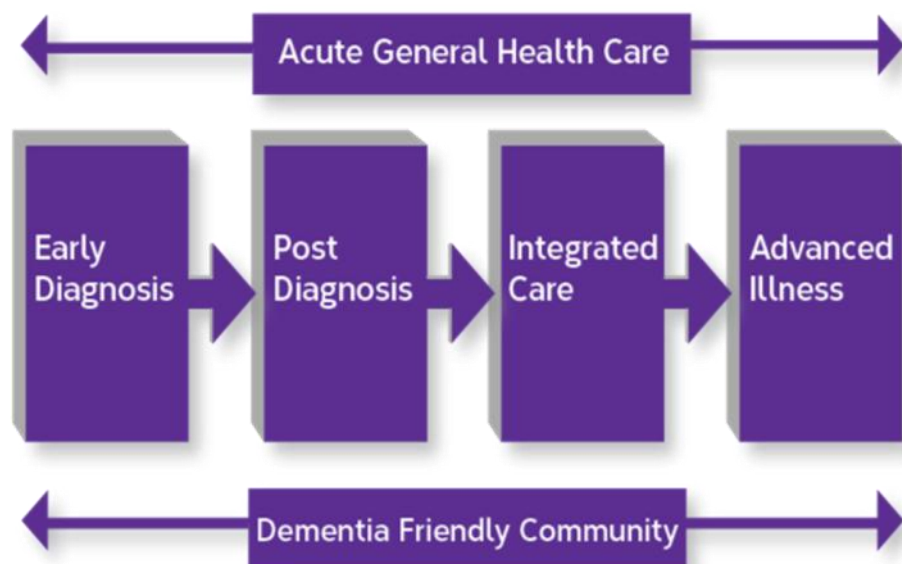


I organisationen arbejder man efter synspunktet "Lad os samarbejde omkring dét, vi kan gøre noget ved og sikre, at ingen møder demens alene".

Vigtigt at bevare det gode liv - på trods af demens

Allerede i 2007 startede man en kampagne, hvis formål var at sætte fokus på vigtigheden af en tidlig diagnosticering samt at omskrive de negative stigmatiserende ord for demensbegrebet til mere positiv fremadrettet termer.

Organisationen brugte 2008-2009 til at udtænke forslag til den endelige Dementia Strategi, som resulterede i en skotsk vedtagelse i 2010 af den første nationale strategi. Sideløbende blev der opbygget en økonomisk stabilitet, inden projektet blev igangsat, og siden har man arbejdet målrettet for at udvikle og forbedre organisationens indsats.



Indsatsen opstarter i "Early Diagnosis" med afsæt i fem-trins-modellen.

ALT, der kan støtte og hjælpe mennesker med demens, skal prøves

Alzheimer Organisationen ønsker øget fokus på den socialpædagogiske indsats og ser det som en fordel, så tidligt som muligt, at komme ind og skabe kontakt og hjælpe den enkelte og de pårørende til at:

- forstå egen sygdom og leve godt med demens
- leve et liv med så lille en hjælp som mulig så længe som muligt
- bevare eget liv og anstændighed
- skabe gode vilkår blandt andet gennem netværk
- få skabt et inkluderende syn på mennesker med demens
- få skabt håb og livsglæde er vigtigt
- der ikke diskrimineres

Alzheimer Organisationen ønsker at sikre, at ingen går gennem oplevelsen af demens alene, og fokus er at undersøge, hvordan man forbedrer livet for de mennesker, der får et skiftende sind gennem demens.

Som led i forarbejdet til organisationens politiske strategiarbejde, afholder man over hele Skotland – såvel i udkantsområderne som i byerne – dialogmøder med lokalbefolkningen. Her lytter man til ønsker og behov fra de demensramte og deres netværk. Metoden har klart vist, at der er brug for forskellige tilbud for at opnå størst effekt. Distrikterne har forskellige behov. Selv i samme by kan der være forskellige behov. For at indsatsen er meningsfuld, sker det ud fra tilgangen om at "gøre noget med folk og ikke at gøre noget for folk". Tilgangen har afsæt i Tom Kitwoods teorier, menneskerettighederne og et evidensbaseret afsæt i tæt samarbejde med Universiteter.

Lad os tale om demens og give håb

Hvorfor opmuntrer vi til den vanskelige samtale? Ved en tidlig diagnosticering er der mulighed for at tilbyde familien og personen med demens en personlig rådgiver fra Alzheimer Organisationen. Kontaktpersonens primære

opgaver er at være "tovholder" i forhold til hverdagsproblemer, der med fordel kan justeres i tide, inden sygdommen forværres, samt hjælpe med kontakt til behandlerverden. En personlig rådgiver er ansat i Alzheimer Organisation og har en klinisk og professionel baggrund - ofte fra sundhedsvæsenet.

Kontakten til borgeren sker på et så tidligt et stadium, at borgeren umiddelbart ikke har synlige symptomer, eller er i medicinsk behandling, men hvor der er brug for praktisk og mentalt støtte i familien. Formålet med den tidlige indsats er, at give håb om at leve et liv så godt som muligt og så længe som muligt i eget hjem på trods af sygdommen. Den sygdomsramte oplever at blive set, hørt og føle sig forstået og ikke mindst at have indflydelse på sin egen fremtid. Det er trygheds-skabende at have en kontaktperson – en, der kender én gennem hele forløbet.

Få det rigtige på hele demens rejsen

Den personlige rådgiver arbejder opsøgende og er et tilbud til familien, det første år efter diagnosen er stillet. I indsatsen arbejdes igennem alle fem punkter i cirklen fra strategien, som er:

- Støtte til at fastholde og udvikle sociale netværk og derved bevare evnen til at leve i egen bolig
- Planlægning for fremtiden - beslutningsproces
- Forståelse af sygdom og håndtering af symptomer ved at affinde sig med demens

og lære at mestre sygdommen

- Planlægning af fremtiden i samarbejde med den enkelte og deres pårørende ved at udvikle en personlig plan med deres valg, håb og forventninger i samarbejde, og en plan som kan vejlede de fagpersoner, der skal pleje den enkelte
- Aftaler om gensidig støtte fra andre mennesker med demens og deres familie

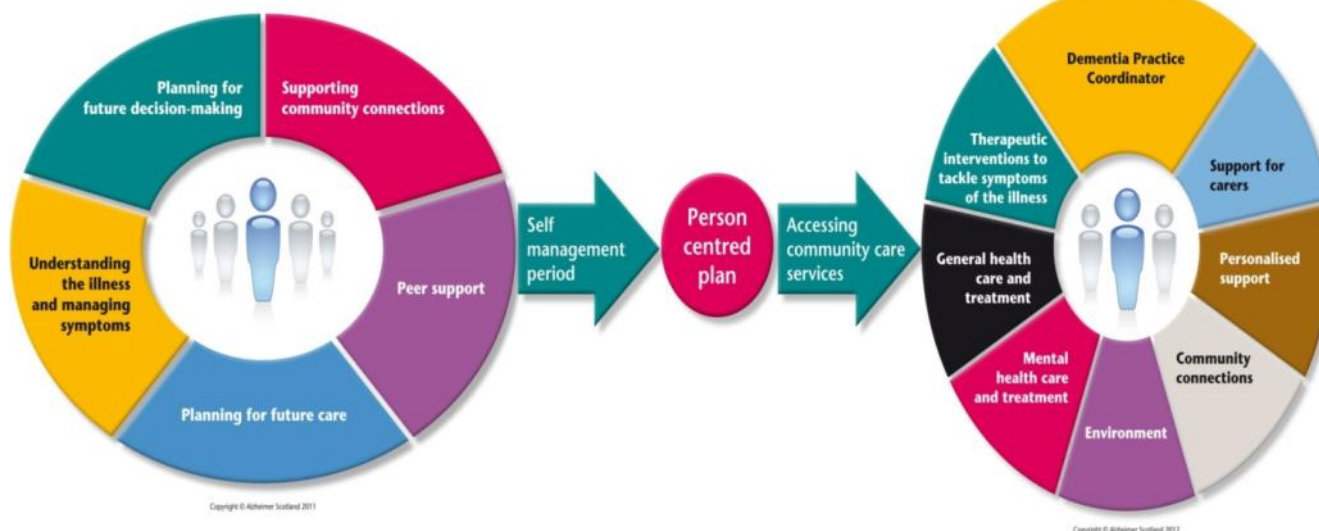
Rækkefølgen kan være forskellig. I figuren herunder viser cirklen til venstre "Den tidlige diagnostiske støtte" - fem-trins-modellen som den personlige rådgiver skal sikre, bliver afsættet i indsatsen det 1. år, efter diagnosen er givet. Efterhånden som personen med demens bliver dårligere, skal den personlige rådgiver sikre, at familien kommer i kontakt med og får hjælp fra den offentlige sund-

hedssektor - se cirklen til højre med de otte punkter.

Det handler om inklusion

Nogle af de tilbud, der er med til at understøtte fem-trins-modellen og arbejdet med den demensramte og dennes netværk, er:

- Livsline - telefon rådgivning 24 timer
- Netværksdannelser gennem demenscafé, spisegrupper
- Demensvenligt lokalsamfund
- Interessegrupper - motion, have, teater, kunst
- Demensressourcecentre med cafe og praktisk rådgivning
- Demenshunde
- Demensven
- Informationsbusser
- Undervisning af ansatte og frivillige



Alzheimer Skotlands ottetrins-model af Samfunds Support

Modellen er en integreret sundheds- og social omsorgsmodel for støtte til mennesker med demens og er stadig under udvikling.

Efter en person har fået en diagnose og accepteret tilstanden samt været igennem den første cirkels fem trin, og tilstanden gradvist forværres, vil der være brug for et øget samarbejde med det offentlige. Derfor er man nu i gang med at iværksætte en ny ottetrins model.

Målet er at demente kan bo længere i eget hjem uden behov for hospital eller plejehjem

Efter nye dialogrunder i Skotland giver folk udtryk for, at det kan være svært at navigere igennem det offentlige system. Sundhedsvæsenet og det socialpædagogiske arbejde har været langt fra hinanden, hvor man kunne ønske sig et tættere samarbejde og en gennemgående kontaktperson.

Erfaringer viser, at det er vigtigt at have en tovholder for at sikre sig et tværfagligt samarbejde, overblik og ikke mindst den røde tråd omkring den enkelte borger. Det er vigtigt, at der bliver givet mentalt / psykiatrisk / psykologisk støtte.

Paradigmeskift omkring synet på demens

Det skotske sundhedsvæsen har de samme udfordringer som i Danmark. I ca. 40 % af alle hospitalssenge ligger borgere med demens på et eller andet niveau. Sygehuspersonalet er ikke trænet til at arbejde med demensproblematikker. Risikoen er, at der ikke gives den optimale pleje og behandling.

Visionen er at uddanne nøglepersoner i hospitalsvæsenet på sigt.

I forhold til ottetrins modellen har den personlige rådgiver i samarbejde med den demente kontakten med behandlerverdenen. Det er tænkt som følgende:

- Rollen som den demenspraktiske koordinator
- Sikre at mennesket med demens kommer til læge, psykiater og andre m.h.p. behandling
- Generel pleje og behandling for at opretholde velbefindende og fysisk sundhed
- Får den fornødne pleje og omsorg
- Støtte med tilpasning af hjælpemidler og hjælpe "hjælperen"
- Støtte til at fastholde og udvikle sociale netværk
- Fleksibel og personcentreret støtte
- Sikre støtte til omsorgsgiveren/pårørendes egen sundheds og trivsel

En personlig rådgiver går ikke ind og blander sig i forhold til medicin eller vejledning omkring tekniske hjælpemidler, men koordinerer og sikrer, at den enkelte får den fornødne hjælp af de rette instanser.

Fokus på ressourcer i al arbejde - efterlader personerne i en god følelse efterfølgende

Indsatsen med den personlige rådgiver blev introduceret for fem år siden. Alle arbejder ud fra fælles mål, som er:

- Støtte personer med demens



- Støtte deres familie
- Støtte fællesskabet, lokalsamfundet
- Hjælpe lokalsamfundet med at blive demensvenligt
- Hjælpe med at påvirke politikere og behandlersystemet i emner som påvirker mennesker med demens og deres familier

Arbejdet ud fra modellen startede i et distrikt (NV) og har nu bredt sig ud over hele Skotland. Metoden i ottetrins modellen er testet i fem forskellige distrikter - land/by - og skal snart evalueres. Alzheimer Organisation har endnu ikke evalueret den samlede foreløbige indsats. De er sikre på, at der er en besparelse for samfundet på fem års sigt ud over et bedre liv for demensramte og deres pårørende.

Konklusion

"Ingen skal gå gennem demens alene" og "Vigtigt at bevare det gode liv - på trods af demens" er det grundlæggende menneskesyn for Alzheimer Organisationens arbejde i Skotland.

Skotland har en lang historisk tilgang til frivilliges indsats, og det at man i befolkningen har tradition for at byde sig til som frivillig. Jeg oplever, at Alzheimer Organisationens høje faglighed er medvirkende til at facilitere arbejdet omkring frivilliges indsats. At man indenfor de forskellige indsatser opdeler i niveauer i forhold til hvilken grad, man har mulighed for at byde ind som frivillig og dermed træner den enkelte i forhold til det, man har meldt sig til. Dette gør, at opgaven som frivillig bliver mere klar og dermed mere tilfredsstillende for alle parter, og rollefordelinger i opgaverne er klare.

Inden hver projektopstart sikrer man sig opbakning fra politikere lokalt såvel som centralt med henblik på internalisering gennem partnerskab. Samtidig lægges der megen vægt på at integrere indsatsen tidligt i forløbet, således at ændringerne er kørt ind, inden sygdommen tager til. Det grundlæggende systemiske menneskesyn, med et stort drys af Tom Kitwoods tænkning, der ligger til grund for en evidensbaseret indsats, er med til at bibringe en privat organisation som en vigtig samarbejdspartner i det offentlige system i Skotland. Her sættes fokus på nærhed og trivsel, hvor det offentlige ofte har afsæt i kvantitet. Spørgsmålet er, om det er muligt med et både og?

Med en grundlæggende viden om vores danske system og vores sundhedsvæsens indsats kan der være forvirrende punkter i, hvornår man krydser andres fagområder?

Sætninger som blev gentaget mange gange i oplæggene var:

- "Lad os samarbejde omkring det, vi kan gøre noget ved."
- "At gøre noget med folk, ikke at gøre noget for folk!"
- "Minoritetsgrupper bringes i dialog om, hvad de ønsker / har brug for!"
- "Hver bydel er forskellig - har brug for forskellige tiltag"
- "Fokus på ressourcer i al arbejde - efterlader personerne i en god følelse efterfølgende"
- "Ingen skal gå gennem dementia alene"
- "At være uafhængig af systemet og i eget hjem så længe som muligt"
- "Give håb, styrke og værdighed"

Grundlæggende sættes den socialpædagogiske tilgang til demens i den meget tidlige fase af sygdommen på dagsordenen hos Alzheimer Organisation i Skotland. Og - at den anerkendende tilgang og ressourcenyndet i indsatsen er meget store medspillere til at mennesker trives i deres liv - uanset diagnose.



Psykologers bidrag til den tværfaglige demensindsats – skal din næste kollega være en psykolog?

Demenskoordinatorer har stor viden inden for demensområdet. Psykologer har brede kompetencer i forhold til udvikling af menneskeligt samspil og psykiske reaktioner. Når samarbejdet med borgeren med demens ikke fungerer, kan det være frugtbart at lade de to fagligheder spille sammen, så der findes gode løsninger for borgere, pårørende og personale.

Iben Ljungmann, selvstændig psykolog inden for ældresektoren

Susanne Bollerup Overgaard, psykolog i gerontopsykiatrien

Line Fleckenstein Andersen, psykolog og projektleder i Dansk Psykolog Forening

Psykologer har sjældent erfaring med hands-on pleje og omsorg, men vi er gode til at supervisere og stille spørgsmål, der bringer skjult viden frem hos medarbejderne. At få medarbejderne til at reflektere over egen praksis og bearbejde holdninger kan afføde nye ideer i komplekse sager, hvor gængse tilgange ikke virker. Når samarbejdet med borgeren med demens ikke fungerer, kan det afspejle forskellige problematikker – ofte på samme tid. Problemerne kan skyldes, at personalet ikke har nok viden omkring borgerens demensstype eller de mangler bevidsthed om, hvilke pædagogikker der er virksomme. Der kan være brug for specifik vejledning ift. hjælpemidler og metoder til at undgå konflikter eller magtanvendelse. Det kan også være fordi, der mangler en "oversættelse" fra speciallægens vurdering til den konkrete tilrettelæggelse af, hvordan borgeren skal hjælpes i det daglige. Det kan også skyldes manglende faglig ledelse, og rigtig tit er det den dybere forståelse af den enkelte borgers personlighed, man mangler at forholde sig til, for at forstå borgerens adfærd i sin helhed.

Psykologer har viden om og kan intervenere i forhold til både individ, grupper og organisation. De har neuropsykologisk viden om, hvilke krav man kan og ikke kan stille til borgere med bestemte skader i hjernen og en given personlig disposition. Psykologen har forståelse for gruppedynamikker og kan intervenere i disse, så der ikke opstår et A-hold og et B-hold af medarbejdere, eller en organisationskultur præget af forråelse (1). Og endelig har psykologerne kliniske færdigheder og kan tilbyde terapeutisk behandling til såvel stress- eller voldsramte medarbejdere som til pårørende, som er ramt af sorg og krise.

Det siger forskningen – gennemgang af to udvalgte studier

Fra forskningsmæssig side er der en del relevante studier, der inddrager psy-

kologer og psykologisk viden i den tværfaglige løsning af demensrelaterede opgaver. Nedenfor vil vi fremhæve to af disse.

Støtte til personale ved udfordrende adfærd (BPSD) hos mennesker med demens

Udfordrende adfærd hos mennesker med demens kan være en meget kompleks opgave, der både kræver en stor viden hos personalet, men også involverer medarbejderes holdninger og fordomme såvel som deres evne til at aflæse og analysere adfærden hos mennesker med ofte svær demens. Studier fra klinisk psykolog og professor Mike Bird fra Australien omhandler indsatser, hvor hver enkelt sag gennemgås med en medicinsk, (neuro-)psykologisk, social og livshistorisk analyse, og hvor man efterfølgende klæder personalet på ved hjælp af rådgivning, undervisning, supervision mm. i forhold til "udfordrende adfærd" hos mennesker med demens. Studierne viser, at der er effekt på såvel frekvensen som varigheden af den udfordrende adfærd, forbruget af antipsykotisk medicin og stress hos medarbejderne, sammenlignet med arbejdspladser der ikke modtog lignende intervention.

Strukturerede psykologiske interventioner til pårørende

Mange kommuner tilbyder gode pårørende-forløb, som opfylder et behov for samvær og videndeling. For at disse grupper skal have en effekt i forhold til at forebygge depressioner og udbrændthed hos de pårørende, er der brug for at gå et spadestik dybere og f.eks. inddrage psykologer. Det engelske START (2) (Strategies for Relatives) er et struktureret, protokolbaseret interventionsprogram til pårørende med fokus på mestrings- eller copingstrategier. Programmet, der er udviklet af engelske psykologer og geriatere, strækker sig over 8 sessioner, der afvikles over en periode på to til fire måneder. Interventionen består i en kombination af samtaler og undervisning, samt manualbaseret træning i hjemmet og afslapningsøvelser. Til at varetage interventionen i START har man under supervision af erfarne specialister anvendt nyuddan-

1) Begreberne om forråelse og om A- og B-hold blandt medarbejderne er lånt fra "Når gode mennesker handler ondt" af Dorte Birkmose (2013). Se også "Adfærdsproblemer i ældreplejen" af Bo Hejlskov Elvén, Charlotte Agger og Iben Ljungmann (2015)

nede psykologer uden klinisk erfaring, hvilket er en relativt billig arbejdskraft.

Til forskel for andre undersøgelser med pårørende interventioner er der velunderbygget evidens af START programmet. Effekten af programmet er dokumenteret i et kontrolleret randomiseret forsøg, der viser signifikant mindre depression og angst i START-gruppen samt en oplevelse af bedre livskvalitet. Endvidere rapporterede omsorgsgiverne, at de skældte mindre ud. En økonomisk analyse tyder endvidere på, at interventionen er omkostningseffektiv sammenlignet med sædvanlig rådgivning. Foreløbige resultater fra en langsigtet opfølgning viser, at de positive effekter af START stadig til stede efter 16 til 24 måneder. Interventionen kan bidrage til, at de pårørende magter at fortsætte med at yde pleje gennem en længere periode, hvilket i nogle tilfælde kan udskyde den dementes indflytning i plejebolig.

Krav og muligheder i lovgivningen

Når nu psykologer kan kvalificere og støtte demensindsatsen i kommunerne, melder spørgsmålet sig; hvordan får jeg fat i en psykolog, der har viden om demensområdet? Og hvor finder jeg midlerne til det?

Personer og pårørende ramt af en alvorligt invaliderende sygdom, som f.eks. demens, har ret til via lægen at blive henvist til 12 psykologsamtaler, hvis de lever op til kriterierne. Det gælder uanset alder, men mange ældre tilbydes i stedet psykofarmaka hos lægen. Henvisningen indebærer, at regionen yder et tilskud på 60% af psykologens honorar. Økonomisk ressourcetsvage borgere har i visse tilfælde mulighed for at få dækket egenbetaling af kommunen, hvis de har en lægehenvisning til psykologhjælp. Man skal vælge en psykolog, som har overenskomst med sygesikringen, og det er desværre sjældent, at disse har et særligt kendskab til demens.

I vejledningen om magtanvendelse anbefales det, at personalet får supervision af en socialfaglig konsulent i forbindelse med udarbejdelse af den krævede pædagogiske handleplan. I forhold til magtanvendelsessituationer, voldsepisoder og andre lignende meget belastende situationer kan man anvende psykologer for at forebygge dårligt arbejdsmiljø, fraværproblematikker og stress og krisesituationer. En psykolog med kendskab til både arbejdsmiljø og borgere med demens gør det muligt at arbejde på to niveauer dels i relation til den pædagogiske indsats omkring borge- ren med demens og dels i relation til personalet.

Endelig kan psykologer give supervision til demenskoordinatorer eller forestå ledersparring.

Den sociale lovgivning indeholder ikke nogen skal-paragraffer, hvor psykologer skal inddrages. Serviceloven indeholder dog muligheder for, at kommunen bruger psykologer, f.eks. servicelovens § 85 og 86, der pålægger kommunalbestyrelsen at tilbyde støtte og hjælp til udvikling og genoptræning af færdigheder til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Bestemmelserne lægger op til at kommunerne selv fastlægger deres serviceniveau, og hvilke faggrupper der inddrages for at leve op til lovgivningen, men der er ikke tradition for at anvende disse paragraffer til at inddrage psykologer. Nogle kommuner har dog ansat psykologer med særlig viden om demens, der kan yde denne støtte til mennesker med demens, til pårørende og til personalet. Har I psykologer med demensviden i jeres kommune – eller skal din næste kollega være psykolog?

Giver denne artikel inspiration til at bruge psykologer på demensområdet står forfatterne, Gerontopsykologisk Selskab og Dansk Psykolog For- ening gerne til rådighed. Find os på www.dp.dk/gerontopsykologisk-selskab/



Symboler styrker kommunikation

I 2014 og 2015 har Kommunikationscentret i Hillerød gennemført to projekter om visuelle metoder til kommunikation anvendt sammen med mennesker ramt af demens. Begge projekter har på forskellige måder vist, at visuelle metoder kan være en værdifuld støtte for målgruppen.

Kristine Pedersen, projektkonsulent og Talking Mats instruktør, Kommunikationscentret i Hillerød



Det kan blive en rigtig stor udfordring at bevare overblikket over sine gøremål og muligheder, hvis man er ramt af demens. Det kan også blive rigtig svært at samtale om selv små dagligdagsting og forholde sig til spørgsmål, såsom; hvad vil du lave i dag? Hvor vil du spise morgenmad? Vil du med ud at gå en tur? Hvor gør det ondt? Dels kan det være svært at forstå, reflektere over og besvare spørgsmål. Dels kan det være ganske vanskeligt at holde den røde tråd i samtaler og holde fokus på de ting, der er vigtige.

Mange med demenssygdomme bliver af samme grund helt eller delvist afhængige af omgivelserne og dermed stadigt mere underlagt omgivelsernes måde at yde støtte på. Det er naturligt, for hvis man ikke selv er i stand til at udtrykke sine synspunkter og bevare sine hverdagskompetencer, så bliver andre nødt til at tage over. For at bevare den enkeltes ret til selv- og medbestemmelse og være en aktiv deltager i eget liv i længst mulig tid, kræver det en særlig indsats og opmærksomhed fra omgivelsernes side. Det kræver viden om kommunikation, og der kan være brug for særlige metoder til at sikre den enkeltes ret til at blive set og hørt.

Vi har i to projekter afprøvet forskellige visuelle metoder med det formål, at øge demensramtes muligheder for selv- og medbestemmelse. Visuelle metoder kan være billeder eller symboler, der supplerer kommunikation, synliggør valgmuligheder, struktur eller støtter overblikket i det fysiske rum. I det ene projekt undersøgte vi, om en visuel spørgemetode kunne forbedre kommunikationen for målgruppen i forhold til andre og mere almindelige spørgemetoder. I det andet projekt blev medarbejdere på to plejecentre undervist i at bruge visuelle metoder, og herefter kunne de afprøve metoderne i praksis i deres hverdag. Jeg giver i denne artikel en kort præsentation af den visuelle spørgemetode Talking Mats samt projekternes vigtigste resultater.

Talking Mats støtter samtalen

Talking Mats er en visuel spørgemetode, som bruger symboler til at støtte personer i at forstå spørgsmål og kommunikere synspunkter. Symboler supplerer samtalen ved, at begge samtalepartnere gennem billeder får ledetråde til, hvordan spørgsmål skal forstås, og hvordan det bliver besvaret.

I Talking Mats bruger man en samtalemåtte og symbolkort, der repræsenterer hhv. en vurderingsskala, emnet for samtalen og spørgsmål til emnet. Emner for en Talking Mats samtale kan være kost, hjælpemidler, daglige aktiviteter, funktionsevne, relationer, trivsel, rettigheder. I det hele taget emner, som kunne være relevante at spørge ind til.

International forskning og erfaringer fra praksis har vist, at Talking Mats kan støtte kommunikationen for rigtig mange målgrupper med kommunikative vanskeligheder. Herunder mennesker der har lidt et kommunikationstab, som følge af en demenssygdom. Talking Mats metoden anvendes i bl.a. Skotland, England, Sverige, Finland, Holland og Danmark. I Danmark er der efterhånden flere certificerede undervisere i metoden. Særligt har metoden været anvendt i forhold til børn og voksne med medfødte eller erhvervede hjerneskader, men er ikke tidligere blevet forsøgt afprøvet indenfor demensområdet i en dansk sammenhæng.

Om Talking Mats

Metoden Talking Mats er udviklet af forskere indenfor alternativ- og supplerende kommunikation ved University of Stirling i Skotland. Formålet med at anvende metoden er at fagpersoner, familie eller andre bedre kan støtte mennesker med funktionsnedsættelser til mere med- og selvbestemmelse og i at kommunikere ønsker og behov. Talking Mats er fundet velegnet til mennesker med kognitive og/eller kommunikative funktionsnedsættelser som følge af bl.a. CP, udviklingshæmning, autisme, afasi, demens, anden medfødt/erhvervet hjerneskade.

Erfaringer viser, at spørgemetoden øger muligheden for at kunne spørge flere om mere. Forstået på den måde, at personer med kognitive funktionsnedsættelser, som har vanskeligt ved at føre samtaler på almindelig vis, med metoden kan spørges om flere ting med øget mulighed for at kunne give reflekterede og valide svar.



Projekt 'Styrket selv og medbestemmelse for demensramte på plejecenter'

Det overordnede formål med projektet var, at styrke demensramtes muligheder for selv- og medbestemmelse i egen hverdag gennem visuelle kommunikationsformer. Medarbejdere på de to plejecentre er blevet certificeret i Talking Mats metoden og undervist i, hvordan billeder og symboler kan støtte kommunikation og orientering i hverdagen. Det kan være til struktur, overblik, forberedelse, initiativ og planlægning. Til at lave symbolmateriale introduceredes programmet Picto Selector - et gratis program til at lave symbolmateriale. Herefter fik medarbejderne frie tøjler til at afprøve metoderne.

Projektet 'Styrket selv og medbestemmelse for demensramte på plejecenter' blev gennemført i perioden marts 2014 til august 2015 og finansieret af Socialministeriets pulje 'Det gode hverdagsliv for demensramte i plejebolig'. I projektet samarbejdede Hundested Plejecenter, Plejehjemmet Strandhøj og Kommunikationscentret i Hillerød. Nationalt Videnscenter for Demens deltog i projektets styregruppe.

Ifølge medarbejderne, som har deltaget i projektet, har metoderne vist sig nyttige på mange måder. Her er et par eksempler:

Metoderne har været brugt til...

- udarbejdelse af handleplaner
- at lære nye beboere hurtigt at kende, f.eks. på midlertidige aflastningspladser
- at motivere til aktiviteter og motion
- at synliggøre valgmuligheder (eks. mad, tøj, motionsudstyr)
- at forberede beboere til toiletbesøg, kaffe, middagsmad mv.
- at støtte orienteringsevnen (f.eks. at finde vej til eks. toilet, egen bolig eller aktiviteter)

Brugen af metoderne har øget medarbejdernes opmærksomhed på kommunikation og på, at mange beboere havde sværere ved kommunikation end omgivelserne er opmærksomme på. Særligt brugen af Talking Mats metoden har medført tættere relationer mellem beboer og støtteperson. Projektet viser også, at medarbejdernes faglige baggrund er af mindre betydning for implementering af metoderne. Vigtigst er, at medarbejderne er nysgerrige og hurtige til at få erfaringer med, hvordan metoderne kan bidrage til opgavevaretagelsen og samarbejdet med den enkelte beboer. Endelig er god ledelsesmæssig opbakning også af stor betydning.

Evaluering af Talking Mats

Det andet projekt var en evaluering af Talking Mats-metoden anvendt sammen med borgere med demens, som blev gennemført med midler fra Helsefonden. Formålet med evalueringen var specifikt at undersøge: "Hvor effektiv er Talking Mats-metoden til at støtte demensramte i at udtrykke deres synspunkter i forhold til almindelige spørgemetoder?"

[illegible]

Billedet herover viser en Talking Mats-samtale med en ældre mand ramt af demens i moderat grad om helbred. De største udfordringer har med mobilitet at gøre: Symbolkortet for 'At stå' og 'Holde balancen' er placeret under en sur smiley. Midterst på skalaen har han placeret 'Tænder', 'At høre', 'At følge med i samtaler', 'At se' og 'At huske'. Dvs. primært færdigheder, som har med kognition og social interaktion at gøre. Under den glade smiley har han placeret 'Energi', 'Humør', 'Søvn', 'Krop' og 'Medicin'. Denne 'samtalemåtte' med systematisk placerede billeder giver et nuanceret indblik i, hvordan han selv oplever sit helbred og er en vigtig information til omgivelserne om, hvordan hans funktionstab ses ud fra hans perspektiv.

Skalaen i metoden kunne give udfordringer, men det sås, at flere deltagere havde lettere ved at benytte metoden anden og tredje

For spørgsmål kontakt projektkonsulent Kristine Pedersen på e-mail krip@hillerod.dk eller ringe på telefonnummer 72 32 38 00.

Motion, grin og sved på panden

Motion er kommet på dagsorden og er blevet en del af den brede vifte af forskellige tilbud, som Roskilde Kommune tilbyder demensramte. Målet er at borgere med demens har mulighed for forskellige trænings- og motionstilbud afhængigt af motivation og funktionsniveau.

Ulla Vidkjær Fejerskov, demensfaglig udviklingskonsulent i Roskilde kommune

Deltagerne griner, løber, cykler og får sved på panden i en time. De fortæller, at de kan mærke, at de er blevet stærkere, har fået en bedre kondition og mere energi i dagligdagen. En pårørende fortæller, at hendes mand nu har fået flere kræfter og balance, så han kan bære indkøbsposerne, når de har været ude at handle. Det kunne han ikke før, men det, at han nu kan hjælpe sin hustru er til stor glæde for dem begge.

Træningstilbud med høj intensitet

Baggrunden for Roskilde kommunes træningstilbud til borgere med demens stammer fra forskningsprojektet ADEX, som har undersøgt, hvilken betydning målrettet fysisk aktivitet har for demensramtes funktionsniveau. Flere borgere fra Roskilde kommune, som havde været i forskningsprojektet efterspurgte et lignende tilbud i kommunalt regi.



Det var baggrunden for, at Roskilde i 2014 satte sig for at oprette et målrettet træningstilbud for borgere med demens i let til moderat stadie. Formålet med træningstilbuddet har været at styrke og forbedre deres fysiske formåen, som kommer deltagerne til gavn i dagligdagen i forhold til at kunne vedligeholde deres færdigheder og styrke livskvaliteten. Efterspørgsel har siden været stigende, så i 2015 har Roskilde kommune fået projektmidler til at udvide tilbuddet, så der nu er træningstilbud for borgere med demens fra syd til nord i kommunen. Træningen foregår på et lokalt træningscenter to gange om ugen. To fysioterapeuter står for træningen af 10-12 deltagere og læner sig op af ADEX-programmet.

Demenskoordinatorerne og visitator henviser til tilbuddet. Før deltagerne starter, er de til forundersøgelse hos fysioterapeuterne, hvor de tester deres fysiske funktionsniveau og spørger ind til deres mål med træningen. Efter seks måneder bliver de testet igen. Hvis der er behov for et andet træningstilbud end ADEX træningen, koordineres dette med demenskoordinatoren og fysioterapeuten.

Det sociale samvær er vigtigt

Efter træningen hygger de demensramte sig med kaffe i en time – for det sociale fællesskab er ligeså vigtig som træningen. Det er en af kommunens demensvejledere fra hjemmeplejegruppen, som sørger for, at kaffen er klar efter træningen og får samling på deltagerne i et køkken ved siden af træningssalen. De deler historier og følger med i, hvordan det går med hinanden og ikke mindst, hvor gode de har været til træningen. Under det sociale samvær udveksler de også erfaringer med hinanden omkring løsning af de udfordringer, som kan opstå med demenssygdommen. Deltagerne gør hinanden opmærksomme på de tilbud, der er for dem for eksempel er en deltager startet i en Netværkskaffe, som er et tilbud for borgere med de-

mens i let stadie, efter at hun blev inviteret med af en af de andre deltagere.

Træningstilbuddet er givtigt på flere måder for deltagerne både fysisk og socialt. Tilbuddet er med til at give dem struktur på dagen, meningsfuld beskæftigelse og ikke mindst styrke deres netværk, som mange oplever, bliver mindre efter de har fået demenssygdommen.

"Vi har indtryk af, at når de kommer her til træningstilbuddet, så har det stor betydning for dem, at de er sammen med andre deltagere i samme situation, som dem selv", forklarer Jan, demensvejleder. Det bekræfter deltagerne: *"Jeg var nok ikke kommet af sted hjemmefra, hvis jeg skulle være her alene i træningscentret. Det betyder meget, at vi har fået bygget et fællesskab op, hvor vi hygger os efter træningen",* forklarer en deltager på træningsholdet.

Demensvejlederen sørger også for at alle kommer godt hjem igen, for det er forskelligt, hvordan de kommer til og fra træningscentret. Nogle bliver ledsaget af pårørende, nogle tager selv offentligt transportmidler eller cykler, og andre har behov for kørsel f.eks. med flextrafik. Demensvejlederen er med til at skabe tryghed og ro, så der ikke er nervøsitet hos deltagerne, om hvordan de nu kommer hjem. Det har betydning for deltagerne, at det er to faste demensvejleder, som skiftes til at stå for samværet bagefter, da relationen og det kendte er vigtigt for deltageren.

Erfaringer indtil nu

Fysioterapeuterne har erfaret, at der er små ting, som de skal huske at tage hensyn til, for ikke at skabe forvirring hos deltageren.

"I starten brugte vi lang tid på at hjælpe med at finde deres drikkedunk eller trøje, som de havde forlagt et sted i træningscentret. Det gav nogle afbrydelser i træningen. Nu kender vi efterhånden borgerne og kan være på forkant", fortæller

Bente Holm, fysioterapeut. Det er nødvendigt med to fysioterapeuter til stede, da deltagerne har behov for guidning og gentagne instrukser om, hvordan øvelsen skal laves.

Deltagerne møder demensvejlederne i en anden kontekst, end de normalt vil møde en person fra hjemmeplejen, og demensvejlederne oplever, at deres tilstedeværelse er med til at nedbryde nogle fordomme og barrierer om hjemmeplejen. Det



er deres vurdering, at den sociale indsats kan være med til at motivere til en tidlig indsats i hjemmet, nu hvor hjemmeplejen er repræsenteret med en person, som de kan forholde sig til og finder behagelig at være sammen med i nogle frie og uformelle rammer.

Demensvejlederne oplever også, at det kan være med til at støtte borgerne i at bevare funktioner i længere tid. De har eksempelvis været med til at støtte en borger i at skrive en indkøbsseddel, så hun kan handle ind efter træningen, da der ligger et supermarked ved siden af træningscentret.

Træningstilbuddet i den nordlige og sydlige del af kommunen foregår på et træningsafsnit på kommunens dagcenter. Træningstilbuddet i Roskilde by foregår derimod i et almindeligt fitnesscenter. De vist sig, at der er andre fordele i at have tilbuddet i et fitnesscenter. Deltagerne oplever stedet som et neutralt og naturligt sted at være med andre. Det gælder især for dem, som ikke mener, at dagcenteret er et tilbud, som de har behov for lige nu.

Fysioterapeuterne fortæller, at deltagerne spejler sig i de andre motionsgæster, og det har været fremmende for træningsudførelsen. Fysioterapeuten fortæller som eksempel, at det gik lidt trægt for en mandlig deltager i romaskinen ved at holde tempo, og han gik ofte i stå. Da en yngre kvindelig motionsgæst sætter sig ved siden af deltageren i en anden romaskine og begynder sin træning i et højt tempo, begynder deltageren at kopiere hendes bevægelsesmønstre og kommer op i tempo. Om motivationen skyldes spejling eller at hun var en ung kvinde er uvist, men det havde en positiv virkning på præstationen.

Træningen på kommunens dagcentre har modsat den fordel, at deltagerne oplever, hvordan et dagcenter ser ud, træffer personalet, og det kan på sigt være med til at nedbryde forestillinger om dagcentertilbud og personalet, da de får en konkret erfaring og oplevelse af, hvad det vil sige, at være dagcentergæst.

På Trapperne – Ny vandrekлуб

Roskilde Kommune har et nyt initiativ med lokale vandrekлубber på trapperne, som starter i slutningen af maj og slutter i oktober. Vandrekлубben ledes af to demensvejledere, som går med otte borgere med en demenssygdom i let til moderat stadie. Formålet er både at komme ud og røre sig, som kan have en positiv effekt på dagligdagen. Et andet formål er også at bryde ensomhed, da vi oplever at isolation og ensomhed er noget, der fylder hos mange demensramte. Der er mulighed for at følges med en ven, og hvis der er en ægtefælle, så er personen også velkommen på vandreturen. Vandrekлубben mødes en gang om ugen på et fast mødested. De borgere, som har svært ved at finde vej til mødestedet, bliver ledsaget af demensvejlederen. Demenskoordinatorerne og visitatorerne kan henvise til tilbuddet. Fysioterapeuterne vejleder omkring, hvordan demensvejlederne kan tilføje styrke- og konditionstræning på vandreturen.

Erindringsdans® ikke at forglemme

Roskilde kommune har i 2014 været med i Alzheimerforeningens projekt *Erindringsdans*, og fået i den forbindelse fået uddannet tolv danseinstruktører på seks plejecentre og daghjem. Dans er god motion, hvor man i den grad også får sved på panden. Dansen har også andre positive sidegevinster, da det vækker minder og frembringer glæde. Det har været en succes med Erindringsdans®, så i 2015 uddannes tolv nye danseinstruktører, så dans er endnu et tilbud, som vi i Roskilde Kommune er meget glade for. De nyeste resultater fra ADEX projektet i maj 2015 viser at træning med moderat til høj intensitet mindsker psykiske symptomer ved demens f.eks. rastløshed og uro. Resultaterne viser også, at nogle af deltagerne er blevet bedre til at multitasking, som har betydning for mestring af dagligdagens aktiviteter.

Hvis du ønsker at vide mere om motions- og træningstilbuddene i Roskilde Kommune, så kan du kontakte Ulla Vidkjær Fejerskov, ullavf@roskilde.dk

Gudstjeneste med demens

Sonja Nicolaisen, sognepræst i Hundslund og Torrild, hjemmeplejepreæst i Odder Kommune

I godt og vel seks år har der været afholdt gudstjenester med demente i Odder kirke. Med otte-ni gudstjenester om året er det efterhånden blevet til en halvtreds stykker, og det har givet mange stjernestunder. Det har også givet stor erfaring med det at afholde gudstjenester med demente, og de erfaringer er jeg, som den gennemgående



præst gennem alle årene, blevet bedt om at dele med læserne af dette nyhedsbrev.

Men lad mig lige kommentere artiklens overskrift! Den er selvfølgelig ikke tilfældig, og jeg tænker ikke på indholdet, men på formuleringen. Egentlig havde jeg først skrevet "Gudstjeneste med mennesker med demens", for det er det, det handler om. Vi holder gudstjeneste *sammen med* mennesker, som lider af sygdommen demens. Vi holder ikke gudstjeneste for nogen, nej, vi er sammen om det, og vi er alle mennesker for Guds åsyn, uanset helbreds-mæssig habitus. Men den oprindeligt tænkte overskrift blev for lang og tung – derfor blev det den ovenstående. Disse sproglige overvejelser udtrykker samtidig, hvad gudstjeneste med demente handler om, nemlig nærvær og tæt fællesskab.

De første tanker om sådanne gudstjenester opstod i det tidlige forår 2009. Kirkens organist, hvis mand havde lidt af demens og var død året før, havde erfaret, at det at deltage i en almindelig gudstjeneste var en prøvelse for ham, og dét skønt han var tidligere præst. De mange mennesker, bænke, de lange salmer, de mange ord og orgelmusikken gjorde ham urolig, og han kunne ikke være i det. Den form for gudstjeneste, som for almindelige kirkegængere er en lise for sjælen, blev en rystelse for ham, og det var svært

for ham at falde til ro bagefter. Jeg kom ind i billedet, fordi organisten og jeg kendte hinanden fra de gudstjenester på kommunens plejehjem, som jeg på skift med mine kolleger stod for, og som hun spillede til. På et tidspunkt stod jeg for en gudstjeneste på et plejehjem, hvor hun deltog sammen med sin mand. Det var en gudstjeneste, hvor jeg havde velduftende olie med, som jeg gned en dråbe af ud på deltagernes hænder. Det passede til den bibeltekst, jeg prædikede ud fra.

Organistens mand døde i 2008, og i begyndelsen af 2009 spurgte hun mig, om jeg ville være med til at holde gudstjeneste med demente. Det skulle foregå i Odder Kirke, fordi kommunens plejehjem alle ligger i Odder by. Det betød, at idéen lige skulle stemmes af med provst og kolleger først, for Odder Kirke er ikke "min" kirke. Men alle var med på ideen, og i september 2009 var vi klar til at holde den første gudstjeneste af slagsen, efter at vi havde fået en god kontakt til kommunens demenskoordinator samt personale og ledelse på plejehjemmene. En lille folder beskrev tilbuddet, og det blev præciseret, at gudstjenesterne blev holdt på de dementes betingelser, at pårørende var meget velkomne til at deltage, og at vi gerne ville have tilmelding på forhånd.

Dette sidste er usædvanligt for gudstjenester, men det er godt for os at vide på forhånd, hvor mange der deltager, så vi ved, hvordan vi skal

placere os i kirken. Desuden kan vi begynde gudstjenesten, når alle deltagere er kommet, og ikke når klokkeslettet er kommet. Derved undgår vi unødigt ventetid.

Den septemberdag, en onsdag kl. 14.15 (tidspunktet var afstemt med plejehjemmene, så det passede ind i deres daglige rutine), da den første gudstjeneste blev holdt, glemmer jeg aldrig. For det første fordi det var fantastisk at se og mærke deltagernes glæde ved at komme i et rum, hvis lugt og udseende de genkendte, at se og mærke det ledsagende personales glæde og engagement ved at være sammen med deres beboere om denne oplevelse, og så – det må jeg også sige – ved at erfare, at noget af det, vi gjorde i gudstjenesten, slet ikke duede! Men rigtig meget gjorde, heldigvis!



Vi kastede os så at sige ud i det efter selvfølgelig at have talt om på forhånd, hvad vi skulle gøre. Vi gjorde erfaringer, lærte, flyttede os, ændrede på mange ting, og i dag, efter ca. 50 forsøg, synes vi, at vi har fundet en form, der er god, og som alle kan være i. Vi, organisten og jeg, har været på et enkelt kursus på det, der nu hedder FUV (Folkekirkens Undervisnings- og Videnscenter) i Løgumkloster, hvor vi fik nye ideer og mere viden om, hvad demens er, og hvordan man kan nå ind til de dele af de dementes hjerne, som stadig er helt intakt. I dag holder vi gudstjenester, hvor også kirketjeneren med sit engagement og sin indsats spiller en vigtig rolle som deltager i gudstjenesten. For det skal nemlig understreges, at alle er deltagere i gudstjenesten og sidder med i kredsen: Ledsagende personale, demente, pårørende, organist, kirketjener og præst. Vi er sammen om at fejre gudstjeneste.



Jeg vil skitsere, hvordan vi gør, og det vil jeg gøre i punktform, for overskuelighedens skyld:

- Klokkerne ringer, når deltagerne begynder at ankomme. Kirketjener, organist og præst er klar til at tage imod og hjælpe alle på plads.
- Vi sidder på stole i rundkreds i et sideskib, hvor et lille bord med hvid dug, lys og blomster, eller andre vækster fra årstiden, gør det ud for alter.
- Mellem hver anden stol står der små taburetter, som vi lægger salme hæfter og små trækors på.
- Salmehæfterne indeholder ca. 40 af de mest kendte salmer, kortet af så de ikke fylder mere end en side.
- Jeg har præstekjole på – for genkendelighedens skyld!
- Jeg forsøger at holde mig på en stol tæt ved det lille alter, men nogle gange flytter jeg rundt i kredsen, måske fordi min stol er blevet ”taget” (det må man også være forberedt på).
- Vi lytter til klokkerne, når alle er på plads i kredsen. Når klokkerne har ringet det sidste slag, markerer jeg, at gudstjenesten begynder.
- Vi synger første vers af ”Den signede dag”, udenad! Deltagerne kender den, i hvert fald de demente! Vi synger alle salmer à capella, dvs. uden musikledsagelse.
- Herefter spiller organisten et stykke på orglet, gerne noget langsomt og blidt. De urolige sind spilles på plads!
- Gudstjenestens led og rækkefølge er genkendelige fra de gudstjenester, som er gemt i de dementes erindring. Der er læsning, der er fortælling (kort), der er trosbekendelse (hvorunder vi har de små trækors i hænderne), der bedes Fadervor, velsignelsen lyses. Det rituelle er vigtigt, for det er ritualerne, der er gemt i kroppen og erindringen på de demente. Forløbet er det samme fra gang til gang, men salmer og tekster varierer og lægger sig op ad årstid, højtid eller et tema.
- Fredshilsen til hver enkelt deltager afrunder gudstjenesten. Det sker med håndspålæggelse, hvor jeg går fra deltager til deltager, mens organisten synger for på ”Må din vej gå dig i møde”. Verset synges

flere gange, og når jeg har været kredsen rundt, synger vi det en sidste gang, mens vi holder hinanden i hænderne kredsen rundt.

- Vi slutter med at synge ”Altid frejdig når du går”, og så byder kirketjeneren på småkager (smørbragte, af kirkens frivillige) til allersidst, mens vi får en lille snak om kagerne, vejret, pynten på bordet, dagen og om, hvad der nu falder for.
- Derefter siger vi farvel, og deltagerne tager hjem.

Vi har været sammen i ca. 45 minutter, og det har været 45 intense minutter. Der har været glimt i deltagernes øjne, øjenkontakt, øjeblikke af opmærksomhed og genkendelse, stemmer har blandet sig med min og har sagt med på både trosbekendelsen og Fadervor (rytmen er vigtig), og der er blevet sunget med på salmerne. Den kristne børnelærdom, som de demente har fået ind med modermælken, er en kilde, som de nu kan øse af. Pårørende, som engang imellem deltager, fortæller, at det er en meningsfyldt måde at være sammen med deres demente mor, far eller ægtefælle på. Personalet på plejehjemmene flokkes om at være dem, der skal ledsage de demente til gudstjeneste. Siger de! Og det er fordi, der er så mange stjernestunder – øjeblikke af intensitet, hvor et sted i de dementes sind åbner sig, og vi kan se det menneske, som gemmer sig bag demensens slør.

Løsenet er ro, langsomhed, genkendelighed, nærvær, nærvær, nærvær og så, ikke mindst, erindring, både kroppens og hjernens. Det er de dementes erindring, vi tager udgangspunkt i, og for den nuværende generation af ældre med demens er der masser af erindring at bygge på og finde ind til, når det er gudstjeneste, vi er sammen om. Kirkerummet vækker erindringer i de demente, og de føler sig hjemme i det. De skal bare have hjælp til at komme derhen, og en i hænderne til at hjælpe sig.



Foreningen "Glad motion, Vejen"

Mona Slot (formand for "Glad Motion, Vejen") mona.slot@mail.dk



"Glad motion, Vejen" under DAI (Dansk Arbejder Idræt) har eksisteret siden 2007, med henblik på at optimere indsatsen omkring glæde og motion målrettet borgere med demens.

Glad Motion er et motionstilbud til hjemmeboende borgere, som ikke magter at være i foreningsregi. Det er en frivillig forening i Vejen kommune målrettet mennesker med demenssygdomme. Økonomien klares ved hjælp fra Fonde, legater og § 18 midler.

Foreningen "Glad Motion" har til formål at tilbyde motion og socialt samvær til borgere med demens og deres familier. Her nyder vi livgivende samvær med motion, sang og højt humør. Vi er en flok frivillige med forskellig baggrund med interesse for og viden om, hvordan man samarbejder med målgruppen.

Vi har bl.a. haft inspirationsdage for frivillige med meget dygtige og landskendte undervisere, så vi er fagligt godt rustede til opgaven. Desuden består bestyrelsen for en stor del af tidligere fagpersoner, som kender vigtigheden af dette arbejde, og derfor har et stort ønske om at gøre en forskel for disse hårdt ramte familier.



Vi har oprettet tre små hold rundt om i lokalsamfundet, og vi tilstræber at være én hjælper til hver demensramt, dog afhængig af tyngden i gruppen. Alle har behov for et fællesskab – at høre til. De skal gerne føle sig godt tilpas, så vi forsøger at møde borgeren med demens, der hvor han/ hun er. Vi snakker, lytter, ser på hinanden og viser interesse for, hvad der rører sig. Vi kan ofte se borgerne kvikke op igen, hvis de hænger med hovedet, når vi starter. Når vi synger og bevæger os, begynder de at vugge, smile og synge med.

Vi drikker desuden også altid "social" kaffe. Deltagerne kan pludselig en masse ting, de havde glemt, de kunne. Her kan ingen gøre noget forkert, og de oplever også, at der er brug for dem, de kan glæde og støtte hinanden. Så "Glad Motion" handler ikke kun om at være aktiv, men i høj grad om at give glæde og selvtillid.

Da mennesker, der er ramt af demens, har brug for særlig vejledning og støtte og har derfor stor glæde af aktiviteter, der er tilpasset deres sygdom. Alle får tilbudt at blive hentet i hjemmet og kørt hjem igen, og det er gratis at deltage. Dage ne byder på stoledans og smålege. Vi synger til kendte melodier, træner med forskellige spil, og laver let og sjov gymnastik/ dans og får en tår kaffe mens snakken går.

Programmet er sammensat, så alle kan være med.



Millioner til musikterapi

Velux Fonden har bevilget 7,9 millioner til to forskningsprojekter om kommunikation med svært demensramte mennesker. Professor i musikterapi ved Institut for Kommunikation på Aalborg Universitet, Hanne Mette Ochsner Ridder, har modtaget 5,6 mio. kr. fra Velux Fonden til et projekt. Projektet vil undersøge, hvordan man kommunikerer med mennesker med demens i takt med, at de mister sproget. Og hvordan man kan blive bedre til at skabe gensidig kommunikation med de demensramte.

Sygeplejerske og ph.d. i musikterapi Aase Marie Ottesen har fået en bevilling fra Velux Fonden på 2,3 mio. kr. til en post.doc.-stilling i tilknytning til projektet. Hun vil undersøge rehabiliteringsindsatser, hvor sang og musik bliver brugt som en kommunikativ interventionsform i relation til mennesker med demens. På baggrund af den undersøgelse håber hun at kunne udvikle en manual for, hvordan bl.a. institutioner kan implementere og forankre sang og musik i rehabiliteringsindsatsen over for mennesker med en demenssygdom.

Danmark på film

Det Danske Filminstitut har lanceret streamingsitet "Danmark på film". Her kan man ganske gratis dykke ned i en guldgrube af nydigitaliserede, dokumentariske filmoptagelser fra 1905-1965. (www.danmarkpaafilm.dk)

Med Danmark på film inviterer Filminstitutet til, at brugerne tager del i historiefortællingen. Et interaktivt danmarkskort gør det nemt at finde filmklip fra byer og landsdele. Brugerne kan bidrage med deres egne fortællinger og historiske viden, og i Detektivhjørnet kan man være med til at identificere klip. Desuden kan brugerne lave filmklip og dele dem med andre.

Det er originalt, historisk materiale fra Filmarkivet, som er blevet digitaliseret. De mere end 250 film er rettighedsfri, hvilket betyder, at man må bruge dem frit i ikke-kommercielle sammenhænge og vise dem for større forsamlinger.

DKDK aktivitetskalender

19. december 2015 - 4. januar 2016

Sekretariatet holder julelukket

22. - 23. januar 2016

Bestyrelsesseminar på Vejlefjord Hotel

8. april 2016

Bestyrelsesmøde i sekretariatet i Vanløse

18. april 2016

Møde DKDK's bestyrelse og regionsrepræsentanter - sted udmeldes senere

27. maj 2016

Bestyrelsesmøde i sekretariatet i Vanløse

14. - 16. september 2016

DKDK's Årskursus, Hotel Nyborg Strand

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

Lone Vasegaard
Tlf. 6443 3537
l.vasegaard@hotmail.com

Næstformand

Tina Kjeldsen
Tlf.: 2174 0845
tinakjeldsen@outlook.dk

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

Sekretariat

Faglig sekretær
Marianne Lundsgaard
ml@demens-dk.dk

Ansvarshavende redaktør

Kirsten Ryssing

Redaktion

Marianne Lundsgaard
Lise Sørensen

Næste nummer udkommer:
Marts 2016

