

DemensKoordinatorer i Danmark



Nu kommer alle puljerne!

Leder



I 2015 blev regeringen og satspuljepartierne enige om at afsætte 470 mio. kr. til en ny demens-handlingsplan, som skal række frem til 2025.

Efter at daværende sundheds- og ældreminister Sophie Løhde satte arbejdet i gang, har mange aktører i

det ganske land, incl. DKDK, været inddraget i det forberedende arbejde – dels i Sundheds- og ældreministeriet og dels i Sundhedsstyrelsen.

Den færdige plan blev skudt i gang ved et lanceringssymposium d. 26. januar på Christiansborg. Her var repræsentanter fra organisationer, partiernes ordførere, pårørende og borgere med demens inviteret, der var ministertaler og faglige input. Jeg oplevede som formand for DKDK, en spænding ved alt det der skal ske og en optimisme om alt det, der skal udmøntes i regioner og kommuner.

Med Handlingsplanens i alt 23 initiativer får hele demensområdet i Danmark et vigtigt løft. Planen markerer, at demens er en sygdom, og at dem, der rammes af en demenssygdom har behov for diagnostik, behandling, pleje og omsorg af høj kvalitet.

Sundhedsstyrelsen har nedsat en følgegruppe for udmøntning af Handlingsplanen, hvor jeg repræsenterer DKDK. På det første møde i marts blev vi orienteret og drøftede de initiativer, som

Sundhedsstyrelsen har ansvar for. Midlerne skal udmøntes og udbetales i indeværende år – men ikke automatisk bruges. Sundhedsstyrelsen arbejder hårdt på at udarbejde de enkelte puljeopslag, så kommuner og regioner kan søge og efterfølgende komme i gang. Hold godt øje med Sundhedsstyrelsens hjemmeside og nyhedsbreve. Tre medarbejdere fra Sundhedsstyrelsen har skrevet den første artikel i dette nyhedsbrev – netop om puljer og tiltag.

Sundhedsstyrelsen har afholdt en workshop, hvor den praksisnære kompetenceudvikling var fokus. Der er ingen tvivl om, at det er initiativ 3 "Færre tværfaglige udrednings- og behandlingsenheder" og initiativ 22 "Praksisnært kompetenceløft i kommuner og regioner", der har været anledning til de fleste drøftelser rundt om i landet. Bl.a. det faktum, at der ikke må oprettes nye uddannelser, men at initiativet skal tage afsæt i den store mængde af eksisterende kurser og tilbud – gør jo, at der må ses på, hvad der hidtil har givet størst udbytte. DKDK var også repræsenteret i denne workshop og DKDK har været inviteret til et særskilt møde (bilateral drøftelse) om kompetenceløft.

Mange af jer har hørt mig sige, at et øget fokus på ledelse er altafgørende for, at nye kompetencer udnyttes og at mennesker med demens og deres pårørende oplever en indsats, der har kvalitet. En holdning også mange andre deler og arbejder for.

Jeg er som formand for DKDK en del af Magasinet Plejes fagpanel. I Marts nummeret har jeg rejst spørgsmålet om mennesker, der rammes af

en demenssygdom, har lige adgang til ydelser. Jeg tør godt sige, at det har de ikke. Der er stor forskel på ventetiden på at blive udredt, og der er stor forskel på, hvordan udredningen foregår. Der er også stor forskel på de tilbud kommunerne har og på, hvor meget og hvordan sektorerne samarbejder.

Og endelig er der det store spørgsmål, om vi som medarbejdere hører og forstår de behov borgerne har – ikke mindst de borgere, der ikke ligner os selv. Det kunne jo f.eks. være mændene, hovedparten af os er jo kvinder. Hører og forstår vi borgernes behov, gør vi det de har behov for eller hører, forstår og gør vi det, vi tror er det rigtige?

Spørgsmål som vi også tager op på Årskurset d. 20. – 22. september.

Med venlig hilsen
Lone Vasegaard

INDHOLD:

Leder	1
Nyt Sundhedsstyrelsen	2
Musikterapi og demens	4
Hudsult	6
Demens og søvn	9
Aktivitetsskalender	14

NYHEDSBREV 1 | 21. årgang
Marts 2017

TEMA: : Non farmakologiske behandlinger – Ny viden og muligheder

Nyt fra Sundhedsstyrelsen

Tina Hosbond, Marianne Kristensen og Sara Louise Rose, Enhed for ældre og demens, Sundhedsstyrelsen

Nyt fra styrelsen

Den 15. december 2016 indgik regeringen og satspuljepartierne aftale om udmøntning af 470 mio. kr. i den nationale demenshandlingsplan 2025. Handlingsplanen indeholder i alt 23 initiativer, og Sundhedsstyrelsen har fået ansvaret for at udmønte 11 af initiativerne.

Med handlingsplanen er scenen sat for en styrket indsats og et endnu bredere samarbejde om indsatsen på demensområdet i Danmark. En række aktører på tværs af myndigheder, sektorer, civilsamfund, fagområder, erhverv og interesserede er inviteret ind i samarbejdet om at skabe et demensvenligt Danmark som Demenshandlingsplanen med overskriften "Et trygt og værdigt liv med demens" skal understøtte.

Mange af landets kommuner og regioner vil inden årets udgang være i gang med et eller flere af de initiativer som indgår i demenshandlingsplanen, og samtidig er der fastlagt mål og retning for indsatsen der rækker ind i fremtiden, helt frem til 2025.

Sundhedsstyrelsen er aktuelt i gang med at forberede lanceringen af tre puljer fra demenshandlingsplanen, som bl.a. kommuner kan ansøge om midler fra til at styrke deres indsatser på området. Initiativerne har følgende overskrifter:

1. Praksisnært kompetenceløft i kommuner og regioner
2. Etablering af rådgivnings og aktivitetscentre for mennesker med demens og deres pårørende, herunder yngre med demens
3. Lokale og landsdækkende aktiviteter, der skal understøtte et demensvenligt samfund

Pulje til Praksisnært kompetenceløft i kommuner og regioner

Der er i de senere år generelt sket en udvikling i de uddannelses- og videreuddannelsesaktiviteter, der er rettet mod demens. Det gælder både inden for grunduddannelserne, herunder social- og sundhedsuddannelsen, sygeplejerskeuddannelsen og lægeuddannelsen, og inden for en række efter- og videreuddannelser suppleret af kurser, temadage, konferencer, som forskellige faglige organisationer og vidensinstitutioner afholder.

Sundhedsstyrelsen har i sit faglige oplæg til den nationale demenshandlingsplan peget på, at der fortsat er behov for at styrke både det faglige vidensniveau og de demensfaglige kompetencer for de forskellige fagprofessionelle grupper, ligesom det er vigtigt, at ledelsen har demensfaglig viden og sikrer transfer og implementering af viden i organisationen.

Aftaleparterne bag den nationale demenshandlingsplan 2025 har afsat 145 mio. kr. til et praksisnært kompetenceløft, som udmøntes som en ansøgningspulje.

Formålet med initiativet er dels at understøtte et kompetenceløft i kommuner og regioner, dels at sikre en kompetenceudvikling på demensområdet med fokus på anvendelse og forankring af viden og kompetencer i praksis – både kommunalt og regionalt. Projektets målsætning er at sikre adækvat udmøntning af puljen til praksisnært kompetenceløft, og sikre at denne udmøntning vil kunne understøtte følgende to hovedspor i initiativet:

- 1) *Praksisnær læring* på alle niveauer i pleje- og behandlingsindsatsen, herunder læring på arbejdspladsen, sidemandsoplæring, supervision m.v.
- 2) *Formel kompetencegivende efter- og videreuddannelse* som f.eks. akademi- og diplomuddannelser

For begge disse spor bør der samtidig være fokus på kompetenceudvikling på ledelsesniveau med henblik på at understøtte, at der sker en reel praksisændring og dermed implementering og forankring.

Målgruppen for denne kompetenceudvikling er de forskellige fagprofessionelle, herunder især frontpersonalet i de forskellige arenaer som er i kontakt med mennesker med demens.

Puljen forventes slået op i april 2017.

Pulje til Lokale og landsdækkende aktiviteter, der skal understøtte et demensvenligt samfund

Demens er forbundet med mange fordomme, tabuer og misforståelser. Det

medfører stigmatisering af mennesker, der lider af demens og deres pårørende, hvilket kan resultere i, at de ofte trækker sig væk fra sociale sammenhænge og større fællesskaber. Dette øger risikoen for isolation, ensomhed og depression.

Mange mennesker med demens og deres pårørende oplever, at det at blive ramt af demens ofte går hånd i hånd med social isolation. Flere fortæller, hvordan de har oplevet uvidenhed og manglende forståelse fra omgivelserne. Andre har oplevet, at venner og familie trækker sig væk, når sygdommen rammer, fordi de ikke ved, hvordan de skal håndtere det. En konsekvens af fordomme og stigmatisering er, at mennesker med en demenssygdom og deres pårørende risikerer at blive isolerede og ensomme.

Som led i demenshandlingsplanen er der derfor afsat 25 mio. kr. til ansøgningspulje, der skal understøtte et demensvenligt samfund.

Et af formålene med puljen er at tilvejebringe mere viden om demens i samfundet, så flere ved hvad det vil sige at have demens, så mennesker med demens og deres pårørende skal kunne blive mødt med forståelse og venlighed. Et andet formål er at der i det offentlige rum tænkes og indrettes mere demensvenligt.

Der kan blandt andet søges om midler til at etablere lokale eller landsdækkende partnerskaber, der fx kan have til formål at sikre demensvenlige indkøbsmuligheder, transportmuligheder, fysiske omgivelser, lokalplaner eller lign. Der kan også søges om midler til at gennemføre bredt forankrede oplysningskampagner eller til konkrete projekter, hvor frivillige skaber aktiviteter for mennesker med demens eller deres pårørende.

Puljen forventes slået op i april 2017.

Pulje til etablering af rådgivnings- og aktivitetscentre for mennesker med demens og deres pårørende, herunder yngre med demens

Når en person får konstateret en demenssygdom, betyder det store omvæltninger for personen selv men også for vedkommendes familie og omgangskreds. Hverdags- og familielivet vil forandres, og der er behov for øget hjælp og støtte i takt med sygdommens udvikling.

For at støtte mennesker med demens og deres pårørende er der i demenshandlingsplanen afsat 35,5 mio. kr. til en pulje til etablering af 12-15 geografisk spredte rådgivnings- og aktivitetscentre i partnerskaber mellem bl.a. kommuner og frivillige organisationer. Formålet med rådgivnings- og aktivitetscentre er, at mennesker med demenssygdomme og deres pårørende kan henvende sig og få kontakt medigestillede samt blive tilbudt støtte og rådgivning.

Centrene skal have fokus på pårørende- og brugerinddragelse og tilbyde støttende samtaler og rådgivning til mennesker med demens og deres pårørende. Centrene skal ligeledes tilbyde sociale og fysiske aktiviteter, mulighed for samvær medigestillede via fx demenscafeer, pårørendegrupper og kurser for pårørende og mennesker med demens. Centrene vil primært være for hjemmeboende mennesker med demens i de tidlige stadier af sygdommen samtidig med, at centrene kan fungere som samlingssted for særlige grupper af mennesker med demens.

Centrenes rådgivnings- og aktivitetstilbud skal i udgangspunktet tilbydes uden visitation, og der vil bl.a. være fokus på:

- at centrene kan hjælpe yngre med demens med rådgivning omkring økonomi og arbejdsmarkedstilknøytning.
- at centrene har fokus på anvendelsen af velfærdsteknologi fx i form af velfærdsteknologibiblioteker
- at centrene kan tilbyde sociale og fysiske aktiviteter med mulighed for samvær medigestillede.
- at transport til og fra centrene indtænkes.

Puljen forventes slået op i juni 2017.

Hold derfor godt øje med Sundhedsstyrelsens hjemmeside den kommende tid, hvor man kan læse mere om hvilke initiativer Sundhedsstyrelsen skal udmønte og indholdet i initiativerne. Her vil puljerne også blive offentliggjort.

Sundhedsstyrelsen glæder sig over demenshandlingsplanen og ser frem til samarbejdet med bl.a. kommuner, regioner, organisationer og civilsamfundet om at løfte demensindsatsen til glæde for borgere med demens og deres pårørende.

Musikterapi og demens

Hanne-Mette Ochsner Ridder, professor i musikterapi, Institut for kommunikation, Aalborg Universitet



Musik er skøn underholdning - men det er meget mere end det. Musik kan være et kraftigt sanseindtryk som kan skabe vidt forskellige følelsesmæssige og fysiske reaktioner. Et eksempel er filmklippet med Henry som er blevet vist verden over mere end 2 millioner gange (1). Da musik tit er noget lystbetonet, og fordi musik er så effektivt til at skabe stemninger, peger både forskning og praksis på, at det kan anvendes som et vigtigt værktøj i demensomsorgen. Gode værktøjer kan både bruges og misbruges, så det er nødvendigt med viden om nytte og funktion, både til hverdagsbrug og til de særlige og vanskelige opgaver, hvor der måske er brug for en specialist.

Der er ikke mange af dem, men i Danmark har vi faktisk specialister i faglig brug af musik. På Aalborg Universitet på Institut for Kommunikation og Psykologi er der en mindre afdeling, hvor der undervises og forskes i musikterapi, og hvordan musik kan bruges i kommunikation og samvær, til at skabe oplevelser, og hvilke psykologiske mekanismer der ligger bag. Det tager 5 år at læse til musikterapeut, og på uddannelsen lærer de studerende bl.a. om musikpsykologi og musikterapiteori, men lærer også, hvordan de aktivt kan bruge musik med et terapeutisk sigte og ved at tilrettelægge samhandlinger efter de behov personen eller gruppen har. De studerende lærer at indgå i samvær uden om det verbale sprog, og hvor det non-verbale og kropslige bliver forstørret.

I samværet med mennesker med demens kan der være en særlig grund til at bruge musik, fordi sproget forsvinder, og der er brug for at skabe mening på andre præmisser end de sproglige. Men herudover også fordi det bliver tiltagende vanskeligere at selvregulere og koncentrere sig om aktiviteter, der ellers tidligere var betydningsfulde – og her kan musik måske være det eneste som kan skabe fokus og mening (2).

Musikterapeutisk faglighed

Musikterapiuddannelsen (3) startede i 1982 og der uddannes 10-15 kandidater om året til at kunne varetage behandlinger og indsatser med musik med forskellige målgrupper, f.eks. mennesker med skizofreni, udviklingsfor-

styrrelser eller i palliation, på hospitaler eller til selvudvikling. Udover den 5-årige kandidatuddannelse, kan man ved Aalborg Universitet i København tage en efter-/videreuddannelse i professionsrettet musikanvendelse (PROMUSA (4)), såfremt man har en BA-uddannelse i et andet fag. Herefter kan man søge om optagelse på den 2-årige kandidatdel.

Da musikterapi er en generalistuddannelse og som sagt er rettet mod en vifte af målgrupper, er det kun en lille del af de studerende og senere færdige kandidater, der vælger at specialisere sig i ældre og demens. Men heldigvis er der interesse for feltet. I efteråret 2017 er der to kandidatstuderende, der har valgt deres 4-måneders praktik inden for demensomsorgen. De planlægger allerede i foråret praktikken med sigte på efterfølgende at skrive deres kandidatspeciale om musikterapi og demens. Denne måde at forbinde praksis og teori giver adgang til ny viden som er udviklet i tæt samarbejde med brugere og fagprofessionelle i praksis, samtidig med at der sikres et højt fagligt niveau.

Det ser ud til at et stigende antal af de færdige musikterapeuter nu ansættes indenfor ældre- og demensomsorgen. I foråret 2017 var der omtrent 15 musikterapeuter med faste stillinger indenfor området, og en del med timeansættelser. Nogle af disse musikterapeuter arbejder tæt sammen med demenskoordinatorer – og en enkelt er endda selv demenskoordinator.

Udover musikterapeuter er der i Danmark mange øvrige professionelle eller frivillige som tilbyder "musikterapi". Fra en fagprofessionel vinkel er der dog først tale om musikterapi, hvis der er et fagligt vidensgrundlag og metodekendskab bag arbejdet. Noget sådant sikres netop gennem en grundig uddannelse. Det betyder på ingen måde, at musikanvendelse er forbeholdt en smal faggruppe. Det er vigtigt at fremhæve det uvurderlige arbejde, som udføres af musikaktivitetspersonale, musikvejledere, musikpædagoger, musikfrivillige, danseinstruktører og mange andre der inddrager musik på forskellig vis i pleje og aktivitet. Deres indsats er med til at udvikle praksis og bør udbredes meget mere. Netop i koordinering af musikaktiviteter, men også i undervisning og vejledning, kan et samarbejde med en uddannet musikterapeut være med til at indsatsen kommer godt fra start, sikrer metodekendskab, løbende evaluering og således en bred forankring der vil komme mange flere demensramte til gode.

(1) filmklip med Henry - [klik her](#).

(2) Fotofilm om musikterapi og demens - [klik her](#).

4 (3) Musikterapiuddannelsen - [klik her](#).

(4) PROMUSA—[klik her](#).

Musikterapeutiske metoder

Jeg har selv, siden 1995, arbejdet som musikterapeut med demensramte og har i de seneste år undervist og forsket i musik og demens. Jeg ser store potentialer i at integrere musikterapi i demensomsorgen og i følgende punktopstilling vil jeg give et overblik over, hvor jeg mener, at musikterapeuter kan anvendes; enten i direkte musikterapeutisk arbejde eller ved indirekte at koordinere og vejlede omsorgsgivere. Det drejer sig om:

- **musikterapeutiske forløb** som indsats ved neuropsykiatriske symptomer.
I enkelte kommuner har der f.eks. længe været praksis for at henvise borgere med demens, som udviser symptomer på f.eks. agitation eller depression, til musikterapi.
- **koordinering af musikaktiviteter**
 - a. ved tilbagevendende aktiviteter, som giver indhold og struktur på dagene i ugen eller målrettet træning, f.eks. fællessang, musik & bevægelse, siddedans, musik-lytte-gruppe og musikreminiscens.
 - b. ved særlige lejligheder, som markerer højtider og fest, f.eks. afdansningsbal efter forløb med Erindringsdans.
 - c. i plejesituationer ved risiko for magtanvendelse.
- **ved sanseintegration og kortlægning af lydmiljø.**
- **musikalsk nærvær** (Ottesen, 2014) med personale som er opøvet i musikalsk-kommunikative kompetencer.
- **forebyggende og helsefremmende indsats** der giver borgere mulighed for at engagere sig i et aktivt fritidsliv, f.eks. kor, dans, koncertgrupper, musikensemble og at lære at spille på et musikinstrument.

I bogen Musikterapi og Eldrehelse (Stige & Ridder, 2016) kan du læse meget mere og de forskellige indsatser og samværsformer. I bogens 21

kapitler giver en række danske og norske fagpersoner et bud på hvorfor musik er relevant ved demens, hvordan det kan bruges i praksis, og hvordan musikterapi kan bidrage til samarbejde og fagudvikling. Herudover kan du på hjemmesiden for Center for Dokumentation og Forskning i Musikterapi (CEDOMUS) finde information om musikterapi og demens (5).

Et solidt samarbejde mellem musikterapeuter og demenskoordinatorer kan på sigt bidrage til et vigtigt kompetenceløft for omsorgsgivere. Det vil kunne sikre, at et redskab som musik bliver brugt på bedst mulige måde og kommer de borgere til gode som kan have glæde af musik til sjov og adspredelse, og ikke mindst til, at psykosociale behov for anerkendelse, nærhed og gensidighed dækkes.

Referencer

Stige, B. & Ridder, H.M.O. (2016). Musikterapi og eldrehelse. Oslo: Universitetsforlaget. [Klik her](#).

Ottesen, A.M. (2014). Anvendelse af musikterapi og Dementia Care Mapping i en læringsmodel til udvikling af musiske og interpersonelle kompetencer hos omsorgsgivere til personer med demens. Ph.d.-afhandling, Aalborg Universitet. [Klik her](#).

Hvem bliver Årets DemensKoordinator 2017?

Du kan være med til at indstille en eller flere kollega(er) til Årets Demenskoordinator. Alle, der er medlem af DKDK, kan indstilles. Skriv et kort resumé med begrundelse for valget. Det kan f.eks. være en ildsjæl, der har ydet en indsats inden for kompetenceudvikling, supervision eller indenfor en af marginalgrupperne på demensområdet.

Forslag til Årets Demenskoordinator sendes til bestyrelsen på mail: ml@demens-dk.dk

Indstillingen skal være modtaget senest fredag d. 4. august 2017. Prisen uddeles på DKDK's Årskursus d. 20. september 2017.

Læs mere på DKDK's hjemmeside, [klik her](#).

Hudsult

Charlotte Voetmann, selvstændig v/ Hjerne & Sundhed, neuropædagogisk konsulent, underviser og demenskonsulent.

"Hvis du ikke rør mig, så dør jeg", er titlen på en bog skrevet i 90-erne.

Alle mennesker – uanset diagnose har brug for at få berøring livet igennem.

Berøring giver tryk og følelsen af at bliver anerkendt. Et kram aktiverer vigtige signalstoffer til hjernen. I denne artikel er der fokus på signalstoffet oxytocin og "hudsult". Mangel på berøring kan medføre "hudsult", der ofte viser sig ved en ændret adfærd i form af uro, der tager til over dagen. Især kan mennesker med kognitive dysfunktioner være mere følsomme for manglende berøring end andre.



Sultne sanser giver uro.

Hudsansen er vores største sans, og når den er understimuleret, giver det ubalance i kroppen og ændret adfærd - især hos sårbare mennesker. "Hudsult" også kaldet sensorisk deprivation ses hos personer, der gennem kortere eller længere tid ikke har fået tilstrækkeligt sanseindtryk gennem huden, blandt andet hos mennesker med demens.

"Hudsult" kan give problemer med:

- Samarbejdet omkring hygiejne
- Fornemmelsen af mængden af tøj på kroppen
- Afvisning af bestemte typer mad ved at spytte den ud
- Følsomhed over for træk
- Hændervridning
- Hyppig indsmøring i creme
- Urolig, rastløs, aggressiv adfærd eller tendens til at kradse sig selv.

Vigtigheden af berøring er gammel viden, som har været anvendt indenfor børneområdet og beskrevet gennem abeforsøg af den amerikanske psykolog Harry Harlow i 40'erne og 50'erne. Også den engelske psykoanalytiker John Bowlby og en ungarsk-amerikansk psykoanalytiker René Spitz havde fokus på det at miste tilknytning. I disse studier beskrives de udtryksløse øjne og ubevægelige ansigter og et fjernt blik, som symptomer på sensorisk deprivation.

Ældre og hudsult.

På trods af et langt indholdsrigt liv for mange ældre mennesker, mener jeg, at der kan trækkes paralleller fra disse teorier over til livets sidste fase. Mangel på berøring ses hos mennesker, der har mistet deres kære og nu modtager pleje og omsorg af ansatte, der får løn for at give omsorg. Ikke

fordi de ikke er professionelle i deres virke, men graden af samvær og omsorg kan aldrig erstattes af den autentiske relation, der har været mellem ægtefæller og i familien.

Heldigvis oplever jeg, at personalet på flere og flere plejehjem begynder at anvende "berøring" som en integreret del i relationsarbejdet. Når vi anvender berøring professionelt, ser vi ældre blomstre op og bliver nærværende. Nervøse mennesker får det bedre ved berøring. Eksempler viser at udadreagerende bliver mere trygge og rolige, samt medicinforbruget falder.

Hvor går grænsen??

Professionel berøring skal læres og for nogle ansatte tager det længere tid at lære.

Derfor er det vigtigt, at få koblet flere nuancer ind i fagligheden omkring berøring. Det handler både om afsender og modtager.

Lige præcis i udøvelsen af denne fysiske og medmenneskelige kontakt kommer vi meget tæt på vores egen habitus – ansattes såvel som borgers habitus, om hvordan den fysiske kontakt har udmøntet sig i samværet med andre igennem vores eget liv. Dette viser sig ved, at det ikke for alle falder naturligt og situationen kan blive lidt anspændt. Samtidig kræver det respekt for den enkeltes integritet og privatzone både hos personale, borgere og pårørende – og ikke mindst forskellighed. Særligt sårbare borgere med kognitive problemstillinger skal vi være særligt opmærksom på, idet de ikke er i stand til at sige til og fra.

At tilgodese den enkelte borger dagligt med berøring er ikke ensbetydende med,



Foto: © Hjerne og Sundhed

at vi nu skal til at kramme alle vore beboere eller borgere. Det er vigtigt, at vi hver især forholder os til vores egne grænser, samt at vi ikke kun aflæser os selv, men også vores borgere.

De ansattes faglige ansvar.

Ikke alle bryder sig om kram af hvem som helst. Men vi har en pligt til at sikre at de borgere, vi har ansvar for, får berøring og at berøring sker uden der nødvendigvis altid er en vaskeklud mellem borger og omsorgspersonen.

Og hvad med dem som ikke selv kan sætte grænser overfor sig selv eller hos andre, vil nogle tænke??

Det er her nuancerne i den faglige viden kommer ind.

Sansestimuli.

Vi har et begreb "sanseintegration". Ved sanseintegration forstås evnen til at kunne integrere de forskellige sanseindtryk vores krop modtager. Sagt på almindelig dansk - hjernens evne til at forstå, sortere, gemme og bruge alle de indtryk vi får hele tiden, gennem de oplevelser vi har, på en anvendelig og hensigtsmæssig måde. Dette i forhold både til os selv og andre.

Sanserne giver os indtryk og informationer om vores krop og om udefra kommende påvirkninger.



Foto: © Hjerne og Sundhed

Udøvelsen af teorien på omsorgsplan kaldes sansestimuli.

Gennem berøring af vores største sans huden frigøres blandt andet oxytocin i hjernen. Oxytocin har mange vigtige funktioner bl.a. som er det kvindelige hormon og livsnødvendige tilknytningshormon. Oxytocin produceres i begge køn. Frigørelsen af oxytocin virker afstressende, tryghedsskabende, blodtrykssænkende, fremmende for immunsystemet, giver bedre søvn. Alt sammen som en vigtig del af balancen i vores system.

Oxytocin aktiveres blandt andet gennem berøring over tid, gerne gennem et kram som bl.a. kan gives som et kram hen over skulderen, gennem berøring kombineret under samtale, hyggestunder ved kaffen eller når man går tur arm i arm.

Et kram eller anden form for positiv berøring er en god nonverbal måde, at føle den anden har set, hørt og forstået én, hvilket sætter positive spor i kroppen over tid. Især ved personer med nedsat kognitive funktioner vil "huskesporerne" i kroppen danne en positiv følelse, som sidder længere end verbal anerkendelse.

I andre situationer kan hovedbunds- eller bundsbunds- massage, rulle curlers i håret, håndmassage, fodmassage og kropsmassage give et ekstra pift af velvære, men dette er lidt mere tidskrævende, men giver tifold tilbage.



Foto: © Hjerne og Sundhed

Sansebearbejdning.

Berøring skal læres at anvende professionelt og personligt i sammenhæng med relationsarbejdet og det kræver tid.

Metoden i valg af stimulering afhænger af, om sanser skal vækkes eller overreagerende sanser hæmmes. Borgere, der virker uinteresserede og bare "sitter", fejltolkes ofte. Her kan der med fordel anvendes metoder, der giver flow af signalstoffer i hjernen. Ved valg af emner med højt tempo som f. eks. musik, dans eller kun en let berøring på tværs af kroppen.

Til andre borgere, som er urolige, kræves langsommere tempo med fast og rolig berøring, faste tryk, lun vandseng/slumretæppe, langsom tandbørstning eller gyngestol. Især velkendte emner har beroligende effekt.

Det er vigtigt at personen er tilpas med den valgte metode.

Eksempelvis vil valg af tyngedyner som kæde-, fiber-, granulat- eller kugledyne være afgørende for, hvilke effekt man vil opnå.

Som led i at opnå det bedste resultat ved sansestimuli vil valg af metoder kræve viden om personens alder og dysfunktioner, aktivitetsproblem, sansemæssige følsomhed, livshistorie og personlige ønsker for at opnå det bedste resultat.

Konklusion

Berøring har dobbelt effekt, idet personalet sideløbende selv får frigjort tilsvarende mængde oxytocin, når de giver deres borger et kram. Der er eksempler på afsmittende effekt på arbejdsmiljøet.

Mange ansatte oplever denne anderledes tilgang til berøring er et fantastisk virkemiddel og næsten bedre end "lykkepiller". Der er fantastiske eksempler på højere trivsel, glimt i øjet og lavere medicinforbrug ved borgere som ellers virkede meget forpint af deres sygdom. Kunsten er at finde metoder, der ikke kræver meget ekstra tid, men erfaringer viser at en indsats med berøring giver tifold igen.

Eller sagt med andre ord; at målet er, at nedbringe tiden til brandslukning, og i stedet investere mere tid i at opnå en større livsglæde, nedbringe medicinforbrug og få en langt roligere hverdag, hvor tingene er mere planlagt end tidligere.



Foto: © Hjerne og Sundhed

Litteratur:

"Berøringberoligere demente", af Anni Heiberg, Fagbladet FOA nr. 4/2016

"Sådan arbejder du med berøring", af Charlotte Voetmann, Fagbladet FOA nr. 4./2016

Video spot vedr. hudsult / de varme hænder - [klik her](#).

Videospot vedr. sansestimulation og de 7 sanser - [klik her](#).

Videospot vedr. nye nationale handleplan om demens og nedbringelse af medicinforbrug blandt ældre - [klik her](#).

Dernæst har jeg medvirket i ny filmserie om ---"At være pårørende til en demensramt" - [klik her](#).



Foto: © Hjerne og Sundhed

Demens og søvn

Tinna Klingenberg, udviklingskoordinator, Videnscenter for Demens, Aalborg Kommune, sygeplejerske, SocD og Marte Meo terapeut

Neuropædagogik

Socialpædagogik

Else sover dårligt - hun vågner hele tiden, og vi har i det hele taget også svært ved at få hende til at falde i søvn, hvad skal vi gøre?

Svarene her kan være mange - hurtige løsninger og metoder der ligger klar til at gøre brug af. Prøv med; en kædedyne, massage, en klud med lavendeldråber under puden, gode relationer og en hyggelig stund før hun sover, en dram, havregrød eller reguleret døgnrytmelys. Hvad man end vælger, vil man anvende trial-and-error-metoden, hvis man udelukkende lader sig forblænde af, hvad der er det nye sort lige nu, eller hvad der er "en evidensbaseret metode". Trial-and-error betyder, når man ser på Wikipedia; "*planløs aktivitet og tilfældige bevægelser, fordi man ikke har overblik over situationen og ikke har nogen meningsfuld forestilling om, hvordan et problem løses, eller et mål nås*".

Det betyder, at det manglende overblik over, hvorfor Else har svært ved at sove, skal skabes først, ellers er det ikke en ordenligt og god, velovervejet pleje og omsorg vi tilbyder Else. Selvfølgelig skal vi arbejde evidensbaseret, og mange siger også, at selvom det ikke er evidensbaseret, betyder det ikke, at det ikke virker. Dette kan der jo være noget om. Men omvendt kan man også sige, at fordi det er evidensbaseret betyder det ikke at det virker... for Else. Fordi Else er mørkeræd og har altid været det, og det døgnrytmelys vi har installeret på Elses stue betyder, at Elses stue henlægges i tussmørke om aftenen, og så bliver Else bange. Else ved jo ikke, hvad der er evidensbaseret.

For at skabe det overblik der kan give grundlag for god omsorg, og hvilke metoder der kan være relevante at inddrage i forhold til søvn og demens, kan man tage udgangspunkt i Tom Kitwoods personorienterede tilgang. Stort set alle der arbejder med demensområdet kender metoden, og ved at bruge den som udgangspunkt sikrer vi os, at vi kommer hele vejen rundt om mennesket, personen "Else". Vi kan arbejde nok så meget med tilknytning og relation, hvis Else er bange, fordi der sidder en dame og kigger på hende hele natten (fejlopfattelse af eget spejlbillede), og har Else en urinvejsinfektion, går den ikke væk med en kædedyne.

Det vil sige, at vi skal se på både: Helbred, neurologiske forandringer, biografi, personlighed og socialpsykologi. Ligeledes skal der kigges rundt om de 5 psykologiske behov. Herunder kan der ligge mulige løsningsforslag,

der så kan kombineres til netop den omsorg og pleje, Else har brug for, for at få en god nats søvn.

Neurologiske forandringer:

Ved demenssygdomme optræder søvnforstyrrelser ofte som en del af symptombilledet. Hvilke søvnforstyrrelser der er tale om, varierer alt efter hvilken type demens der er tale om. Der er ikke evidens for at behandle søvnløshed medicinsk. Både sovepille og antidepressiver har en meget begrænset effekt. Så når man taler om søvnforstyrrelser og demens i forhold til at søvnforstyrrelsen er en del af symptombilledet hos personer med demens, så er der ikke meget medicinsk, man kan stille op med(1).

Når det så er sagt, kan man dog se på, om der er nogle af de kognitive fær-dighedstab, der kan være årsag til, at man ikke sover så godt.

Man bør analysere, om der er noget i forhold til plejen og omsorgen omkring personen der skal justeres.

Hvis vi ikke hjælper personen med demens på en måde, så det er tilpasset ud fra deres kognitive funktionsniveau. Hvis vi "lader dem i stikken", og de er forvirret, fordi de er sat til at løse en opgave, der indeholder for store krav til, at de selv kan overskue det, vil det ofte sætte personen med demens i en tilstand af stress. Stress bevirker, at det bliver sværere for personen at falde til ro og falde i søvn.

Så: får Else tilpas hjælp? Der er mange mulige overvejelser, men gennemgår man de 5 Aér så er man godt dækket.



Amnesi: Husker personen hvad de er i gang med, ellers glemmer de, at de er på vej i seng. Kan man have rutiner, der kan være let genkendelige, der kan støtte hukommelsen?

Adfærd: Afledes personen af andre ting pga. manglende evne til at sortere indtryk? Kan personen der tænker: "jeg tror jeg vil gå i seng!", selv planlægge og udføre denne tanke uden hjælp og støtte, eller skal der hjælp til?

Agnosi: Kan personen klokken, og kan de orientere sig i tid eller sted, eller skal de have hjælp til dette? Er det nemt at genkende egen stue? kan vi gøre noget for, at det opfattes som et rart sted, eller genkendes bedre som ens eget hjem?

Apraksi: Ved de hvordan de gør sig klar til natten, ved de hvordan de får nattøj på osv. Eller skal der mere støtte og guidning til?

*"Om aftenen er jeg **bange** for, om jeg kan finde ud af at stå op næste morgen og gå i bad og finde tøj og ordne hår og ansigt. **Bange** for om jeg får gjort hvad jeg skal"*

(Kirstens Dagbog)

Afasi: Kan de give udtryk for verbalt, at de er trætte, eller er der tegn vi skal lære at se i stedet? Afpasser vi vores kommunikation, så det er nemt for personen med demens at forstå hvad vi siger til dem? Eller stresser vi dem ved at bruge for mange ord?

Helbred (2)

Er der Delir? Depression? Har man smerter? skal man tisse mange gange om natten? Kan det behandles, lindres? Har man fået aftenkaffe, the eller andet med koffein der er opkvikkende lige før sengetid? Har man lavet noget i løbet af dagen, så man er naturligt træt? er man sulten? Døjer man med meget mavesyre og sure opstød når man ligger ned? har man vejtrækningsproblemer KOL etc. der betyder at man ligger bedre med hovedgærdet let eleveret? Får man medicin med bivirkninger der forstyrrer nattesøvnen. Har man det varmt nok Ligger man godt, med puder og aflastning osv.

Brug ikke alkohol som sovemedicin. Man falder ofte hurtigere i søvn, når man har alkohol i blodet, men så længe der er alkohol i kroppen undertrykkes det normale søvn mønster, og søvnen er mere overfladisk med flere opvågninger. Herved forringes søvnkvaliteten, hvilket medfører træthed dagen efter (3).

Men hvad nu, hvis Else hver eneste aften de sidste 60 år har taget et halvt glas portvin før sengetid? Det er en klar markør, som Else kan genkende. Skal hun så have den? Vi lader spørgsmålet stå.

Biografi:

Har man hele livet sovet med sin hustru ved siden af og er man nu flyttet på plejehjem og sover alene? Er man mørkerød? Skal der være helt stille, eller skal der være lidt lyd omkring en? Har man haft natarbejde hele livet

eller været bager og stået op klokken 03? Er man tidligere sygeplejerske og Skal natte af på afdelingen inden man har ro på sig?

Personlighed:

Hvilke vaner har man haft? En øl til aften? faldet i søvn til fjernsynet? Aftensnack før sengetid? Har man haft meget strukturerede sengetider? har man siddet oppe midt på natten og læst lidt og så gået i seng igen? Er man A- eller B-menneske? Skal der være koldt eller varmt i soveværelset, hård eller blød madras osv.

Social psykologi:

Måden jeg bliver mødt på.

De 5 psykologiske behov:

Her er der nogle ting der er alment gældende, som ikke kun gælder Else, eller personer med demens generelt, men os som mennesker generelt. Nogle mangler det mere end andre, men fælles er at hvis vi ikke får opfyldt vores psykologiske behov som tilknytning, trøst, følelse af identitet, at have meningsfuld beskæftigelse og føle os anerkendt, elsket og inkluderet af menneskene omkring os, så fungerer vi ikke særligt godt

Vi er ikke kun os selv, vi er altid i en relation til en anden. 'Forviklet med hinanden' (4)- siger Kari Martinsen blandt mange andre teoretikere, og hvorfor er det vigtigt i forhold til søvn og demens?

(2) hos ældre med demens OBS de 5 geriatrike giganter; Ellen Astrid Holm og Finn Rønholt (red.) *Geriatrici*, Munksgaard 2016

10 (3) Søvn og søvnproblemer hos ældre, socialstyrelsen 2000 Afdelingslæge, ph.d. Pia Norup Würtz, Neurologisk Afdeling, Københavns Amts Sygehus i Gentofte
(4) Sanselig sygepleje, Sygeplejersken 1997 ; (7): 18-22. Sygeplejefaglige artikler, Anne Elsebet

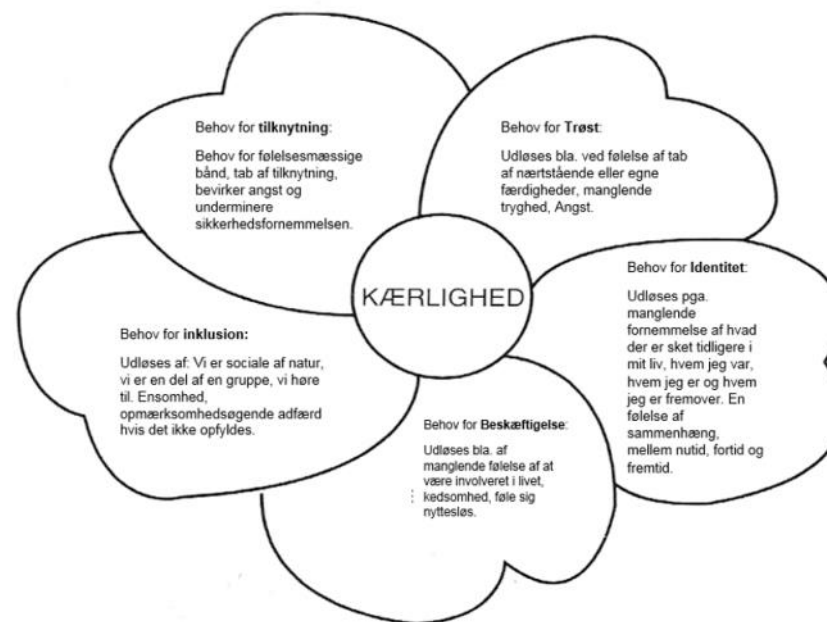
Det er det igen fordi, hvis man skal sove/falde i søvn, har man brug for at være afslappet og godt tilpas, at man føler en indre ro. Den indre ro påvirkes af og skabes sammen med andre.

Når vi eksempelvis befinder os i en situation, hvor vi er angste, aktiveres en fight or flight-respons

På baggrund af neurovidenskabelig forskning kan det forklares ved, at når arousal øges, sker der et skift i, hvilke neurale systemer der aktiveres (5). Vi begynder bl.a. at udskille cortisol, og vores krop er i en stresstilstand. Det er ubehageligt, men også kontraproduktiv, hvis vi skal sove. Hvis de psykologiske behov ikke er opfyldte, kan det give anledning til angst følelse (se figur 1). Kittwood siger det samme, selv om han ikke er neurobiolog, han taler blot om den ondartede social psykologi. Mødes vi ikke på de relationelle og emotionelle behov vi har, gør det noget ved os.

Så hvordan bliver Else Mødt? Hvordan er hendes behov dækket over dagen? Mødes hun af et stort smil på gangen eller et vigende fortravlet blik fordi stue 14 har kaldt igen? hvordan er kulturen? "må man godt stå op klokken 4.30?" Er stedet man bor og hjælpen man får, eksempelvis i eget hjem af hjemmeplejen, indrettet efter dette? Er der faste rytmer og vagtskifter, der kolliderer med de vaner den enkelte kan have? Går Elses dag med at vente på næste måltid, eller har hun indhold i sit liv? Modtager Else omsorg? Med andre ord: er de relationer Else møder i løbet af dagen, med til at hun kan gå i seng med ro i sindet og sove trygt?

Så summa summarum handler det om først at finde ud af **hvorfor** sover Else ikke godt, for dernæst at inddrage den **faglige viden** vi har inden for de respektive områder med de metoder, indsatser og hjælpemidler der måtte være. Slutteligt vil jeg citere Dorthe Birkmose, da hele humlen under overskriften Demens og søvn ville kunne samles i de to sætninger nedenfor. Artiklen kunne have heddet demens og ambulerende eller demens og hjælpesøgende adfærd eller alt muligt andet, for mig at se er fremgangsmåden, overvejelserne de samme.



Figur 1, frit efter-Tom Kittwood, En revurdering af demens.

.....Faglighed skaber den kreativitet, der kræves for at lave de individuelle strategier, som kan sikre, at man lykkes med at hjælpe andre.
Vi kan roligt gå i gang med i langt højere grad at bruge al den viden, som allerede er tilgængelig (6).

Nyt netværk for demenskoordinatorer, som arbejder med borgere med Huntingtons Sygdom i DK.



Som demenskonsulent og VISO specialist på Huntington området erfarer jeg, hvor store udfordringer, der kan være i at yde den demensfaglige og målrettede støtte til borgere ude i kommunerne med Huntingtons Sygdom. Det er en kompleks og mangeartet opgave. Og ofte er erfaringen med denne borgergruppe minimal, da det er en sjælden sygdom, og da der ikke er så mange borgere med sygdommen i den enkelte kommune.

Jeg sidder i Landsforeningen Huntingtons Sygdoms bestyrelse, og vi har derfra taget initiativ til at oprette en lukket gruppe på Facebook for demenskonsulenter/ demenskoordinatorer, som har interesse i dette område.

Landsforeningen vil dermed lægge op til netværksdannelse, faglig inspiration og tage initiativ til faglige mødefora blandt demenskoordinatorer i DK.

Du kan tilmelde dig den lukkede gruppe på Facebook, Huntington Demenskonsulent, [her](#).

Demenskonsulent og VISO specialist
Anni O. Frederiksen
Herning Kommune. plcaf@herning.dk
Landsforeningen Huntingtons Sygdom



Alzheimerforeningen tilbyder

Siden 2010 har mennesker med en demenssygdom kunnet komme på to årlige højskoleophold arrangeret af Alzheimerforeningen. "Aktiv Højskole" er navnet på opholdet, der støtter mennesker med en demenssygdom i at bevare livsglæden



og leve et aktivt liv. Programmet består, som de fleste andre højskoleophold, af en blanding af socialt samvær, aktiviteter, udflugter og spændende oplæg. Men vigtigst af alt får kursisterne mulighed for at danne relationer til andre i samme situation og prøve på egen krop, alle de ting, de stadig kan gøre, selvom de har en demenssygdom.

Idéen til Aktiv Højskole udsprang fra Alzheimerforeningens TænkeTank for yngre mennesker med demens, hvor deltagerne efterlyste en mulighed for at have hyggeligt samvær med andre mennesker med en demenssygdom. Faguddannet personale og frivillige er med på opholdet og støtter kursisterne, når behovet melder sig.

Datoer for Aktiv Højskole 2017:

Aktiv Højskole Gerlev d. 15.-19. maj 2017 – ansøgningsfrist d. 31. marts

Aktiv Højskole Brandbjerg d. 2.-6. oktober 2017 – ansøgningsfrist d. 31. juli

Det er muligt at søge et éngangslegat af 10.000 kr. til højskoleopholdet. Læs mere om legat og højskoleophold på Alzheimerforeningens hjemmeside: www.alzheimer.dk

DKDK tilbyder

Hvert år afholder DKDK ferie på Hotel Nyborg Strand for demensramte og deres pårørende. Det er ferie, hvor der er opvarthning og planlagte udflugter med ferieguider, der har en uddannelse indenfor demensområdet. Skulle noget opstå, er der altså professionel hjælp at få. Ferierne er forløbet over en lang årrække, så vi har en del erfaring med både at afholde og planlægge.

Ferierne afholdes i juli måned, og vejret har næsten altid været godt, så vi har kunnet gennemføre de planlagte aktiviteter. I år arrangeres to ferieophold:

- Uge 29 (mandag d. 17. juli – torsdag d. 20. juli)
- Uge 30 (mandag d. 24. juli – torsdag d. 27. juli)

Hvis der i hjemkommunen er visiteret hjemmehjælp, træder Nyborg Kommunes hjælp til, så pårørende også kan føle, at de er på ferie.

Vi har også aktiviteter på hotellet som spil, fællessang, dans og meget samvær, hvor der er mulighed for at få en snak med ligesindede. Ofte opstår der små netværk mellem feriegæsterne. Hotellets personale er vant til os, og der bliver taget hensyn til vores ønsker af forskellig art. Vi har kun mødt velvillighed og hjælpsomhed.

Hvert år søges om økonomisk bistand fra Tips-og Lottopuljen, der bruges til at reducere feriegæsterne pris, og er gæsterne medlem af Alzheimerforeningen kan de én gang søge midler fra Arvid Nilssons Fond til at holde ferie for.

Vi har kun oplevet tilfredse feriegæster, så vi oplever ferierne som en succes, og mange kommer igen, hvis det kan lade sig gøre. Tilmeldingsblanket udfyldes og sendes til feriekoordinator, der søger for tilbagemeldinger. Mere information og tilmeldingsblanket findes på DKDK's hjemmeside, www.demens-dk.dk

Feriekoordinator Kirsten Sejerøe



DKDK på demensdagene

DKDK har en stand på demensdagene, som bliver afholdt d. 8. og 9. maj i København. Kig forbi og hent en demensferiebrochure og en flyer om årskurset.

[Læs mere om demensdagene ved at klikke her.](#)



DKDK aktivitetskalender

24. marts 2017

Møde DKDK's bestyrelse og regionsrepræsentanter - Odense

19. maj 2017

Bestyrelsesmøde

Uge 29 og 30

DKDK Demensferie - se www.demens-dk

19. september 2017

Bestyrelsesmøde

20. - 22. september 2017

DKDK's Årskursus, Hotel Nyborg Strand

Program udsendes medio juni

Nyhedsbrevet

udgives af
DemensKoordinatorer
i Danmark
ISSN: 1603-3086

DKDK

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

Formand

Lone Vasegaard
Tlf. 2665 2839
l_vasegaard@hotmail.com

Næstformand

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

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

Sekretariat

Faglig sekretær
Marianne Lundsgaard
ml@demens-dk.dk

Ansvarshavende redaktører

Tine Johansen
Addi Wissing Nikolajsen

Redaktion

Marianne Lundsgaard
Jeanette Frandsen

Næste nummer udkommer:
Juni 2017

