

DemensKoordinatorer i Danmark



Fælles ansvar ud fra specifikke mål



I år er det **20 år siden**, at DKDK holdt stiftende generalforsamling. Vi har også afholdt Årskursus 20 gange; det netop overståede med det hidtil største deltagerantal. Endnu en gang er det fantastisk at møde og være i kontakt med så mange engagerede ildsjæle.

På den kommunalpolitiske dagsorden

Vi er gået ind i et nyt foreningsår, og kommunalvalget nærmer sig. Det giver os mulighed for at sætte demens på den kommunalpolitiske dagsorden. Vi kan f.eks. gøre de opstillede kandidater opmærksom på de netop udgivne Nationale kliniske retningslinjer for udredning og behandling af demens og på Hjemmehjælpskommissionens rapport.

Socialstyrelsens projektprogram

Bestyrelsen har fokus på Socialstyrelsens projektprogram for livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem, hvor der med udgangspunkt i Ældrekommissionens rapport fra 2012 er afsat 30 millioner kroner til fem konkrete områder. De fem områder er: **Medarbejderes fokus** på beboernes livskvalitet, **styrkelse af mellemlidernes** ledelseskompetencer, **styrket inddragelse af frivillige** på kommunens plejehjem, **den palliative pleje**

på plejehjem, samt **kontinenspleje**. DKDK er repræsenteret i projektets følgegruppe, og lokale demenskoordinatorer vil med stor sandsynlighed indgå i flere af projekterne.

Fokus på mål og fælles faglighed

Med det netop afholdte årskursus in mente, skal vi også huske, at DKDK er en interesseorganisation for fagpersoner på demensområdet med ansvar for de politisk bestemte målbeskrivelser, som skal udvikle og sikre kvalitet i vores arbejde. Sundhedschef Tina Jørgensen, Stege Kommune, pointerede i sit oplæg på årskurset netop, at vi skal kunne sætte mål, som virker. Hun omtalte bla. SMART-modellen, som beskriver, at mål skal være **specifikke, målbare, ambitiøse, realistiske, relevante og tidsbestemte**. Hun opfordrede os til at formulere klare mål fremfor løse hensigtserklæringer. En opfordring, som der er værd at følge op og bruge tid på.

Generalforsamling og nye emner

På den årlige generalforsamling var der en god dynamik, og vi drøftede, hvilke demens-temaer bestyrelsen skal behandle det kommende år. Foruden Socialstyrelsens projektprogram, kom mener som digitalisering, teknologi, rehabilitering og hverdagsrehabilitering i plejeboliger op. Deltagerne opfordrede desu-

den bestyrelsen til dialog med de faglige organisationer, som repræsenterer vores medlemmer, så der kommer højere grad af samarbejde og fælles fodslag mellem de forskellige faggrupper. Vi ser i bestyrelsen frem til at fordybe os i de nævnte områder.

Hyldest til os alle

I forbindelse med den internationale Alzheimerdag uddelte Alzheimer-forskningsfonden priser til to prismodtagere. Som den ene prismodtager er jeg stolt af at kunne sige, at prisen bl.a. blev givet for mit arbejde som formand for DKDK. Den er en hyldest, som jeg deler med alle demenskoordinatorer i Danmark og som endnu engang viser den respekt, demenskoordinatorers arbejde nyder i Danmark.

Med tak for et godt Årskursus ønsker jeg god læsning af dette nyhedsbrev, som rummer referater fra de mange oplæg og seminarer.

Ane Eckermann, Formand DKDK

INDHOLD:

- S. 1: Leder
- S. 2: Konferencerapport
- S. 36: Årets Demenskoordinator
- S. 37: GF referat

Hovedoplæg: Fremtidens sociale sektor: Viden om indsatser, målgruppe og effekter

"Evidence: The available body of facts or information indicating whether a belief or proposition is true or valid."

Kilde: Oxford Dictionaries

Socialstyrelsen har i disse år styrket fokus på at implementere effektive indsatser så tidligt som muligt i forhold til de enkelte borgeres særlige behov. Dette gælder også for personer med demens, og derfor er det vigtigt at kende til, og bruge de bedste metoder, når man skal sikre en effektiv socialfaglig indsats.

Steffen Bohni Nielsen, chef for Voksenenheden, Socialstyrelsen.

Vi skal vide, hvad der virker

Oplægsholder lægger ud med at sige, at Socialstyrelsen skal udbrede viden, men det er hos demenskoordinatorerne, at det store slag står. De seneste ti år har det være en del debat om evidens og om, hvad er gyldig viden, og hvad kan vi stole på? Det, vi har brug for at vide, er, hvad der virker. For hvis det virker, så handler det bare om at udbrede det.

Centrale spørgsmål

Vi har en offentlig sektor under pres, og der kommer mange flere ældre. Derfor skal vi finde ud af, hvad vi så har brug for at vide.

Vi skal stille **tre centrale** spørgsmål:

- 1: Virker det? Hvis ikke, så kan man jo ligeså godt lade være.
- 2: Hvad koster det?
- 3: Hvordan implementeres det?

Vi skal kunne sige noget om, hvad der fremmer og hæmmer implementeringen. Disse spørgsmål skal være centrale for det, vi laver. Det er ikke nok at have evidens for, at det virker.

Kollektivt hukommelsestab

Det er i fælge Steffen Bohni Nielsen som om, at vi lider af kollektivt hukommelsestab. Vi glemmer, hvad der virkede for fem år siden, og vi genopfinder den dybe tallerken. Det er ressourcspild, og derfor skal der være opmærksomhed på tidligere viden. Og på, at det, der ikke virkede for ti år siden, måske virker i dag.

Fem typer evidens

For at kunne besvare de centrale spørgsmål, skal der være fem typer evidens.

1. Viden om målgruppen. Hvordan kan vi opsamle den viden og investere i den?
2. Viden om effekter. Hvilke typer effekter er værd at gå efter? På kort sigt, mellemlang og lang sigt.
3. Viden om metode. Hvad består en metode af, hvem skal implementere den? Hvilke kompetencer skal de have?
4. Viden om implementeringsbetingelserne. Der er forskelle på kommunerne, - størrelsen og ledelsen. Så hvad kan vi sige skarpt om de ting, som skal være på plads.
5. Viden om økonomi. Hvad koster det?

Systematisk vidensakkumulering

Socialministeriet bruger i omegnen af 200 mio. kr. årligt på vidensproduktion (inkl. finansiering af SFI), og for at opnå tilstrækkelig vidensakkumulering, er der behov for at løfte sektoren.

Om Årskursus 2013

- **"Tidlig indsats, magtetik og evidens"**.

DemensKoordinatorer i Danmark (DKDK) afholdt d. 18.-20. september 2013 for 20. år i træk Årskursus for demenskoordinatorer.

Årskursus 2013 satte fokus på betydningen af en god og hurtig opfølgning på en demensdiagnose og på forskellige skjulte faktorer, der påvirker praksis og kommunikation hos fagpersonerne på området.

Socialstyrelsen og DKDK stod i fællesskab for årskursets første dag, hvor tilhørerne blandt andet fik de nyeste resultater fra "Rådgivningsmodellen – en succeshistorie om tidlig indsats på demensområdet".

På Årskurset øvrige hovedoplæg og seminarer fik deltagerne desuden øget viden og input til refleksion om mønstre, der påvirker arbejdet som demenskoordinator.

På Socialstyrelsens hjemmeside kan du læse mere om DAISY-projektet, som ligger til grund for Rådgivningsmodellen, ligesom du kan se oplæg fra den første dag af Årskursus 2013.

Læs mere her.

For at kunne rumme mangfoldigheden i befolkningen, bliver vi nødt til at tage nogle sociale begreber i brug og dele borgerne op efter aldersintervaller og efter typer problemer og funktionsnedsættelse. Det kan være udfordringer som de-

mens, hjemløshed, psykisk sårbarhed og meget andet. Det er også en måde at samle viden på. Når det drejer sig om demens, kan vi spørge, hvad vi for eksempel ved om demente under 65 år. Ved vi noget andet end det, vi ved om dem over 65 år? Det er vigtigt, at vi får viden opsamlet og formidlet til medarbejderne på området.

Nogle gange findes der meget forskning på et felt, andre findes der næsten ikke noget. Styrelsen går ikke ind i forskningen og kigger på, om der har været en kontrolgruppe. Vi vurderer, hvor solidt fundament metoden står på. Vi siger: "Der er de her risici. Det er dem her, I skal kende", og det skal give medarbejderne ude i kommunerne et bedre besluningsgrundlag.

Aktuelt Bedste Viden (ABV) notater

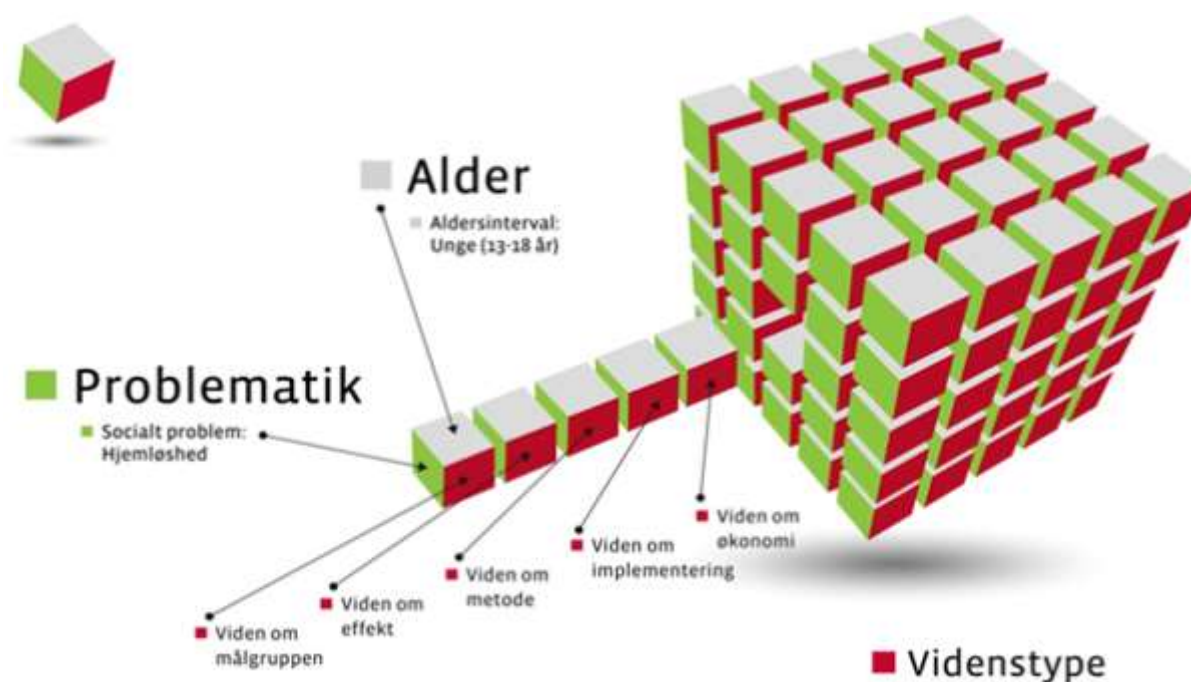
Vi har en god formodning om, at mange i kommunerne ikke læser en rapport på 200 sider på engelsk – det har de færreste tid til.

Derfor laver Socialstyrelsen notater om målgrupper i socialt arbejde, nemlig **Aktuelt Bedste Viden (ABV)notaterne**. Notaternes målgruppe er mellemledere og fagkoordinatorer i kommunerne, der er på 20-25 sider og er skrevet i et tilgængeligt sprog. Med andre ord noget, som man kan altså læse i bussen mellem Svendborg og Odense eller i toget mellem Køge og hovedbanegården.

Steffen Bohni slutter af med at sige, at tilhørerne fremover vil se en socialstyrelse, som i højere grad vil gå ind i langt og kigge på disse spørgsmål.

Aktuelt Bedste Viden (ABV) notaterne skal give:

- Viden om målgruppen
- Viden om indsatser
- Viden om effekter
- Viden om implementering
- Viden om økonomi



På figuren herover kan du se de forskellige parametre, som kommer i spil ved vidensindsamling. Med omkring 150 terninger er det et langsigtet projekt.

Hovedoplæg: Sundhedsøkonomi i tidlig støtte ved demens

Er det overhovedet en god idé med tidlig indsats, når man tager de sundhedsøkonomiske briller på?



Jan Sørensen, professor og sundhedsøkonom ved CAST, Syddansk Universitet.

Det nødvendige økonomiske blik

Jan Sørensen stiller spørgsmålet, om det kan betale sig med tidlig indsats i forhold til demens, når man ser det i et sundhedsøkonomisk perspektiv. I en tid med ressourcebegrænsninger på ældreområdet og en demografisk udfordring i forhold til befolkningens alder, er der et øget behov for at diskutere, om den måde, vi bruger ressourcerne nu, er den rigtige. Politikerne kan ændre ressourcebegrænsningerne, men det er nok ikke aktuelt i den nuværende situation. Det er en god motivation for at arbejde med sundhedsøkonomiske beregninger, som beslutningstagere kan bruge til at

underbygge planlægning af tiltag på demensområdet.

Mest for pengene med DAISY?

DAISY - Dansk Alzheimer Interventionsstudie – ligger til grund for Jan Sørensens analyse. Han fremlægger de sundhedsøkonomiske resultater, som han fandt i DAISY – samt outcome af intervention til den gruppe borgere.

Sundhedsøkonomiske analyser gør det muligt at sammenligne værdien af forskellige indsatser. Det er relevant at analysere både omkostninger og effekter, og derfor skal man vide noget om forholdet mellem omkostninger og effekter. Med andre ord: Hvor får vi mest værdi for pengene? Konkret forsøger sundhedsøkonomiske analyser at besvare relevante spørgsmål om, hvorvidt der skal afsættes ressourcer til at udvikle og indføre en tidlig indsats lokalt i kommunen, hvilken kapacitet der er nødvendig, samt hvilke effekter vi kan forvente af indsatsen.

Hvilke – og hvis - værdier taler vi om

Værdibegrebet er en kompleks størrelse, men ikke desto mindre afgørende at afdække. Det er en central udfordring at se på værdien og omkostningerne ved tidlig støtte ved demens. Og det er afgørende at gøre sig klart, hvad vi mener, når vi taler om værdi – og for hvem. Ved analyser er det vigtigt at være præcise omkring, hvis værdier det er, vi prøver at sige noget om. Analyserne skal også gerne sige noget om konsekvenserne for det brede samfund. En anden central udfordring er at finde ud af, hvilke konkrete tiltag, der giver værdi. Er det information og viden, tryk og bevidsthed om professionel indsats, uafhængig livsfunktion eller noget helt andet?

Resultat af omkostningseffektivitetsanalysen:

Fra et samfundsmæssigt synspunkt er DAISY intervention 3400€ dyrere end kontrolinterventionen.

DAISY interventionen giver ikke mere QALY (kvalitetsjusterede leveår) værdi end kontrolinterventionen.

Fra et samfundsøkonomisk synspunkt er DAISY interventionen derfor ikke omkostningseffektiv i forhold til kontrolinterventionen.

Den statistiske usikkerhed kan illustreres ved sandsynligheden for, at DAISY interventionen er omkostningseffektiv ved forskellige grænseværdier for QALYs.

Det formelle og det uformelle sundhedsvæsen

Når vi analyserer ressourceforbrug og omkostninger ved tidlig indsats, må vi se på flere typer omkostninger. Der er det **formelle sundhedsvæsen** – personale, evt. sengepladser etc – og der er det **uformelle sundhedsvæsen** i form af pårørende. De pårørendes arbejdskraft etc. er også en brugt ressource – målt i både tid og penge.

Omkostningstyper

Der er flere typer omkostninger. Interventionsomkostningerne er det væsentlige, men der er også de afledte omkostninger i form af pleje. –Bedre helbred= mindre hjælp.

I en samfundsøkonomisk analyse er borgernes tidsforbrug ligeså vigtigt som de professionelle

tidsforbrug.

Konklusion på DAISY

Den samlede konklusion af den sundhedsøkonomiske analyse af DAISY viser, at DAISY er dyrere end kontrolgruppen og heller ikke giver flere leveår. Der er en risiko for, at vi i dette studie undervurderer effekten, man skal udnytte ressourcerne til dem, der har størst værdi af indsatsen, og tilbyde de andre noget andet. Der var færre formelle udgifter i DAISY gruppen, men flere omkostninger for de pårørende. DAISY er altså ca. 25.000 kroner dyrere end for kontrolgruppen.

Hvis man kun har fokus på det offentlige ressourceforbrug, er der en besparelse med projektet. Resultaterne viser nemlig, at kommunerne sparer penge i forhold til deres udgifter. Altså sparer de flere penge, end de smider efter projektet. Til gengæld bruger de pårørende flere penge.

Man kan altså sige, at man har flyttet omkostninger fra kommune til de private personer. Der er ikke skelnet mellem, om det er noget, man gør af lyst eller forpligtelse. Det er ikke omkostningseffektivt. Der er andre steder, hvor man får sundhedsgevinst for en relativt lavere pris.

Om sundhedsøkonomiske analyser:

- Søger at klarlægge "værdien" af forskellige indsatser.
- Spørger, hvad det koster og hvilken effekt, vi får ud af det.
- Med oplysninger om forholdet mellem omkostninger og effekt kan vi rangordne forskellige indsatser i forhold til effektivitet (mest "værdi for pengene").
- Hvis vi gør mindre af de indsatser, der har lav "værdi for pengene" kan vi frigøre nogle ressourcer, som vi efterfølgende kan bruge til indsatser, som har højere "værdi for pengene".
- · Herved kan vi øge "værdien" (effektiviteten) af indsatsen uden tilførsel af flere ressourcer.

Vil du vide mere?

Se Jan Sørensens oplæg fra DKDK Årskursus på Socialstyrelsens hjemmeside.

Kontakt Jan Sørensen:

jas@cast.sdu.dk

Hovedoplæg: Hvorfor tidlig indsats?

Hvorfor er en tidlig indsats vigtig, og hvad viser forskningen i Danmark med resultater fra DAISY-undersøgelsen.



Gunhild Waldemar, Professor dr.med., leder af Nationalt Videnscenter for Demens.

Gunhild Waldemar er en af grundlæggerne af DAISY-projektet (Danish Alzheimer Intervention StudY), som blev påbegyndt for ca. ti år siden.

Man ville gerne udbrede erfaringerne internationalt, og derfor har man lavet det på engelsk.

Når man lever med en demenssygdom, er det en stor del af tiden med

med forringet livskvalitet, og de fleste dør på plejehjem. Det er en både meget alvorlig og meget udbredt sygdom, som man godt kan anskue som en kronisk sygdom. Man bliver ikke rask, og der findes ingen rigtig effektiv behandling.

De pårørendes sygdom

Mange kalder demens for 'de pårørendes sygdom', da sygdommen også gør de pårørende syge. De har en markant øget stressforekomst og øget risiko for depression. De pårørende til en dement er nødt til selv at blive eksperter. Problemet er blot, at nogle ikke har nogen pårørende."

Mestring

Tidlig indsats er vigtig, fordi det kan hjælpe patienten til bedre at kunne mestre sin egen sygdom. Det kan også hjælpe pårørende til bedre at kunne mestre situationen, og det kan forebygge det sociale sammenbrud, den sociale isolation. Mange af de eksisterende tilbud rettede sig mest til folk, der var langt i deres demenssygdom, og derfor søsatte man DAISY.

Formålet med DAISY er at undersøge mulighederne for at forbedre støtten til patienter med nydiagnosi

ceret demenssygdom i tidlig fase og deres pårørende.

Om DAISY-projektet

330 demente + pårørende deltog. Der var flere projekter inden for det samme store projekt. Interventionsprojektet er det, vi skal høre mest om. Modellen var inddelt i en række forskellige tiltag. Et af dem var kurser, som strakte sig over fem gange. Separat for dem med demens og de pårørende. Dog nogenlunde samme emner. Kurserne blev gennemført af lokale undervisere. Man målte effekten på tre måder: Evaluering blandt deltagere (tilfredshed og udbytte).

"Det er ikke hvem som helst, der kan påtage sig rollen med at undervise og rådgive. Man skal huske, at der kan være nogle af de her mennesker, der er ude i en krise, hvor en henvisning til psykolog er mest relevant."

Kvalitativ undersøgelse: Interview af 11 par som deltog. Kvantitative effektmål: "Det randomiserede forsøg".

Inklusionskriterier

Alle skulle have været på demens

klínik og fået stillet diagnose. De synes, at det ville være uetisk at få folk igennem, som ikke havde demens. Det ville være for hårdt for dem.

Diagnosen skulle være stillet for nylig. Samtidig vigtigt med nærtstående pårørende, der var villig til at deltage. Det er atypisk at kunne opfylde alle de kriterier, og derfor er det ikke den gennemsnitlige demensborger, der vises i undersøgelsen. Kun den ene gruppe fik intervention, men begge grupper fik opfølgningen.

"Vi ville gerne have vist, at dem, som har fået den her intervention, de mange kurser og samtaler, havde fået det super meget bedre. Men der må jeg skuffe jer. De havde fået det en smule bedre."

Gunhild Waldemar

Over 100 personer er faldet fra ved slutningen af projektet. Frafaldet skyldes, at nogle dør, og nogle har ikke lyst til at være med mere. Eller hvis pårørende bliver syge. Der var

flere, der faldt fra i den gruppe, hvor de fik interventionen.

De var meget ambitiøse i projektet. Det gør også, at de har en masse data i dag om kognitive funktioner, livskvalitet og depressive symptomer. De valgte vi starten, at det var det vigtigste at måle på. Det gjorde sig også gældende for pårørendes livskvalitet og depressive symptomer. 33% af de pårørende var mænd.

Grupperne var ens på de fleste punkter. Dem, der stod for at skulle have intervention, havde en lavere livskvalitet end den anden gruppe. Om det

"Som jeg ser det, så har kommunerne en vigtig rolle i forhold til at opspore disse mennesker tidligt."

Gunhild Waldemar

betyder noget eller ej, det ved man selvfølgelig ikke. Men det fortæller, at grupperne ikke var helt ens fra starten.

Angående de pårørende, så var der ikke rigtig nogen forskel. De pårørende havde dog i forvejen en ret høj livskvalitet og de havde ikke nogle depressive symptomer. "De havde det faktisk ret godt. Og det er svært at ændre noget for nogen, der i forvejen har det godt."

Livskvaliteten blev ifølge den pårørende bedre for den demente i interventionsgruppen.

Årsag til frafald

Gruppen, som modtog intervention var en lille smule mere dårlige fra starten, og de oplevede det som besværligt ved at komme frem og tilbage. Det har uden tvivl været en belastning at være med i dette rigtig lange program.

Mennesker så tidligt i forløbet har ikke så mange depressive symptomer. Det er selvfølgelig en af udfordringerne ved, at man kigger på netop det.

Konklusioner

Det er værdifuldt med tidlig intervention. Der er færre depressive symptomer og bedre livskvalitet. I DAISY-gruppens evaluering er der generelt meget stor tilfredshed over hele linjen.

Kontakt oplægsholder:
gunhild.waldemar.01@regionh.dk

Anbefalinger til implementering

- Indsatsen skal knyttes til udredningen. Målgruppen skal udvælges ganske nøje. Det meget omfangsrige program er ikke for alle. Det skal være til demsramte og pårørende, der selv søger hjælp. (Eller hvis de bliver udpeget).
- Dem, der falder uden for gruppen, kunne få et andet og mere skræddersyet tilbud - sådan et tilbud skal være fleksibelt. Så nogen kan få et tilbud med dele fra DAISY-pakken.
- Hvis man skal bevare en effekt, så skal man vedligeholde det på en eller anden måde. Det er vigtigt, at det spiller sammen med andre sociale indsatser.

Hovedoplæg: Rådgivningsmodellen: Værdier i hverdagen – udsagn fra tidligt diagnosticerede borgere med demens og deres pårørende.



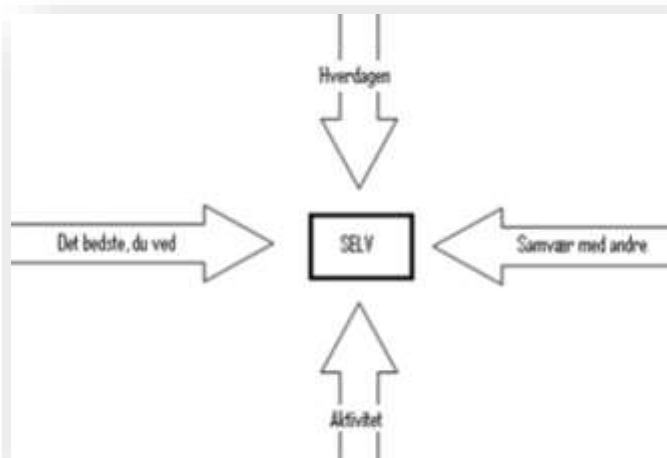
"Hvor er det fantastisk at kunne sidde og snakke, uden at min mand er her. Ikke fordi han ikke må vide det, men fordi jeg simpelthen er så bange for at såre ham."

Citat: Kvinde med demens til rådgivningsmøde

Ane Eckermann, MED, kursusleder, Nationalt Videnscenter for Demens, og **Knud D. Andersen**, cand.scient.pol, projektleder, Voksenenheden i Socialstyrelsen.

På baggrund af projektet DAISY er der blevet udviklet en rådgivningsmodel, der tager afsæt i de værdier, som er vigtige for borgerne og de pårørende allerede fra den tidlige fase i et demensforløb. Alle data fra undersøgelsen er endnu ikke færdigbehandlet, men deltagernes vurdering af metoden er overvejende positiv.

Hvad er det bedste, du ved?



Rådgivningsmodellen er baseret på rådgivende samtaler, der tager udgangspunkt i nedenstående værdiskema. På Socialstyrelsens hjemmeside kan man læse mere præcist om, hvordan man bruger dette skema. Kort fortalt handler det om, at få den demensramte og pårørende til at tale om, hvad der er vigtigt for dem. Modellen er generelt meget fleksibel og de rådgivende samtaler er individuelt tilpasset. Det handler for rådgiveren om at skabe en god dialog, så der opstår en

tillidsfuld relation mellem rådgiveren og den demente.

I undersøgelsen deltog i alt 330 patienter og 330 pårørende og ud af disse deltog 165 fra hver gruppe i interventionen.

Den demente og den pårørende snakker med rådgiveren hver for sig, hvilket for begge parter giver rum til at få sagt nogle ting, som de ellers ikke ville få sagt. En demenssyg udtalte efter den rådgivende samtale: "Hvor er det fantastisk at kunne sidde og snakke uden at min pårørende er her. Ikke fordi den pårørende ikke må vide det, men fordi jeg simpelthen er så bange for at såre min pårørende."

Lad den demente få ordet

På baggrund af det udfyldte værdiskema blev der gennem et interview lavet en handlingsplan for den demente. Det er en vigtig pointe, at den demente fik ordet, og at det er den dementes historie, der er udgangspunktet for handlingsplanen.



Hvornår føler den demente, at personen er til nytte? Hvornår er det meningsfyldt? Som rådgiver er det vigtigt, at man blot skriver ned og lytter, og ikke samtidig tolker på, hvad den demente siger.

En succes

Efter samtalerne blev deltagerne og de pårørende bedt om at vurdere, hvor udbytterigt de synes samtalerne havde været: 86 pct. af de demente og 92 pct. af de pårørende vurderede udbyttet af samtalerne til god eller særdeles god. Én pårørende mente endda, at sådan et skema burde man udfylde en gang om året. Ligesom bilen skal til service, så burde man lave service på sig selv. Rådgivningsmodellen er altså ud fra deltagernes vurdering at godt redskab til at få åbnet op for nogle svære samtaler og til at få reflekteret over nogle ting, man ellers ikke ville tage fat i.

Valuta for pengene

Efter Ane Eckermanns gennemgang af projektet, kom Knud D. Andersen på banen. Han drejede fokus over på, hvor mange ressourcer det kræver at benytte Rådgivningsmodellen, da det jo selvfølgelig er vigtigt at vide, hvad ting koster, før man begynder at tage en masse nye initiativer.

Lyngby-Taarbæk kommune har taget modellen til sig, fordi der var en pengepulje, men også fordi der var et behov. Det er dog ikke altid, at der skal ekstra penge til. Rådgivningsmodellen er ikke langt fra de rådgivningssamtaler, man mange steder allerede arbejder med. Det er ikke altid en merudgift der lægges ovenpå. Ved at benytte sig af Rådgivningsmodellen gør man i mange tilfælde blot målet for samtalen mere tydelig.

Vil du vide mere om Rådgivningsmodellen?
[Se Socialstyrelsens sektion om demens.](#)

Kontakt oplægsholderne:
Ane.Eckermann@regionh.dk
kda@socialstyrelsen.dk



Seminar 2: Sociale relationer – hvad lærte man om borgernes behov



Har Daisy-interventionen overhovedet en effekt i forhold til borgernes liv? og i så fald, hvad kan vi bruge den erfaring til?

Lisbeth Villemoes Sørensen, Specialergoterapeut, Klinik for Ergo- og Fysioterapi, Rigshospitalet.

Lisbeth Villemoes Sørensen præsenterede i sit seminar en kvalitativ undersøgelse af 10 ægtepars sociale liv før og efter DAISY-interventionen. Hun kom både ind på, hvorfor det er interessant at undersøge borgernes sociale relationer, hvordan gør man det bedst, og hvad kan man bruge resultaterne fra undersøgelsen til.

Er det ikke helbredet, vi skal undersøge?
Fokus på syge borgers sociale liv handler ikke

kun om deres følelsesliv, men i høj grad også om deres fysiske helbred. Forskningsresultater fra flere store befolkningsundersøgelser viser, at menneskers sociale liv og fysiske helbred er tæt forbundet i et dynamisk samspil. Personer, der har dårligt helbred, har ofte et svagt socialt netværk, og omvendt har personer med et godt helbred som hovedregel et godt socialt netværk. Yderligere er der forskning, der viser, at et godt socialt netværk muligvis medvirker til at begrænse de kognitive tab, som patologien kan medføre. Det er dog uklart, hvordan en persons sociale liv og fysiske helbred er påvirket af hinanden, og hvilke elementer der er centrale i sammenspillet mellem de to.

Hvad udgør et socialt liv?

Det blev understreget i seminaret, at der ikke er enighed i forskningsverdenen om, hvordan *det sociale liv* bedst kan defineres. I DAISY-projektet har man haft fokus på at undersøge deltagerens *sociale deltagelse*. Social deltagelse skal forstås som uformelt socialt samvær, f.eks. besøg af venner og familie i eget hjem, besøg i venner og families hjem og deltagelse i fritidsaktiviteter.

Lav social deltagelse

Resultatet af undersøgelse er, at mere end halvdelen af deltagerne med demens har lav social deltagelse, og at de der havde vanskeligheder med ADL funktioner har tre gange forøget risiko

for lav social deltagelse. Det samme gjorde sig gældende for personer med adfærdsforstyrrelser. En af forklaringerne på den lave sociale deltagelse hos de demenssyge kan være, at de personer der deltog i undersøgelsen er bevidste om deres tab af kognitive evner, at de derfor oplever et tab af værdighed og værdi. Denne viden kan føre til, at de føler sig utilstrækkelige i sociale sammenhænge, og derfor ofte trækker sig fra dem.

Stor glæde ved samvær med ligesindede

Før interventionen var deltagerne med demens modvillige mod at møde andre personer med samme diagnose som dem. Det var påfaldende, at alle deltagerne efter DAISY-kurserne var meget begejstrede for at være sammen med andre i samme situation, og at de efter de fem kursus-gange ønskede at fortsætte i gruppen. På baggrund af denne erfaring kan man udlede, at det kræver professionel intervention at støtte personer med demens til skabe nye sociale relationer.

Ikke en nem opgave

Det er dog ikke en nem opgave at udføre som fagperson. Man skal gøre sig klart, at den professionelle intervention er meget krævende og stiller særlige og omfattende krav om at kunne rumme et stort spekter af demente personers reaktioner og at kunne holde en balancere mellem at udfordre og støtte hver enkelt.

Hvad skal vi gøre med vores viden?

Seminaret blev afsluttet af det centrale og brændende spørgsmål om, hvordan forskningsresultaterne kan komme ud til de kommunale ledere og politikere, så de kan se problematikkerne og forhåbentlig implementer

er DAISY-modellen.

Svaret er, at den enkelte professionelle skal arbejde på at udbrede den viden de har fået med sig fra eksempelvis denne workshop og fra anden undervisning om forskningsresultater og fra deres egen erfaring. Det er vigtigt, at enhver professionel sørger for at give sin viden videre i systemet, og således klæde beslutningstagere og ledere på til åbne for implementering af effektive tiltag.

Kontakt oplægsholder:
lisbeth.villemoes@mail.dk



Kort om undersøgelsen - '10 ægtepars sociale liv før og efter DAISY-interventionen'

- Menneskers sociale liv og fysiske helbred er tæt forbundet i et dynamisk samspil.
- Fokus på at undersøge deltagernes *sociale deltagelse*, forstået som uformelt socialt samvær.
- Over 50% af deltagerne med demens har lav social deltagelse. Måske på grund af en følelse af tab af værdighed og værdi.
- Alle deltagerne efter DAISY-kurserne var meget begejstrede for at være sammen med andre i samme situation.
- Man kan udlede, at det kræver professionel intervention at støtte personer med demens til skabe nye sociale relationer.
- Den professionelle intervention stiller særlige og omfattende krav om at kunne rumme et stort spekter af demente personers reaktioner og at kunne holde en balance mellem at udfordre og støtte hver enkelt.
- Enhver professionel skal give sin viden videre og klæde beslutningstagere og ledere på til åbne for implementering af effektive tiltag.

Seminar 3: Teoretisk baggrund for rådgivningsmodellen med resultater fra interventionssamtalerne i DAISY

Rådgivning og støtte tidligt i et sygdomsforløb skal ikke forbeholdes den dementes pårørende.

Ane Eckermann, projektleder, Nationalt Videnscenter for Demens (NVD)

I forbindelse med projektet DAISY har der fra starten været et ønske om, at der skal være tilbud til den demente på lige fod med de pårørende. På trods af, at meget forskning omkring rådgivning og støtte tidligt i sygdomsforløbet hovedsageligt er målrettet den demenssyges pårørende, går man med DAISY en anden vej.

Konstruktivistisk vejledning

Som det teoretiske fundament for projektet, valgte man at benytte Vance Peavys metode, der kaldes *konstruktivistisk vejledning*. Den beskriver, hvorledes en rådgiver/vejleder skal hjælpe borgeren til at opbygge en konstruktion, en forståelse af personens egen situation, som kan bringe borgeren videre.

Den terapeutiske samtale

Den terapeutiske samtale bygger på anerkende dialog, der tager udgangspunkt i nuet. Der lægges særligt fokus på det, der virker og skaber succeser i personens hverdag. Det er dog væsentligt at stille realistiske mål så at der både tages hensyn til den dementes behov for hjælp og

samtidig vist respekt for vedkommendes autonomi.

Ane Eckermann viste et filmklip, hvor Vance Peavy vejleder en kvinde ud fra hendes ønske om, at hun kunne integrere sig effektivt i et nyt samfund. I filmen ses hvorledes der optegnes hovedtemaer, hvor kvinden undervejs bliver bevidst om diverse sammenhænge i konstruktio-

Rådgivningsmodellen i DAISY består af:

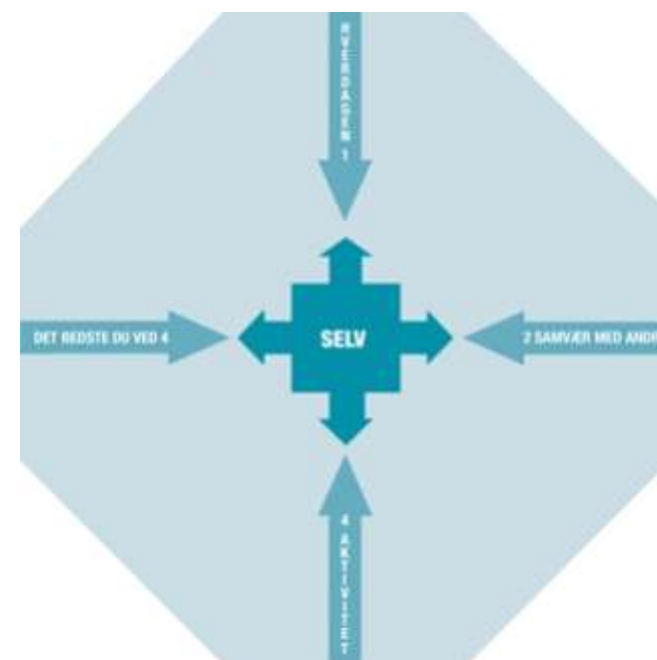
- Rådgivende samtaler
- Telefonrådgivning
- Kurser

nen, der markeres som pile.

I DAISY blev der i de rådgivende samtaler benyttet et værdiskema, som den demente og de pårørende udfyldte hver for sig.

Rådgivers opgave var ved interview at få den demente til at beskrive fire elementer:

- Hverdagens gøremål
- Samvær med andre
- Aktiviteter af betydning
- Det bedste du ved



Erfaringer fra projektet

De adspurgte dementes reaktion på DAISY var overvejende positive. Værdiskemaet var en ramme, som den demente godt kunne forholde sig til, og mange følte det rart at blive spurgt til fire temaer, som de ikke tidligere havde taget stilling til. Svarene fra interviewene i forbindelse med værdiskemaet blev brugt til at udarbejde en handleplan for de givne ønsker for fremtiden.

Tilbud om samtale med netværket

Der blev udover flere rådgivende samtaler med den demente og den pårørende også givet tilbud om en samtale med den dementes netværk. Der var tilbud om otte telefonopkald fra rådgiver til den demente eller den pårørende. De, som ønskede telefonrådgivning, var især glade for ikke selv at skulle henvende sig, men i stedet at blive ringet op.

Rum med ligestillede

Sidst kan nævnes, at de demente satte pris for at få et rum med ligestillede og at kunne tale frit uden deres pårørende.

Projektlederens erfaringer med modellen

Projektlederne beskrev nogle af deres erfaringer med modellen og fortalte små historier om deltagerens oplevelser. De beskrev, at de stadig bruger en stor del af materialet fra rådgivningsmodellen.

Manglende sygdomserkendelse

Spørgsmålet om, hvorvidt manglende sygdomserkendelse har indvirkning på den måde, man som vejledere skal møde borgeren på, blev vendt i plenum. Manglende sygdomserkendelse er et velkendt fænomen, som også i DAISY kan

være yderst udfordrende. Nogle af kommentarerne på dette spørgsmål var, at man under alle omstændigheder må forholde sig til den enkelte og deres opfattelse, og at mødet med borgeren afhænger af kemi og af vejlederens menneskesyn.

Ane Eckermann viste på seminaret diverse skemaer og publikationer fra Socialstyrelsens hjemmeside, som kan downloades og benyttes frit.

Se mere her: <http://www.socialstyrelsen.dk/aeldre/demens/radgivning-og-stotte/daisy/publikationer>

Kontakt oplægsholder:
ane.eckermann@regionh.dk

Seminar 4: Ny hjemmeside om socialfaglige indsatser og metoder på demensområdet



*"Hjemmesiden er et redskab fra jer til jer.
Så brug den."*

www.socialstyrelsen.dk/demens er vidensbank fra demenskoordinator til demenskoordinator, hvor al viden omkring demens er blevet samlet ét sted.

Iben Stephensen, programleder for Nationale Handlingsplan for demens.

Den nylancerede hjemmeside fra Socialstyrelsen er lanceret med fire temaer:

1. Reminiscens
2. Musik for målgrupper med særlige behov
3. Yngre med demens
4. udviklingshæmmede.

I løbet af det kommende år bliver hjemmesiden udvidet med flere temaer såsom etniske minori-

teter. Under seminaret var der oplæg af seks fagpersoner inden for de forskellige temaer for at præsentere noget af det indhold, der findes på den nye hjemmeside.

En musikterapeuts erfaringer

Chris Lykkegaard er musikterapeut i Demenscentrum Aarhus og står for DanseCaféen, der er en musikalsk ramme for træning af fysiske, kognitive og sociale funktioner. I Demenscentrum Aarhus er der et tæt tværfagligt arbejde mellem terapeuter og plejepersonale omkring beboere, der ikke kan rummes andre steder. Det er tale om personer, der er så langt i deres demens, at de er svære at rumme i et almindeligt plejehjem. For at beskrive, hvordan musikterapi kan have en gavnlig effekt hos de demente, præsenterede Chris Lykkegaard tre case-historier:

Den første historie er om Ellen, der tidligere har spillet klaver. Chris Lykkegaard bruger klavermusik til vække Ellen, og ved at bruge rytme kan hun langsomt åbne Ellens arme og måske få en lille dans med hende ved at svinge hænderne frem og tilbage.

Den anden historie er om Ingrid. Hun er en lille spinkel dame, der har haft et armbrud, men hun vil ikke samarbejde om at genoptræne sin arm, da det gør ondt. Når musikken spiller, glemmer hun alt om sin modvilje og træner armen helt af

sig selv ved at danse med armene ud til siden.

Den sidste historie er om Jens på 69 år, der lider af Alzheimers demens og har apraksi. Tingene skal derfor forenkles til ham, og f.eks. må



der ikke være for mange ting på bordet, når han skal spise, da han så ikke kan finde ud af, hvad han skal bruge til at spise med. Hans sprog er forstyrret, og det gør Jens frustreret. Når der er musikterapi, får Jens en afrikansk tromme. Han har aldrig spillet på tromme før, men ham, der ikke kan holde på kniv og gaffel, spiller på flere niveauer og synger. Han synger anden stemme på et volapyk sprog, og det lyder fedt. På det tidspunkt, føler han sig hel, og det løfter humøret hos de andre deltagere.

Astrid Jakobsen er musikterapeut i Vejle kommune og arbejder ligeledes med demente, der har det svært. Hun beskrev hvordan musik kan bruges til at kommunikere med denne gruppe, da

rytme og lyde bliver afkodet tæt på vores krybdyrhjerne, som er det første og nok også sidste system, vi bruger. Musik og sang kan snige sig forbi skadede områder i hjernen, da musik stimulerer et helt andet hjernecenter end det vi bruger til sproglig kommunikation. Der er eksempelvis borgere, der ikke kan tale, men som godt kan

"Hvis man kan bruge udtrykket: De er i forvejen bagud på point. Men de er også foran. De har allerede gode strategier i forhold til at kunne tackle pleje i hverdagen. Det giver dem en hjemmefordel, hvis de rammes af demens."

synges. Musikken bedrager med nærvær og succesoplevelser og bliver en legal legeplads og ventil for de demensramte. At arrangere et godt forløb med musikterapi forudsætter et godt samarbejde mellem plejepersonalet og terapeuten. Plejepersonalet skal støtte op om mu-

sikterapien, og skal f.eks. turde at danse med beboeren. Musikterapi kræver noget af alle parter, men er meget givtig, hvis der bliver givet plads til det.

"Borgere med demens kan i forvejen være ret uforudsigeligt. Jeg kan sige, at det bliver mere uforudsigeligt, når der er tale om demens hos mennesker med udviklingshæmning."

ATLAS-modellen

Lene Theager og Lisbeth Hyldgaard, Skander-

borg Kommune præsenterede i deres del af seminaret Atlasmodellen, der er et produkt fra Skanderborg Kommune, som de bruger i deres

ATLAS-modellen

ATLAS-modellen er et redskab til at kortlægge menneskers styrker og svagheder på en konstruktiv måde. Idéen er, at man skal betragte et menneske som et verdenskort, der viser alle de forskellige ting, som personen består af. Når man kigger på et menneske på denne måde, kan man gå ind og arbejde med det enkelte kontinent, f.eks. personlighedskontinentet og adfærdskontinentet. Hvis der på adfærdskontinentet er bjerge og vulkaner, kan det være tegn på, at der er udadreagerende adfærd. Løsningen skal så findes på adfærdskontinentet og ikke blandes sammen med personlighedskontinentet.

arbejde med mennesker med udviklingshæmning og demens.

Denne gruppe er særligt kendetegnede ved, at de i forvejen har varige nedsatte funktioner. De har levet et anderledes liv, og har derved et andet udgangspunkt. De har nemlig altid haft brug for hjælp i større eller mindre omfang, og har som udgangspunkt vanskeligt ved at udtrykke deres behov og følelser.

En udfordring i plejen af denne gruppe menne-

sker, er, at man måske overser de forandringer som demensen forårsager, da de udviklingshæmmede i forvejen er ramt af nedsatte funktioner. På trods af, at det kan være svært for omgivelserne at udpege forandringerne, skal man huske at demenssygdommen er den samme, og at der derfor skal støttes yderligere op omkring denne gruppe, især set i lyset af, at der er tre til fire gange højere risiko for at udvikle demens som udviklingshæmmede.

Rammer for en socialpædagogisk tilgang i demens- og aldringsforløb

Rose Marie Olsen & Trine Bay Isager kommer fra et lille plejecenter med i alt 29 beboere fra 40 år og op efter. Grundtanken på plejecenteret er, at livskvalitet skal bevares hele livet igennem. På stedet arbejder de med en model om livsarenaer:

Kontakt oplægsholder:
ibs@socialstyrelsen.dk

Hjemmet – privatliv. Her borgeren har suverænit.

2. arena: Naboskab – naborelationer.

3. arena: Aktivitet og beskæftigelse.

4. arena: Familien, traditioner og værdier, lokalmiljø, den historiske tilknytning.

1.
are-
na:

Alle borgerne rummer disse arenaer, og det er personalets opgave at være opmærksom på, hvornår de forskellige miljøskift begynder at tilte. Hver eneste dag er forskellig, så de bliver nødt til at starte forfra med at definere arenaerne. Man skal gøre sig klart, hvad behovet for hver enkelt borger er, og hvordan de kan mødes. Hvis en borger ikke kan komme til julemiddag hos familien, hvordan arrangerer man så, at julemiddagen kommer hjem til hende - måske på selve dagen eller aftenen før.

”Det handler om at skulle turde. Hvad rummer det her af muligheder. Tør vi prøve det? Borgerne med demens går jo ikke i bad som os. De går ikke ind under bruseren, vasker håret osv. Borgerne med demens får bad liggende, kravlende og siddende. Og vi bringer bamser, øl, chokolade og sågar hunde ind i badet. Vi gør det fordi det virker.”

ATLAS-modellen

ATLAS-modellen er et redskab til at kortlægge menneskers styrker og svagheder på en konstruktiv måde. Idéen er, at man skal betragte et menneske som et verdenskort, der viser alle de forskellige ting, som personen består af. Når man kigger på et menneske på denne måde, kan

man gå ind og arbejde med det enkelte kontinent, f.eks. personlighedskontinentet og adfærdskontinentet. Hvis der på adfærdskontinentet er bjerge og vulkaner, kan det være tegn på, at der er udadreagerende adfærd. Løsningen skal så findes på adfærdskontinentet og ikke blandes sammen med personlighedskontinentet.

Seminar 5: Hvordan får du beslutningstagerne til at lytte til dine budskaber?



I Danmark er det nemt at få adgang til politikere, men ofte bliver møder og samtaler ikke til mere end snak.

Mikkel Sarbo, Public Affairs Director hos Rud Pedersen Public Affairs Company

Skal man have beslutningstagerne til at handle og ikke bare lytte, skal man før man henvender sig gøre et stykke analytisk arbejde. For hvem er det egentligt, der har indflydelse til at lave ændringer på de områder, man ønsker? Vi sammenkæder gerne rummelige kontorer og masser af medietid med indflydelse, men denne opfattelse er for unuanceret. Man skal se på, hvor beslutningerne bliver truffet. Jo bedre, man forstår det, jo nemmere kan man få ændringer igennem.

Hvad kan jeg gøre det dig?

Udover at identificere den rigtige person til at hjælpe med at fremme en sag, er det vigtigt at sætte sig ind i, hvilke interesser og forpligtelser personen har. Man skal kende situationen og forstå interesserne hos dem, som man vil nå, da de først og fremmest handler efter egne forpligtelser og interesser. Ofte er det embedsmændene, som bestemmer. De er fagspecialister, der fodre politikerne med oplysninger, hvilket i sig selv er en meget magtfuld position. Deres valg og fravalg af information til politikerne kan bygge på ideologi, og de kan uden problemer understrege eller udelade oplysninger, alt efter hvad de finder mest fornuftigt. Anerkender man både politikeres og embedsmænds forpligtelser og behov, og har man ligefrem en mulighed for at hjælpe med disse, er man godt stillet i forhold til for-

handling. Før et møde, skal man altså ikke tænke for meget over sit eget budskab, men i stedet overveje, hvordan den andens situation kan fremmes. Man kan lave en profil af den person, som man skal mødes med: Hvad interesserer vedkommende sig for, hvilken indflydelse har vedkommende og hvad vedkommende blevet pålagt at gøre. Ud fra denne profil kan man så målrette sine budskaber mere hensigtsmæssigt.

Plantede idéer

80% af det, der bliver fremlagt i politik, er plantet.



For at påvirke politik handler det om at starte tidligt. Mikkel Sarbo anbefalede følgende fremgangsmåde: Først skal man finde ud af, hvem

til de frustrerede pårørende og foreslå dem at tale med for eksempel kommunens ældreråd. Man kan også lave en politisk risikovurdering for



der sidder i hvilke udvalg, og hvem man kender. Man udvælger så dem, man ønsker at arbejde med rent politisk og forsøge at koordinere tingene, så man får dem til at bære ens budskaber videre. Et spørgsmål fra salen var i denne sammenhæng, om det er et problem, at mange medarbejdere ikke kan få lov til at gå direkte til politikerne? Et forslag var, at man som ansat kan lytte

sig selv, i forhold til, om man kan tåle at tage en sag op i eget navn eller ej. Man skal huske, at det kan godt være, at man får ballade, men man kan også skabe frygt, hvis man har indflydelse.

Værktøjer

Før man henvender sig til politikere og embedsmænd, er det givtigt at lave en matrix over deres

interesseområder og indflydelse. Hvis nogle har meget indflydelse og mindre interesse, handler det om at få dem til at interessere sig for ens sag. Det er også vigtigt at se på, hvem der forholder sig positivt og negativt til det bestemte emne, og tilpasse sin henvendelse i forhold til det. Helt lavpraktisk er det også vigtigt at få styr på, hvornår de forskellige udvalg tager hvilke beslutninger. Det giver for eksempel ingen mening, at gøre opmærksom på, at der mangler ressourcer til et bestemt område tre uger efter budgettet er sat. Det er glemt til næste års forhandlinger. Man skal sætte ind i god tid inden en budgetforhandling og så vende tilbage kort tid inden, gerne med pres fra flere sider. De fleste beslutningstagere kan gøres interesserede i en sag, hvis de hører om den flere gange og fra flere sider. Ofte vil folk faktisk gerne lytte, hvis man har noget på hjerte.

Kontakt oplægsholder:
sarbo@rudpedersen.com

Hovedoplæg: Den magtfulde diagnose: Mild demens eller huskebesvær?



Diagnoser har altid konsekvenser. Dette var budskabet for Nanna Mik-Meyers oplæg, der tog udgangspunkt i, at patientrollen ikke er givet på forhånd, men opstår gennem forhandlinger mellem borgere og institutioner.

Nanna Mik-Meyer, sociolog, lektor, Institut for Organisation, CBS

Patientroller bliver formet alt efter hvilke institutioner, der er ansat til at varetage en diagnose. Problemerne opstår, hvis borgeren føler sig misforstået, fordi deres oplevelse af egen situation modsvarer det, de professionelle oplever og udtrykker. De professionelle inde for sundhedsområdet har i højere grad end tidligere en coachen-

de tilgang til borgerne, hvilket har konsekvenser for interaktionen. Den professionelle kan blive meget manipulerende, hvis hun i for høj grad forsøger at få borgeren derhen, hvor hun som behandler ser dem. Et eksempel er revalideringscentre, hvor man sendte uafklarede borgere hen til afklaring i fht. arbejdsmarkedet. Mange af borgerne havde et langt arbejdsliv bag sig og var nedslidte på en måde, som ikke kunne diagnosticeres. En borger henviste til fysiske smerte, hvilket den ansatte tolkede som en konsekvens af mental ubalance. Den professionelle havde en faglig baggrund i psykologi, og kunne derfor hovedsageligt bidrage med viden inde for dette felt. Borgerens oplevelse blev altså transformeret, så problemforståelsen svarer det, den professionelle arbejder med. Transformation, hvor et fysisk problem bliver til et socialt eller psykologisk problem, opstår altså fordi systemet rummer et bestemt perspektiv.

Stigma og stemping

Det, vi forstår som et stigma eller en afvigelse, må aldrig forstås som karakteristika hos individuelle personer. Hvad vi ser som afvigende adfærd, bliver bestemt i en forhandling mellem individet og omgivelserne. Et eksempel er vores ændrede holdning til homoseksualitet. Opfattelsen af homoseksualitet er ændret fra at være en re-

gulær sygdom til at være accepteres fuldt ud. Vi må derfor altid se på en udgrænset gruppe i lyset af det omgivende samfund. Det er de mennesker der ikke udviser den adfærd, som den herskende norm foreskriver, der bliver karakteriseret som problemgrupper. Spørgsmålet er så, om det siger mest om de herskende normer eller om gruppen med den afvigende adfærd.

Dårlig hukommelse eller mild demens

Der er stor forskel på, om man i familien bliver opfattet som en, der husker meget dårligt, eller om man har fået diagnosen mild demens. Det vil ændre opfattelsen af den ældres tilstand, både hos den ældre selv og hos familien og omgivelserne. Vores identitet skal altid valideres eksternt, og mange med diagnoser søger ind til patientforeninger for at få sin selvopfattelse spejlet og blive mødt og forstået.

Forhandling af sygeidentiteter

Vi har en tendens til at glemme den historiske og kontekstuelle grobund for de selvfølgeligheder, vi har i vores samfund, som ikke nødvendigvis altid har eksisteret. Et eksempel er vores forståelse af overvægt som uønsket samfundsproblem. Det er i dag uantasteligt, at det sunde liv ikke også er det gode liv. Når vi har mobiliseret en opfattelse af, at den sunde borger er idealborgeren, er det

umuligt overhovedet at tale om, at en overvægtig person kan have et godt liv. Konsekvenserne af dette stigma kan være, at overvægtige per automatik bliver set på som personer, der har problemer på mange områder - man er ikke en god forælder, man har nok personlige problemer osv. Vi skal altså være meget påpasselige med at gøre os til dommere over, hvad der 'rigtig' og 'normalt'. I forhold til demens bør man måske overveje, hvor meget man skal kunne huske, før man kan siges at have demens. Hvor meget skal en 80-årig kunne huske, før vi anser det for normalt. Den grænsedragning vi bruger til at definere normalitet, er med til at bestemme, hvor mange diagnoser, der er i samfundet.

Forebyggelsens tialder

En konsekvens af, at vi hele tiden bliver bedre til at diagnosticere, er, at "normalborgeren" pludselig konstant er potentielt syg. Det store fokus på det biomedicinske og genfokuserede, viser, at vi stort set allesammen er disponeret for en eller flere sygdomme. Fordi vi er i stand til at diagnosticere os selv mere, ender vi med hele livet at være på flugt fra de potentielle risici, på trods af, at der i virkeligheden er ganske få ting, der bestemmer, hvornår livet slutter.

Økonomiske interesser

I sociologisk forskning har man altid medicinalindustrien med, fordi den er så magtfuld og har tilføjer store økonomiske bidrag til forskningen. De meget centrale aktører inden for medicinalindustrien er altså med til at forme en diskurs, der sygeliggør en bestemt gruppe mennesker. Problemet i dette er, at de oftest har en økonomisk interesse i at få en bestemt gruppe mennesker sygeliggjort, så denne gruppe mennesker pludselig har brug for medicin. Et eksempel er et bestemt medikament til sukkersygepatienter, som man gerne vil have godkendt til overvægtige. Ved at målrette dette medikament til overvægtige, gør man denne gruppe til potentielle sukkersygepatienter, hvilket måske ikke er nødvendigt eller hensigtsmæssigt.

Kontakt oplægsholder:
Nmm.ioa@cbs.dk

Seminar A: Dementia. En professionel forestilling om demens – set indefra

Vi kan læse, snakke og lytte os til en masse viden omkring demens, men kan vi nogensinde rigtig forstå, hvordan sygdommen føles og opleves? Teaterstykket Dementia er en tur ind i den dementes verden, der viser alle de følelser som både den demente og de pårørende gennemlever i et sygdomsforløb.

Stykke af teatergruppen Lab Cat og foredrag af Vibeke Drewsen Bach

En rørende forestilling

Forestillingen handler om Ingrid og Jørgen, der altid har haft hinanden, indtil Jørgen bliver dement, og de to adskilles af en usynlig mur. Han er fremmed i sin krop, og hun kan ikke længere genkende sin mand. Vi ser, hvordan Jørgen ikke kan følge med, og hvordan alting går for stærkt for ham. Vi ser, hvordan han er et andet sted i sin livstid, mens omverdenen misforstår ham. Stykket gav en kærlig og hudløs beskrivelse af demsens konsekvenser for den sygdomsramte, de pårørende og deres fælles liv. På trods af, at tilskuerne efterhånden har set og oplevet lidt af hvert, kunne enkelte ikke holde tårerne tilbage.

En tur til månen

Efter forestillingen fulgte Vibeke Drewsen op på de temaer, som stykket åbnede op for, med hendes foredrag Blomstring med demens- en rejse fra Jorden til Månen.

Vibeke Drewsen begyndte foredraget med en fortælling om, hvordan hun i sine unge år rejste til en lille ø i Sydamerika og levede i en fuldstændig fremmed kultur. Kvinderne gik med bare bryster, og der var ingen bade eller toiletter – kun en gren og et hul i jorden. Hun skulle leve på en helt anden måde, end hun var vant til, og det var meget grænseoverskridende og vanskeligt at håndtere. Hun sammenlignede sin egen oplevelse af at føle sig fremmed og forkert med Jørgens oplevelse af verden som helt anderledes og svær at gebærde sig i. Vibeke Drewsen beskriver dét at få en demenssygdom som at udløse en envejs billet til månen, hvor logikken, normerne og sproget er helt fremmed fra dét, vi har på jorden. At den demensramtes rejse til månen er en realitet, kan hverken de selv eller pårørende gøre til eller fra, så fokus bør være på at gøre rejsen rolig og rar.

Hvem har du fået til at blomstre i dag?

På jorden har vi bestemte normer, som vi ønsker, at alle skal leve efter. Pårørende og plejepersonale definerer, hvad der er rigtigt, og prøver

ofte at korrigere den demensramtes adfærd. Nej Jørgen, det er ikke en hat, det er en avis! Nej Jørgen, du er ikke stadig skolelærer, du er pensioneret og bor nu på et plejehjem. De minder, man som dement kan leve sig ind i, er en verden der stimulerer og giver vitalitet. Tvinger man personen ud af minderne, beder man dem tage tilbage til jorden – hvilket de ikke kan. Men man kan mødes på fælles grund, hvis man er klar på at besøge månen. Det kræver mod at møde den rejsende dér, hvor de er, og slippe fagligheden for et øjeblik og se personen og ikke sygdommen. Det handler om at forstå værdien af at have kontakt i nuet. Det kan være svært i en personalegruppe at fastsætte den etiske grænse for, hvornår man latterliggøre eller taler ned til den demente, og hvornår man viser omsorg og er loyal overfor den dementes behov. For hvor langt bør man gå med på legen? Vibeke Drewsen sluttede oplægget med fortællinger om hendes svigermor og om Grete, en kvinde hun havde mødt på et plejehjem. I begge historier havde hun været modig nok til at møde dem på månen, på trods af familien og det andet personales reaktion, og i begge tilfælde blomstrede de to demensramte kvinder. Så på trods af, at svigermor havde fået hele familien til at sidde med armene over hovedet og vaje fra side til side ved middagsbordet, og at Grete to gange

havde tilsneget sig et kys på munden, følte Vibeke Drewsen, at der var stor mening med galskaben, da det i begge tilfælde skabte glæde og samhørighed i nuet.

Kontakt oplægsholder:
kontakt@energy2work.dk



Foto: Mette Kræmer



Foto: Mette Kræmer

Seminar B: Neuropædagogik og sensorisk afstemning

Sansesystemet er afgørende for, hvordan vi oplever og forstår indtryk fra verden omkring os og signaler fra egen krop. Når sanserne svigter, eller integrationen af dem svækkes, bliver det sværere at opleve sammenhæng og meningsfuldhed.

Marlene Theager, specialpædagogisk konsulent v. VISS.dk

Relationel og ressourceorienteret tilgang

Marlene Theager tog udgangspunkt i den bio-psykosociale tilgang, hvor 'et menneske altid er i relation til nogen eller noget'. Hvor fysiologiske, psykologiske og sociale forudsætninger hos begge parter tilsammen skaber den relation, som de indgår i.

Hun forklarede ud fra et neuropædagogisk perspektiv, hvordan man kan observere og forstå indikationer på vanskeligheder med sansebearbejdning hos borgere med forstyrrelser sanseapparatet. Formålet med seminaret var at klæde fagprofessionelle på til at kunne arbejde mere målrettet med at afstemme deres tilgang og tilpasse stimuli omkring borgeren, og ad denne sensoriske vej understøtte og vedligeholde andre funktioner, så mennesket kunne opleve øget deltagelse og trivsel.

Marlene Theager fortæller om de primære og sekundære sanser og om vigtigheden af den taktile sans – følesansen. Fra fostertilstanden og gennem hele livet er alle mennesker afhængige af berøring.

Når sanseintegrationen går i stykker

Sanseintegration er den neurologiske proces, der or-

ganiserer sanseindtryk fra ens egen krop og omgivelserne og gør det muligt at bruge kroppen effektivt i omgivelserne. Hjernen må vælge, fremme og hæmme, sammenligne og forbinde informationen fra sanserne i et fleksibelt, konstant skiftende mønster; med andre ord, hjernen må integrere. Det er ubevidst proces, som kan 'gå i stykker' og dermed gøre det vanskeligt for et menneske at styre sine bevægelser og udtrykke sig kropsligt. Hvis hjernen ikke er god til at bearbejde sanseindtryk, er den almindeligvis heller ikke god til at styre adfærd.

Sansesult og overstimulering

Mennesker med forstyrrelser i sanseapparatet kan reagere på måder, som udefra set kan virke uforståelige. Det kan være, at man konstant holder noget i hænderne, smører sig med cremer, spyt etc. Måske tager man hånden til mund og læber, kører dem rundt i håret, sidder på hænder og fødder, virder hænder, trækker sig i håret, kradser, bider, river sig selv, gnider sig til blods eller slår sig selv. Det er alt sammen et forsøg på at finde ro og tilfredsstille et sansebehov.

Passiv eller udadreagerende

Nogle gange kan personale og pårørende misforstå signaler hos mennesker med sanseforstyrrelser. For eksempel kan man opleve en meget udfarende person, som kan blive aggressiv i sin adfærd. Man vil typisk gå lidt på listefødder over for vedkommende, fordi man er bange for, at han eller hun kan finde på at skade sig selv eller andre. På samme måde kan man opleve en meget passiv person, som vi i bedste

mening får lyst til at aktivere og 'få op af stolen'. Begge dele kan være en misforstået reaktion. Den udadreagerende person forsøger måske i virkeligheden at 'stille sin sansesult', og han eller hun vil være bedre hjulpet med hjælp til at få stimuleret sine sanser på en positiv måde.

Systematik og omtanke

Flere tilhørere spørger, hvordan de kan finde ud af, hvad der er tilfældet, og hvad de bedst kan gøre. Marlene forklarer, at det handler om et være systematisk i sin tilgang. Der findes ikke en facitliste, men det er vigtigt, at vi laver en systematisk tilgang, så vi kan finde ud af, om det virker eller ej.

Alle gør deres bedste

Når vi møder et menneske i vores hverdag som fagprofessionelle, må vi tage tiden om omtanken i brug. Vi skal bruge vores eget sanseapparat til at fornemme, hvad vedkommende forsøger at fortælle os. Vi skal huske på, at alle blot forsøger at få deres behov dækket, og at en tilsyneladende (selv)destruktiv eller adfærd eller passivitet, kan være en klog måde at beskytte sig på.

Alle mennesker har også behov for stimulans. Derfor må ikke lade nogen ligge passivt hen. Uanset deres tilstand. Det er en stor udfordring, som kræver mange ressourcer. Og det er også en fantastisk udfordring.

Se mere: www.viss.dk

Seminar C: Nænsom nødværge - lad ikke dagens personale blive morgendagens patienter

Nænsomhed og fasthed er to sider af samme sag.

Anders Angur, lærer, diplominstruktør i Durewall Metoden i Danmark og Sverige.

Undgå konflikterne, før de opstår

Seminaret om nænsom nødværge kan bedst gengives i billeder. Alle deltager kom op at stå og røre ved hinanden. De prøvede på egen krop alle de øvelser, som underviseren forklarede.

Anders Angur arbejder med spørgsmålene: Hvordan undgår du konfliktsituationer og hvordan håndterer du svære situationer, uden at blive påført eller forvolde smerte?

Formålet med seminaret var at give en øget forståelse af, hvad der udløser aggressive adfærd. Foruden indsigt i det, der ligger bag, kan man ret nemt få kendskab til teknikker, som man kan bruge til at beskytte både sig selv og angriberen, hvis man bliver angrebet.

Mere tryghed i arbejdssituationen

Med teknikkerne kan man få både mere tryghed i arbejdssituationen og et bedre miljø for både personalet og de mennesker, de arbejder med. Deltagerne præsenteres for et udvalg af principper og teknikker indenfor Nænsom Nødværge, herunder kropssprog, tale og fysiske greb.

Fokus på faglighed og på empati

Anders Angur lægger vægt på faglighed, empati og respekt for mennesket, når han beskriver metoden, som stammer fra jiu-jitsu.

"Det skal føles naturligt, og du skal have bløde hænder."

Anders Angur



Man skal have et beredskab og tænke over sit kropssprog, når man nærmer sig person, som kan tænkes at blive aggressiv. Stress kan mærkes og øger risikoen for, at der opstår situationer. Her kan fokus på vejtrækning gøre en forskel, så man ændrer sin hormonproduktion.

Man skal tænke på, hvordan man placerer sig, om man er nærværende. Man skal også have overblik over vejen ud - at man skal vide, at man kan komme væk. På samme tid skal man være varsom, at man ikke kommer til at give den anden person en følelse af at være trængt af, at man spærrer døren. På samme måde som, at man skal tænke over, hvordan man sætter sig foran en person i en stol eller læner sig over dem i en seng. De skal ikke føles sig invaderet.

Man skal være meget bevidst om sin egen rolle i mødet med den anden.



Skyldfølelse kan ikke bruges

Han lægger vægt på, at det ikke nytter at føle skyld over de gange, hvor man har handlet forkert i en konfliktsituation. Alle begår fejl. Men vi behøver ikke begå de samme fejl gang på gang.



"Vi arbejder med meget konkrete øvelser, som med små fysiske og mentale redskaber kan forebygge voldsomhed."

Anders Angur



Der ligger **ti principper** til grund for nænsom nødværge:

- 1: Mindst mulig kraft
- 2: Balance
- 3: Afstandstilpasning
- 4: Ændring af friktion
- 5: Bevægelsesenergi
- 6: Naturligt bevægelsesmønster
- 7: Vejtrækningsteknik
- 8: Beskyttelse - pas på mennesket
- 9: Nænsomhed
- 10: Integritet



Vil du vide mere:
www.durewall.dk/DK_d/durewall_metoden.htm

Seminar D: God pleje er et fælles ansvar – demens og alkohol.

Bo Pedersen, sygeplejerske og forstander på Bryggergården, Københavns kommune.

Bryggergården har 40 boliger, og er et af Københavns kommunes 6 demenscentre, og er specialhjem for borgere med alkoholrelateret demens.

Beboerne kan have en adfærd, som vanskeliggør en tålelig tilværelse på et almindeligt plejehjem.

Medarbejderne består af én sygeplejerske foruden lederen, 3 pædagoger og lidt flere SSA'er end SSH'er samt husassistenter. Desuden er der tilknyttet timelønnede afløsere, som alle gennemgår et fastlagt uddannelsesprogram.

Værdigrundlaget på Bryggergården bygger på højt fagligt niveau, godt arbejdsmiljø og udvikling.

Beboerne skal kendetegnes ved trivsel, tilfredshed og velvære. De skal have medbestemmelse og medindflydelse på egen dagligdag.

Tilværelsen skal være indholdsrig og aktiv for beboerne.

De pårørende skal føle sig velkomne og samarbejdet med dem, skal være præget af et højt informationsniveau.

Værdier der sættes højt både i forhold til be-



boere og pårørende er Åbenhed, - Respekt – Tryghed og Kvalitet.

Den daglige pleje og omsorg bygger på Tom Kitwoods teori .

Mange af de beboere, der flytter ind er vokset op på børnehjem og / eller har haft kontakt med andre institutioner, og kan derfor have forskellige forudfattede opfattelser af det professionelle per-

sonale.

Dette og mange andre forhold gør, at der stilles meget store krav til medarbejdernes faglighed. Bo Pedersen siger: "det er når fagligheden mangler, at vi putter vore personlige meninger og holdninger i".

Det kræver meget ledelse i dagligdagen, hele tiden at holde fast i fagligheden - og for at fastholde, at der hele tiden tages udgangspunkt i den enkelte beboer.

Det daglige arbejde på Bryggergården bygger også på den amerikanske psykiater Ross W. Greene's udsagn om, at "mennesker der *kan* opføre sig ordenligt gør det" – underforstået, at når der er beboere, hvis adfærd ikke svarer til det man normalt forstår ved god opførsel, så er det fordi beboeren – af forskellige årsager ikke er i stand til det.

Samarbejdet med beboerne bygger på aftaler – hvor personalet f.eks. hjælper med at styre cigaretforbruget, og man arbejder hele tiden for, at beboerne skal genvinde mest mulig kontrol over eget liv og egen hverdag.

Kontakt oplægsholder:
GH43@suf.kk.dk

Seminar E: Demens og posttraumatisk stressyndrom (PTSD)

Kajsa Båkman, Silviasjuksköterska, vårdlärare på stiftelsen Silviahemmet i Stockholm.

Kajsa Båkman har tidligere arbejdet på Judiska Hemmet i Stockholm, der er et plejehjem for jøder, hvoraf 88 pct. af beboerne har været i koncentrationslejre. De traumer som disse mennesker bærer rundt på fra deres barndom og ungdom, kan på trods af mange års undertrykkelse komme igen i forbindelse med en demenssygdom.

Vigtigt med grundig udredning

Kajsa Båkman havde i sit seminar fokus på, hvor vigtigt det er at sætte særligt ind overfor demensramte, der lider af posttraumatisk stress. Det er en diagnose, der kan være svær at stille, da symptomerne på posttraumatisk stress er de samme som symptomerne på demens.

Den største hjælp man kan give denne gruppe mennesker, er at sikre dem en grundig udredning, da det giver mulighed for at pleje de ældre med både demens og posttraumatisk stress langt mere hensigtsmæssig end ellers. Det hjælper ydermere de pårørende til bedre at forstå den ældres reaktioner og vise ekstra hensyn og omsorg.

Minder der ikke skal værnes om

PTSD er en konsekvens af at have været vidne til, eller selv været udsat for, livstruende traumer. Kajsa Båkman definerede et traume som en oplevelse, der er forbundet med intens frygt, hjælp-

løshed og rædsel. Ét af symptomerne forbundet med PTSD er *flashbacks*, der sender personen tilbage til den tid og det sted de oplevede de traumatiske hændelser. Et flashback skaber både en fysisk og mental reaktion i kroppen helt ens til dengang, de stod i situationen.



På Judiska Hemmet har personalet stort fokus på at undgå at fremprovokere flashbacks og smertefulde minder hos de ældre med demens og PTSD. Det gør de både ved at fjerne visse fysiske objekter fra de ældres hverdag og ved at undlade at stille opfølgende spørgsmål, når den ældre fortæller om de forfærdelige oplevelser. Man skal lytte, og prioritere det hver eneste gang den ældre har noget at fortælle, men ikke grave dybere i historierne, da man ikke ved, hvad man måske sætter i gang.

Kajsa Båkman er bevidst om, at det kan virke forkert for mange plejere ikke at vise interesse og spørge ind til den ældres liv. Hun mener dog hverken, at det skaber glæde eller værdi for den ældre at gennemleve de gamle traumer, men at man kun stiller sin egen nysgerrighed ved at spørge ind til historierne. Hun opfordrede til, at man som plejer lytter, trøster, og afleder den ældres opmærksomhed, hvis man kan se, at han eller hun bliver ked af det eller utilpas.

Væk med hvidkål, brocher og høje støvler

Et flashback bliver ofte sat i gang af basale sansindtryk såsom bestemte lugte, smage, lyde og berøringer, og det er kun gennem erfaring og helt konkret viden om den ældres liv, at man kan vide, hvad der udløser et flashback.

Kajsa Båkman nævnte som eksempel, hvordan de undlod at servere hvidkål for én af de kvindelige beboere, da hun har et meget tydeligt minde om at have stjålet et hvidkålshoved og kun overlevet ved at spise det. Smagen og lugten af hvidkål giver hende helt stærke og klarer minder om dengang, og gør hende ligeså angst og stresset, som hvis hun var der igen.

Et andet eksempel var, hvordan hun undlod at gå med en broche i samme farver som hagekorset og ikke gik med høje støvler på arbejde, da det kunne minde beboerne om de tyske uniformer.

Gode råd til målrettet pleje

Kajsa Båkman gav følgende gode råd til pleje af personer, der har oplevet traumer:

- Få viden og information om PTSD.
- Lær de mest almindelige reaktioner at kende.
-
- Vær opmærksom på, at tidligere traumer kan vende tilbage med fornyet styrke, når en person bliver ældre og mere sårbar.
-
- Forsøg at undgå at vække minder om traumet.
-
- Begynder personen selv at fortælle om traumet, slip da alt og lyt.
-
- Husk og brug den viden, du får gennem de historier, personen fortæller, men spørg ikke yderligere ind til den traumatiske oplevelse uden at overveje, hvad du vil opnå med det.
-
- Forsøg at have så faste rutiner som muligt. Det skaber tryghed hos den ældre.
-
- Forsøg at have kontinuitet i personalekontakten - De samme personer og samme rutiner hver dag.
-
- Skab plads til at tilpasse plejen til den

enkeltes behov, da det er meget individuelt, hvad den enkelte har brug for.

Kontakt oplægsholder:
kajsa.bakman@silviahemmet.se
<http://www.silviahemmet.se/>



Foto fra hjemmesiden

Seminar F: Når etikken møder virkeligheden – etiske dilemmaer i praksis

Christina Busk, Cand. Theol, lektor på diplomuddannelse i Demens, Via University College, Stifter af Etikos

Til seminaret blev deltagerne præsenteret for Den Ethiske metode, der er et redskab til at håndtere konkrete etiske dilemmaer og udfordringer. Metoden anvendes til at navigere i forhold til egne holdninger, værdier og forpligtelser som fagperson. Deltagerne fik mulighed for at prøve metoden og hente inspiration til at gøre håndteringen af etiske dilemmaer mere tilgængelig og professionel.

Det Ethiske Landskab

I arbejdet som plejepersonale for ældre med demens er det uundgåeligt på flere måder at skulle intervenere i de ældres liv. Vi har alle sammen holdninger til, hvornår og hvor meget der er passende at intervenere, men der findes ingen facitliste, man kan blive guidet ud fra.

Christina Busk præsenterede Det Ethiske Landskab, med tre forskellige tilgange til etiske problemstillinger:

- Pligtetik
- Konsekvensetik
- Nærhedsetik

Pligtetik er baseret på fornuft og ansvar. Hvad er

jeg selv og andre forpligtet til at gøre, og kan mine handlinger gøres til almengyldig lov? Det er en form for etik, der er rettet efter regler og love og som ikke er styret af følelser.

Konsekvensetik er en rationel og pragmatisk tilgang til problemstillinger, der vurderer en handling ud fra de konsekvenser, den har; Vil min handling gøre gavn for flest mulige mennesker, er den rigtig og meningsfuld. Er man styret af konsekvensetik, mener oftest at målet helliger midlet, og vurdere alle handlinger ud fra den værdi det vil give fælleskabet.

Nærhedsetiks tager udgangspunkt i intentionen bag en handling. Mennesker der tager valg på baggrund af nærhedsetik har fokus på den nære relation og vægter medfølelse og empati højt. En beslutning vil altid være rigtig, hvis beslutningstageren har haft hjertet på det rette sted.

Hvor står du?

Christina Busk opfordrede deltagerne til at overveje, hvor i Det Ethiske Landskab de oftest befinder sig, når de agerer i professionelle sammenhænge, og om det er dér, de helst ville være.

Hun spurgte til, hvordan deltagerne begrundede deres valg, og om de som plejepersonale i højere grad kan skabe etisk balance i det daglige arbejde.

Hun præsenterede til sidst **fire principper**, der ifølge Christina Busk udgør god professionsetik i arbejdet med ældre med demenssygdomme:

- Respekt for selvbestemmelse
- Hensyn til fysisk og psykisk integritet
- Agtelse for værdighed
- Omsorg for det sårbare liv

Kontakt oplægsholder:

busk@etikos.dk

Hovedoplæg: Vi får det, vi måler på

"Jeg synes, at det er uinteressant, hvor lang tid en sårpleje tager. Det interessante at måle er, at måle på, hvor lang tid det tager for såret at hele – og på hvor mange der overhovedet får tryksår"
Tina Hedemann Jørgensen

Tina Hedemann Jørgensen, Sundhedschef,
Stege Kommune

Når vi måler i omsorgssektoren, er det næsten altid på kvantitet, men Tina Hedemann Jørgensen lagde i sit oplæg op til, at det ikke nødvendigvis giver os et billede af plejens kvalitet. Mange ansatte i sygeplejen føler sig målt på, hvor hurtigt de udfører de forskellige opgaver. Fokus skal ikke være på, om vi bruger tiden rigtigt, men om vi bruger tiden på det rigtige.

Styrk den gode fortælling om faget

Tina Hedemann Jørgensen opfordrer til, at tilhørerne tager deres faglighed på sig og overvejer, hvad målet er for at være en fagligt dygtig demenskoordinator. Hun mener, at vi skal turde gøre mere af det, der virker, og vi skal turde holde op med at gøre noget, hvis det ikke virker.

Det vil være med til at styrke vores faglige stolthed, hvilket er afgørende for, at vi bliver tydeligere på, hvornår vi gør noget godt. Et eksempel er de lovbestemte "trekantsmøder" (hjemmebesøg efter udskrivelse fra sygehus). Vi har evidens for, at de virker, at vi får færre genindlæggelser og forlænger levetiden, når borgerne får opfølgende besøg.

En særlig udfordring for omsorgssektoren

Tina Hedemann Jørgensen siger med et smil, at danskere måske har svært ved at indordne sig under en fælles praksis, hvis den ikke er baseret på deres egen erfaring. Men Danmark er ikke større, end at hvis noget virker på Stevns, så virker det nok også i Viborg.

I sygehusvæsenet vil vi alle gerne modtage evidensbaseret behandling, og vi må acceptere, at det også gælder i hjemmeplejen – at man kan ikke bare sætte sine egne små projekter i søen. Så snart vi gør tingene på en anden måde, end det der er evidens for, så giver vi køb på vores faglige stolthed. Vi er nødt til at acceptere, at der kan være en videnskabelighed, som tilsiger, at vi gør ting på en bestemt måde.

Fagpolitik og samarbejde

Vi må se i øjnene, at vi vil blive presset i de kommende år, bl.a. af borgere, som måske har en større faglig indsigt i sygdommen, end frontmedarbejderne har, og som forventer svar på deres spørgsmål.

Vi har en generel viden om sammenhænge og skal blive dygtigere til at dele specifik viden og bruge hinandens faglighed og vores organisatoriske bagland. Vi skal med andre ord op i højere gear i forhold til samarbejdsrelationer – også internt i og mellem faglige organisationer.

Det handler ikke kun om vores egen måde at udvise faglighed på. Det er også et fagpolitisk spørgsmål om, at vi skal holde op med at bekrige hinanden mellem f.eks. sygeplejersker og SO-

SUer. Det hjælper ikke, at der er en dygtig demenskoordinator i kommune, hvis andre faggrupper ikke spiller ind.

Kobling til økonomi

Der er også en kobling til økonomi, men det er ikke en endegyldig sandhed, at flere midler nødvendigvis betyder højere kvalitet. Virkeligheden er, at demenskoordinatorerne er i faget, fordi de brænder for det og derfor altid vil kunne bruge alle ressourcer - og helst ti procent mere.

Vi får aldrig flere ressourcer i det her fag, men vi får ikke højere kvalitet af, at alle hele tiden løber lidt hurtigere. Det bliver vi bare nedslidte af. Vi bliver dygtigere, når vi gør mere af det der virker, og holder op med at gøre det, der ikke virker.

Hvad er det, vi skal måle på – og hvordan får vi politikernes tillid?

Vi skal turde diskutere, hvad det giver mening at måle på, og hvad der ikke giver mening at måle på.

Den diskussion, der gør, at demenskoordinatorerne kan dokumentere for det politiske niveau, at de bruger alle ressourcer, at der er styr på tid til mødeaktivitet, kompetenceudvikling mm.

Det vil skabe ro med klarhed og tydelighed. Hun minder om lærerkonflikten, hvor der ikke var tillid til, at lærerne leverede, og det havde måske at gøre med mangel på klarhed.

Tina Hedemann Jørgensen så gerne en kortlæg-

ning af antallet af demente borgere i en given kommune, deres kompleksitet, deres alder o.l. Det vil være nyttig viden.

Det vil også være vigtigt at dokumentere kvaliteten af særlige tiltag, f.eks. demensplejecenter. Har vi evidens, der viser, at det kan betale sig at bruge 20 flere ressourcer på det ene end det andet tiltag, kan vi bruge det konkret.

Det er ikke nok at fornemme, at noget virker - vi skal kunne vise det med evidens. Vi skal også måle på, om vi bruger de rigtige faggrupper. Vi har bud på det ud fra erfaringer og fornemmelser, men vi har ikke systematisk indsamlet viden, så vi kan tilvejebringe de data, der gør, at vi kan vælge rigtigt.

Evidens er både tal og historiefortælling

Vi må dokumentere - ikke kun med tal - med også med historiefortælling. Vi har en tendens til at dele alle bekymringer med vores pårørende og med borgeren. Når en sygeplejerske siger, at hun ikke har haft tid til at læse patientens journal efter tre dage, bliver det til en historiefortælling om, at de har for travlt, og at de ikke leverer kvalitet i sygehusvæsenet. Den er ukonstruktiv at bære med fra en indlæggelse, og derfor skal vi tænke over den historie, vi fortæller - ikke for kommunens skyld, men for vores eget faglige selvværd og for at få den medvind, som vi fortjener.

Ikke godt nok, at vores borgere kan blive fejernæret

Vi får flere og flere komplekse opgaver med de-

mente borgere, som også har flere somatiske lidelser og får forskellig medicin - og som måske er udskrevet for tidligt fra sygehuset.

Vi skal have **nationale** kliniske retningslinjer med et sprog og med metoder, som vi kan have gavn af. Til gengæld skal vi meget mere præcise med at lave vejledninger og instrukser, som er let tilgængelige og korte. Først da kan vi implementere noget, for ellers vil det hele tiden være ny praksis. Vi skal ikke tro, at vi hver især ved, hvad hinanden gør, og hvordan vi gør det. Vi skal ikke have tre forskellige målsætninger for en borger. Vi er nødt til at kende den tilgængelige videnskab, f.eks. de medicinske teknologivurderinger.

"Virkeligheden er, at vi har lært nogle formuleringer, som lyder rigtige - og som de fleste helt sikkert mener - men det er alt for generelt. Hvis vi siger, at en borger har ret til et værdigt liv, skal vi vide, hvad vi mener med det. Vi skal lave utvetydige mål, for ellers kan vi ikke følge op på dem."

Tina Hedemann Jørgensen

Vi er nemme at begejstre, og det er godt, men det fører til for mange kursændringer, hvor vi kaster os ud i for mange nye ting. Et eksempel er hverdagsrehabilitering, hvor Fredericia lavede et godt resultat. Alle kommuner vil nu have det samme, men vi ved ikke, hvorfor det så virker i en anden kommune. Det, vi lærte fra Fredericia,



er at det er afgørende, at vi opsætter mål sammen med borgeren, og at vi følger op på dem. Faktisk er det ikke kun vores faglige kompetencer, der gør, at hverdagsrehabilitering lykkes - det er, at vi har gjort målene klart, og vi har lavet opfølgning. Så kan vi se resultater.

Tina Hedemann Jørgensen henviser til SMART-modellen, som beskriver, at mål skal være **specifikke**, **målbare**, **ambitiøse**, **realistiske**, **relevante** og **tidsbestemte**. Hun opfordrede os til at formulere klare mål fremfor løse hensigtserklæringer.

I dag taler vi om, at medvirke til, at demente borgere gennemgår en udredning, får egnede tilbud, når der er behov, får tilbud om aflastnings- og/eller gæstestue, at frivillige skal kunne inddrages mm. Det er alt sammen IKKE mål, men hensigtserklæringer.

Konkrete organisatoriske og faglige mål

Hun henviser jeg til et eksempel på et konkret organisatoriske mål:

- Alle ledere skal inden udgangen af oktober 2013 have beskrevet egen kerneopgaver.
- Senest medio 2013 have etableret et tværfagligt tværsektorielt hjerneskadeteam.
- Alle fælles projekter i Center for Social, Sundhed og Ældre skal afsluttes med eksternt og/eller intern formidling.
- Vi skal have færre borgere visiteret til hjemmeplejen end budgetteret med i 2011.

Der er i Stevns desuden mere konkrete mål, som betyder, at vi kan finde ud af, hvad vi mener med det forskellige ting. De har besluttet, hvad der er et kvalitetsparameter, og målet er, at alle skal kunne lave en kvalitetsaudit.

Som eksempel på mål på konkret faglig indsats er, at man skal lave BMI-beregning, så vi implementere mål om, at en borger skal have optimal ernæring. Det er fuldstændig specifikt, hvad man vil sætte ind, for så kan man måle på det og finde ud af, hvorfor noget går godt eller skidt.

Opfølgning

Kvalitetssikring handler om at følge op og følge op og følge op. Tina Hedemann Jørgensen berder salen drøfte, hvad vi skal måle og følge op



på. Der er ikke nemme svar, men der er det helt elementære svar, at hvis de ikke kan sætte specifikke mål og vise, om det virker, så vil de tabe kampen om ressourcerne.

Det brændende spørgsmål

Hun afslutter med denne opfordring: I skal vide, hvornår I har bidraget til at gøre en forskel. Hvad gør I, som virker?

Kontakt oplægsholder:
tina.jorg@stevns.dk

Hovedoplæg: Er frivilligt arbejde svaret på vores bekymringer om omsorg?

Aldrig før har så mange danskere udført frivilligt arbejde. Det har ført til snak om en helt ny form for frivillighed – en velfærdsfrivillighed. Det er et dejligt budskab, at så mange vil være med og skabe velfærd for alle, men velfærdsfrivilligheden kan have konsekvenser for det betalte velfærds-system, hvis der opstår et 1-1 bytteforhold mellem de frivillige og professionelle. Vi skal altså spørge os selv, hvad frivilligt arbejde skal omfatte, og hvad vi vil med det.



Foto: DR

Vibe Klarup Voetmann, Formand for Frivillighedsrådet.

Professionaliseret omsorg

Vibe Klarup Voetmann beskriver, hvordan omsorg i højere grad end tidligere er blevet professionaliseret, hvilket har pacificeret den enkelte borger. Man skal i dag være professionel for at give omsorg til andre end de helt tætte familiemedlemmer.

Hun mener, at vi er kommet til at skabe et velfærdssamfund, som har overtaget og professionaliseret nogle områder, som ikke behøver være

i hænderne på professionelle.

Vi kommer fra en tid, hvor vi har været dygtige til at producere service, og hvor vi nærmest ikke længere behøver borgeren. Når vi nu kalder på de borgerne, går vi en ny vej, hvor vi måske på et tidspunkt har reel samskabelse mellem frivillige og det offentlige.

Et samskabelsesprojekt der udgøres af de frivilliges engagement sammen med de professionelle faglighed, og hvor de frivillige organisationer samarbejder med kommunerne og sagsbehandlere.

Forskellige dagsordner

Frivillige i socialt arbejde har gerne nogle helt andre mål end de professionelle, hvilket kan gøre det meget svært at kontrollere, hvordan de frivillige tager fat.

De har deres egen dagsorden og behov, og det kan være en udfordring for både ledelsen og de øvrige medarbejdere. Udfordringen for nogle professionelle kan også være, at deres patent på, hvad der er den rigtige måde at arbejde på, bliver udfordret, hvilket giver et kontroltab.

Mange frivillige er ofte idealistiske og kan i nogle tilfælde stille krav på lige fod med de ansatte, dog uden at have de samme forpligtelser.

Vibe Klarup Voetmann beskriver dem som entusiaster, der konstant stiller spørgsmålstejn ved de daglige strukturer og normer, hvilket både er en udfordring og en stor gave. Hun fremhæver

igen, hvor vigtigt det dog er at holde fast i, at frivillige er en ekstra ressource og ikke ansatte.

En god velkomst

Ifølge Vibe Klarup Voetmann er den bedste måde at inddrage frivillige på en konstruktiv og givtig måde, ved at give dem en god velkomst og lade dem få en følelse af samhørighed og ejerskab, så der bliver skabt en stærk VI-følelse. Det skaber stor tryghed for en frivillig når fagpersoner støtter og rådgiver i arbejdet, der er derfor vigtigt at det professionelle plejepersonale viser vejen som facilitatorer og engagerer de ældre i de frivilliges initiativer.

Efter oplægget udtrykte flere i salen deres holdning til vigtigheden af at passe på de frivillige.

"Det er en udfordring, når vi skal invitere frivillige ind. Vi skal ikke tro det er gratis, men vi skal også huske, at de frivillige ikke kommer og overtager vores arbejde."

"Det duer ikke, hvis vi ikke passer ordentligt på de frivillige. Vi skal være der for de frivillige, når de har problemer."

"vi skal også huske i særlig høj grad at være der for de borgere, som ikke har nogle frivillige, der magter eller vil dem."

Kontakt oplægsholder:
hoe@frivilligraadet.dk

Hovedoplæg: Kroppens sprog - overset potentiale i professionel praksis

Vi har ikke blot en krop - vi er vores krop. Det er vigtigt at huske, da vi ikke kan agere reflekteret i professionelle sammenhænge uden at tænke kroppen med. I størstedelen af vores liv benytter vi det verbale sprog til at kommunikere med hinanden, men hvordan finder man ind til et menneske, der ikke kan mødes gennem ord som f.eks. demente? Her kommer kroppen i spil.

Helle Winther, lektor ved Institut for Idræt og Ernæring, Københavns Universitet

Kropslighed skaber tillid

Helle Winther præsenterer kroppens sprog som det første, det sidste og det vigtigste sprog mennesket har. Allerede fra fødslen kommunikerer det lille barn helt kompetent med sin krop for at udtrykke sine følelser og behov. I udsatte situationer er man afhængig af, at andre bærer en igennem.

Tillid er derfor i mange professionelle sammenhænge afgørende for at skabe et menneskeligt møde, og tillid er oftest forbundet med kropslighed.

Det nærsanselige møde og de nærsanselige relationer skal vi turde som professionelle på trods af, at det kropslige i professionelle sammenhænge har været underbelyst og næsten tabuiseret. Det har været en tavs bevidsthed hos mange

plejere.

Professionspersonlig ledelseskompetence

Helle Winther har udviklet begrebet *det professionspersonlige*, som kort fortalt er samspillet mellem det personlige, det kropslige og det professionelle.

Vi har alle en unik kropslighed, som vi bærer med ind i vores profession, og den bør vi være meget bevidste om og bruge aktivt og reflekteret.

Hun understregede denne pointe ved at bede alle oplæggets deltagere om at rejse sig op og gå rundt i salen og tage kontakt til hinanden - først med øjnene, og så med berøring.

Hun lod derefter deltagerne føre hinanden rundt på skift. De måtte ikke tale sammen, men skulle udelukkende bruge deres kroppe til at vise vej. Flere udtrykte bagefter, at de i højere grad havde set hele mennesket, når kroppen var med i kontakten.

Den professionspersonlige ledelseskompetence bygger på følgende:

1. **Egenkontakt.** Her er kodeordene grounding og centrering. Det er vigtigt at have kontakt til sin krop for at kunne benytte kroppens sprog som et redskab i professionelt arbejde.



Foto: Videnskab.dk

2. **Kommunikationslæsning og kontaktevene.** Det er den professionelles opgave at skabe

klangbund hos den anden, ikke omvendte.

For at hjælpe og støtte bedst skal man som professionel holde fokus på at se, læse, lytte og reagere kompetent og nærværende.

Øjenkontakten er et af menneskets mest betydningsfulde redskaber. Vi formidler vores tilgængelighed over for hinanden gennem øjnene, og det er ofte trygt for den demente at kunne fornemme den professionelle tilgængelighed. Det gælder også situationer, hvor vi ikke selv har ønsket, at den professionelle går ind i vores intimsfære.

3: Lederskab over gruppe eller situation. Her er tale om den måde, vi indtager og behersker et rum på. Helle Winther kom især ind på, hvordan vi kommunikerer gennem kropslige status. Det signalerer en høj status, når man indtager meget fysisk plads, ofte i centrum af rummet, og når man ikke viger for øjenkontakt eller afgiver kontrol.

Meget kraftfulde og langsomme bevægelser er også et udtryk for høj status og dominans. Det signalerer omvendt lav status, når man beskytter kroppen og undlader at indtage meget fysisk plads, f.eks. ved at sætte sig på udkanten af en stol eller vige for øjenkontakt.

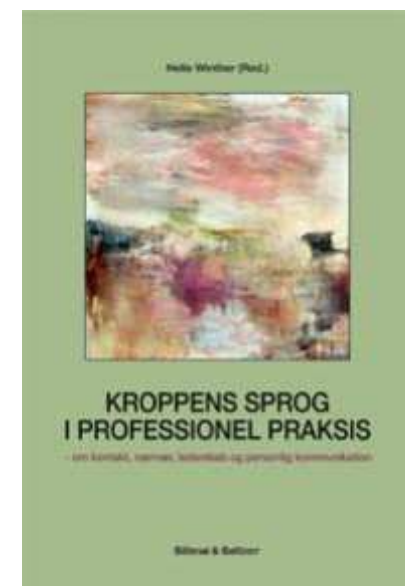
Balanceret status er karakteriseret ved skiftevis at kunne gå fra høj til lav status. Man skal både kunne tage og give plads samt give og afgive kontrol.

Kroppen som lærmester

Helle Winther sluttede sit oplæg af ved at understrege, at professionspersonlige kompetencer ikke bare noget vi har.

Det er en konstant bevægelse og en meget personlig kompetence, som kan bevidstgøres, opøves og modnes gennem hele livet.

Kontakt oplægsholder:
hwinther@ifi.ku.dk



Årets Demenskoordinator og Alzheimerforskningsfondens pris



Vibeke Tang Larsen, Nyborg, er modtager af prisen som Årets Demenskoordinator 2013.

Vibeke blev indstillet til prisen af kolleger, og i deres begrundelse fulgte en meget stor buket rosende ord om hende og hendes indsats på demensområdet.

Hun har blandt andet været med til at starte en pårørendeskole, netværksgrupper for pårørende og en demenscafé i samarbejde med Ældre Sagen. Hun har også blik for, hvor vigtig fagligheden er blandt personalet, som møder mennesker med demens.

Derfor har hun kæmpet for, at elever fra sundhedsfaglige uddannelser modtager demensundervisning i deres praktiktid i Nyborg Kommune,

for temadage for sygeplejersker, ligesom hun har implementeret Marta Meo-metoden er i kommunen.

Det var en besked og meget overrasket Vibeke Tang Larsen, som gik på scenen og blev hyllet med stående applaus.

Det kollegiale sammenhold skinner tydeligt igennem. En kollega siger om hende: "Vibeke er en stor inspiration for os alle, og hun har en god evne til at blive på jorden. Selv om hun nu skal være leder af en ny afdeling, har hun valgt at bibeholde demenskoordinatorfunktionen hos fem borgere - for stadig at have "fingrene i bolledejen."

"Jeg har så mange gode kolleger, og uden dem var jeg ingenting. De er altid positive og med på idéer. Så prisen er lige så meget til dem."

Vibeke Tang Larsen



DKDKs Ane Eckermann havde i løbet Årskurset et stramt program. Foruden at afholde seminarer og holde snor i arrangementet, var hun en tur i København for at modtage Alzheimerforskningsfondens forskerpris for sit forskningsarbejde på demensområdet. Med prisen fulgte 100.000 kr.

Ane Eckermann modtog forskningsprisen for sit mangeårige arbejde med demensområdet, herunder blandt andet som projektkoordinator og projektleder på DAISY projektet (Danish Alzheimer Intervention Study). Et forskningsprojekt som hun af flere omgange præsenterede for DKDKs medlemmer i sine oplæg på årskurset.

[Læs mere om Alzheimerforskningsfondens forskerpris på Alzheimerforeningens hjemmeside her](#)

Generalforsamling DKDK 2013

DKDKs generalforsamling blev afholdt torsdag d. 19. september på Hotel Nyborg Strand. Kun et lille antal medlemmer var mødt (36 stemmeberettigede medlemmer), men de foregående dage var også fyldt med faglige input og spændende diskussioner.

I formand Ane Eckermanns fravær fremlagde næstformand Gitte Kirkegaard bestyrelsens mundtlige beretning, der var et kort resumé af den skriftlige beretning. Gitte Kirkegaard forklarede, at formand Ane Eckermann ikke kunne være tilstede idet hun netop nu modtog Alzheimerforeningens Forskningspris – der blev overrakt i København.

Den omfattende skriftlige beretning kan læses på DKDK's hjemmeside tillige med den mundtlige beretning. Forsamlingen havde kun få kommentarer, og beretningen blev efterfølgende godkendt med applaus.

Regnskab blev godkendt, budget blev fremlagt, kontingent blev fastholdt.

DKDKs formand vælges for en toårig periode i lige år – hvorfor der ikke var valg til formand på denne generalforsamling.

To bestyrelsesmedlemmer var på valg og blev begge genvalgt til bestyrelsen. Kirsten Ryssing og Birthe Rønne.

I det efterfølgende valg blev Kirsten Sejro genvalgt som 1. suppleant og Susanne Juel Pedersen valgt som 2. suppleant

Under eventuelt blev blandt andet nævnt at DKDK i det kommende år mangler regionsrepræsentanter i flere regioner. Bestyrelsen opfordrede

flere til at melde sig som regionsrepræsentanter, idet der især mangler repræsentanter i Region Nordjylland og Region Hovedstaden.

Følgende tre meldte sig på mødet:

Susanne Juel Pedersen, Region Hovedstaden

Sonja Jensen, Region Midt

Helle Nielsen, Region Hovedstaden

Louise Fischer, Region Syd har efterfølgende meldt sig.

Bestyrelsen opfordrede tillige til meldinger om, hvilke demenstemaer bestyrelsen skal behandle de følgende år. Følgende temaer blev nævnt og til dels debatteret.

Digitalisering: Problemet omkring demente borgers retssikkerhed ift digitalisering og udbetaling af offentlige midler.

Rehabilitering: borgere med demens er ikke målgruppe for rehabilitering i alle kommuner. Vigtigt at være opmærksom på hvad kommunerne gør. Hverdagsrehabilitering i plejeboliger – borgere med demens i plejeboliger får ikke tilbud om rehabilitering.

Der er overordnet behov for at bestyrelsen tager en debat med de involverede fagforeninger(fysioterapeutforeningen, ergoterapeutforeningen, sygeplejersken m.fl. for at der trækkes på samme hammel i kommuner og blandt faggrupper. Teknologi og rehabilitering – der er brug for en koordinering ift hvad der kan lade sig gøre, hvad der er mest hensigtsmæssigt og hvilken teknologi der kan tjene borgere med demens i rehabilite-

ringsforløb og hvilke teknologier der ikke kan bruges

Bestyrelsen konstituerede sig på et efterfølgende møde og genvalgte Gitte Kirkegaard som næstformand.

Bestyrelsen består af Ane Eckermann, Gitte Kirkegaard, Kirsten Ryssing, Lone Vasegaard, Birte Rønne og som suppleanter Kirsten Sejro-Szatkowski og Susanne Juel Pedersen.

Regionsrepræsentanter 2013 – 14:

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



Birgitte Vølund blev på Årskursets festaften hædret for sit mangeårige arbejde med at uddanne demenskoordinatorer.



Drengene fra Papkasseshow gav den gas på Årskursus festaften - og fik publikum med på den værste.



Nyhedsbrevet

udgives af
DemensKoordinatorer
I Danmark
ISSN: 1603-3086

DKDK

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

Formand

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

Næstformand

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

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

Sekretariat

Faglig sekretær
Marianne Lundsgaard
ml@demens-dk.dk

Ansvarshavende redaktører

Lone Vasegaard
Kirsten Ryssing

Redaktion

Marianne Lundsgaard

