

# MEDLEMSBLAD

## Efterår 2020

23. årgang  
Oktober 2020



### Det bliver en lang dans med COVID-19

Leder



COVID-19 blevet en del af vores hverdag og vil formodentlig sætte dagsorden for vores arbejde langt ind i 2021. De 98 kommuner håndterer situationen på forskellig vis, og det er her i efteråret tydeligt, at nogle kommuner er mere restriktive end andre ikke mindst i forhold til, om aktiviteter for og med borgerne gennemføres, og om

medarbejdere kan deltage i kursusdage.

Brugen af værnemidler er en udfordring og nogle borgere har svært ved at forstå, at vi kommer til hjemmet iført mundbind og visir, hvor de ikke kan se vores smil. Som fagpersoner udfordres vores kommunikative evner og tålmodighed, så vi også i denne situation kan yde den bedst mulige hjælp og støtte. Det er en situation, som vi nu har levet med siden i marts måned, og som fortsat kræver en del af os og af borgere og pårørende.

### To nye rapporter

Sundhedsstyrelsen har netop publiceret "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens", der sætter rammerne for, hvordan kommuner, regioner og praktiserende læger kan organisere samarbejdet til gavn for borgere med demens og deres pårørende. Anbefalingerne lægger op til et tæt og systematisk samarbejde med demenskoordinatorer som en helt central funktion i hele forløbet. DKDK har været repræsenteret i den faglige arbejdsgruppe, og bestyrelsen glæder sig over, at anbefalingerne nu er publiceret. Der har længe været et behov for fokus på tværsektorielle forløb. [Læs anbefalingerne her.](#)

DKDK er medlem af Folkebevægelsen for et demensvenligt Danmark, der netop har offentliggjort en rapport om Demensvenlighed i Danmark.

Rapporten er baseret på besvarelser fra knap 6.000 personer, der tæller mennesker med demens, pårørende, og fagpersoner – heriblandt en del demenskoordinatorer. Intentionen bag undersøgelsen og rapporten er at belyse livet med demens, som det opleves i 2020. For eksempel hvilke udfordringer mennesker med demens oplever, når de færdes på egen hånd i det offentlige rum, og hvor langt vi er nået med at skabe et mere demensvenligt samfund. Rapporten skal danne grundlag for Folkebevægelsens fremtidige arbejde med at

inspirere til et mere demensvenligt samfund - lokalt og nationalt samt til samarbejder på tværs af forskellige aktører. Læs nærmere om rapporten på side 15.

Folkebevægelsen tester i øjeblikket prototypen på et nationalt demenssymbol, som bevægelsen håber, mennesker med demens vil bære.

### Husker du træningsguiden?

Sundhedsstyrelsen gennemførte i slutningen af 2019 en erfaringsopsamling af kommuners og udvalgte frivillige foreningers kendskab til og anvendelse af "Guide til fysisk træning og aktivitet for mennesker med demens", der udkom i 2018 – [find den her.](#)

Erfaringsopsamlingen viste, at der blandt kommuner og frivillige er et stort kendskab til træningsguiden, men også at den kan bruges mere. Jeg har derfor deltaget i et møde i Sundhedsstyrelsen, hvor vi drøftede, hvordan brugen af træningsguiden kan fremmes, så guiden ikke går i glemmebogen. Der var bred enighed om, at demensteams i kommunerne har en central rolle, da vi har kontakt med både mennesker med demens og øvrige medarbejdere. Der var også enighed om, at kommunernes forskellige organisering gør det umuligt med én model, samt at fokus fra ledelsen har afgørende betydning. Mødet gav Sundhedsstyrelsen mange ideer til erfaringsdeling f.eks. "gå hjem møder", en hjemmeside, en app og virtuelle/fysiske møder – ideer som Sundhedsstyrelsen nu overvejer.

I skrivende stund forbereder bestyrelsen et møde med kontorchefen fra Ældre- og Sundhedsministeriet og et par af hendes embedsmænd. Mødet er kommet i stand efter vores henvendelse i august til sundheds- og ældreminister Magnus Heunicke, og vi vil på mødet præsentere DKDKs erfaringer og ideer til en bedre demenspleje i kommunerne.

Lone Vasegaard  
formand

### INDHOLD:

Leder	1
Nyt fra Sundhedsstyrelsen	2
Demenssimulator	4
Det Interne Rejsehold i Kolding Kommune	6
Akutteam for demente	9
Det halter med demensvenligheden i Danmark	15
Praksisnær uddannelse gør det nemmere	18
Kort Nyt og Aktivitetskalender	23

# Nyt fra Sundhedsstyrelsen

Nicoline Lykkegaard Leisner, fuldmægtig, enhed for ældre og demens, Sundhedsstyrelsen

Nyt fra styrelsen



I Sundhedsstyrelsen er Covid-19 fortsat en stor og vigtig arbejdsopgave, som hele styrelsen er optaget af. Der er dog heldigvis også tid til at arbejde på de mange øvrige projekter og initiativer på demensområdet.

## Demensrejseholdet

Med aftalen om udmøntning af reserven til foranstaltninger på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet 2020-2023 blev der afsat 20 mio. kr. til videreførelse af Demensrejseholdet med særligt fokus på nedbringelse af antipsykotisk medicin. Initiativet er en del af en samlet opfølgning på Demenshandlingsplan 2025 med henblik på at understøtte udvalgte indsats for at nå målene i Demenshandlingsplanen.

Et forløb med Demensrejseholdet kan styrke medarbejdernes kompetencer, og evalueringen af tidligere rejseholdsforløb peger på, at de fører til ændringer på de enkelte afdelinger eller plejehjem, hvor medarbejdere bagefter oplever, at de yder en bedre plejeindsats til gavn for borgerne

Kommuner og private plejeeenheder på ældreområdet har kunnet ansøge om at få besøg af Sundhedsstyrelsens Demensrejsehold i perioden 2021-2022. De første forløb starter i 1. halvår af 2021 og bliver derefter løbende afviklet frem til primo 2022. I løbet af næste år vil der blive annonceret endnu en ansøgningsrunde, hvor der kan søges om Demensrejseholdsforløb i perioden 2023-2024. Et forløb varer 16-20 uger.

Demensrejseholdsforløbene tager afsæt i metodiske og læringsmæssige erfaringer fra Sundhedsstyrelsens rejsehold; Demensrejsehold i 2016-2018 og Værdighedsrejsehold 2019-2021.

Forløbene tager afsæt i personcentreret omsorg samt en praksisnær tilgang til læring igennem fælles refleksion, læringsgrupper, beboerkonferencer og temadage.

## Evaluering af Puljen Praksisnært kompetenceløft i kommuner og regioner

Der har i de senere år været et stigende fokus på kompetenceudvikling på demensområdet både på kommunalt og regionalt niveau. For at understøtte denne positive udvikling har en lang række kommuner, regioner og private leverandører i perioden 2017-2019 fået støtte fra den nationale Demenshandlingsplan 2025 til at gennemføre en bred vifte af praksisnære kompetenceløft omfattende ca. 24.000 medarbejdere og ledere for i alt 139 mio.kr.

Der er gennemført en [evaluering](#) af de 56 støtteberettigede projekter bestående af en monitorering af forløbet samt udarbejdelse af en erfaringsopsamling, der kan give viden og inspiration til andre, der ønsker at igangsætte kompetenceløftsforløb.

Evalueringen viser bl.a., at

- kompetenceløftet har øget deltagernes viden

om demens og kendskab til indsatser på demensområdet

- størstedelen af deltagerne kan omsætte og anvende ny viden og redskaber i praksis efter kompetenceløftet
- kompetenceløftet har styrket praksis på flere parametre (fx styrket forståelse af situationen hos mennesket med demens)
- kompetenceløftet har bidraget med større refleksion, en større lyst til at tilegne sig viden, en større tilfredshed i arbejdet og en større sparing.

### Handlingsplan til at forebygge, håndtere og lære af udadreagerende adfærd

[Handlingsplanen](#) der blev offentliggjort sidste år, har til formål at skabe en mere målrettet og sammenhængende indsats i forhold til at reducere udadreagerende adfærd i ældreplejen. Handlingsplanen har et særligt fokus på at sammentænke trivsel for borgere med demens og tryk blandt medarbejdere, så indsatser kan medvirke til at styrke begge dele. Som følge af handlingsplanen er en række initiativer blevet sat i søen. Der arbejdes i øjeblikket især med de tre følgende:

#### Anbefalinger og inspiration

I øjeblikket arbejder vi med at lægge sidste hånd på udgivelsen 'Forebyggelse, håndtering og læring af udadreagerende adfærd og voldsomme episoder – inspiration og anbefalinger til ældreplejen'. Med udgivelsen sættes der fokus på, hvordan organisationen med fordel kan arbejde med at forebygge, håndtere og lære af voldsomme episoder i hverdagen med det formål at fremme trivsel for både borgere og medarbejdere. Anbefalingerne udkommer i en lang version og en kort version, som let kan tilgås i hverdagen.

#### Diplommodul til at arbejde med forebyggelse og håndtering af udadreagerende adfærd og voldsomme episoder

Med udgangspunkt i anbefalingerne udvikles et diplommodul, hvor deltagerne gennem prak-

sisnær undervisning kan opnå viden og kompetencer til at arbejde med trivsel og tryk for både borgere og medarbejdere. Diplommodulet udvikles af Professionshøjskolen UCN og vil blive udbudt flere steder i landet i løbet af 2021 og 2022.

#### Ny afprøvning af Beboerkonferencen

I foråret udkom den nye demenshåndbog [Beboerkonferencen i praksis](#), som beskriver metoden til at afvikle Beboerkonferencer, og som er udarbejdet på baggrund af erfaringer med brug af metoden. I 2021-2022 skal metoden afprøves i en række projektkommuner, og på den baggrund skal der udarbejdes en evaluering af gevinster og omkostninger ved brug af metoden. Sundhedsstyrelsen vil i den forbindelse søge efter kommuner, der ønsker at medvirke til afprøvningen. Hold øje med Sundhedsstyrelsens hjemmeside, hvor det vil blive annonceret.



# Demenssimulator

Jonas Holsbæk, selvstændig konsulent inden for ældre-, demens- og teknologiområdet

Kære læser – jeg er blevet bedt om at skrive en kort artikel om den demenssimulator, jeg bruger i min undervisning og fortsat udvikler på. Demenssimulatoren har været et løbende projekt for mig de sidste syv år, og det er derfor lidt svært at strukturere skrevet her med en klassisk baggrund, resultat og konklusion – i stedet skriver jeg det som en kronologisk proces:

Det hele startede i 2013 hvor jeg skulle lave en workshop for ergoterapeutstuderende på PH Metropol omhandlende demens. Jeg spurgte de studerende, hvad de godt kunne tænke sig at lære, og der nævnte de blandt andet, at det kunne være spændende at få et indblik i, *hvordan det opleves at have en demenslidelse*. Det ønske blev siddende på min nethinde, og jeg gik efterfølgende i gang med at undersøge, hvordan jeg kunne lave en simulation af at have demens.

Mit første forsøg på at simulere oplevelser ved demens, var via en "drømmerejse", hvor de studerende skulle forestille sig forskellige scenarier. Rammen var en minetur, hvor de studerende mistede færdigheder, jo længere de kom ned i minen. Simulationen bestod i at mærke efter på egen krop, hvordan de ville have det med at *miste orienteringen, muligheden for at kommunikere samt at udføre aktiviteter*.

De studerende beskrev deres følelser, samt hvordan de mente, de ville reagere – nogle aggressivt andre opgivende og en masse midt imellem. På den måde fik de en kropslig oplevelse af den uadreegerende adfærd, der jo var en naturlig reaktion på den situation, de var i (ligesom mennesker med demens). Mit første forsøg med simulation gav mig blod på tanden, og i 2014 startede jeg arbejdet med at lave en egentlig demenssimulator.

*Lidt om simulationsmetoden* - det er en effektiv måde at give personer oplevelser og erfaringer med sygdom og særlige situationer i et kontrolleret og sikkert miljø. Det giver en anden mulighed for at skabe erkendelser og forankre viden end almindelig undervisning, til pårørende eller plejepersonale. Der har længe været "ældresimulatorer", "fedmedragter", "KOL simulator" og "Gigtsimulator". En typisk simulation vil starte med en briefing, hvor en moderator eller un-



derviser introducerer til simulatoren, og evt. gør opmærksom på, hvad man særligt skal lægge mærke til ved simulationen. Herefter foregår afprøvning af simulatoren, og efterfølgende laves en debriefing, der ofte er en form for opsamling eller feedback på oplevelsen med simulatoren. Da jeg startede mit arbejde med simulatoren i 2013, var der flere eksempler på demenssimulatorer, og der kommer stadig flere til. Min liste er ikke fuldkommen, men giver et indtryk af de forskellige typer af simulatorer, der er tilgængelige:

- A. I England har Alzheimer UK udviklet en gratis VR-app, som viser en interaktiv film om, hvordan det kan opleves ikke at genkende ting samt glemme, hvad man har gang i. Man følger en ældre dame, der skal købe ind og have besøg af sin datter og oplever hendes tanker og forvirring i de forskellige aktiviteter (app'en er gratis, udviklet for Alzheimer UK's app til ios og android og hedder: A Walk through dementia).
- B. Den industrielle designer Di Pengs eksamensprojekt fra 2016 var en maske, der forvrænger billeder og lyd realtime, og dermed kan give en oplevelse af at have syns- og høreforstyrrelser, give koncentrationsbesvær og påvirke arbejdshukommelsen. Dermed giver den en oplevelse af, hvordan det i forskellige omgivelser kan op-

leves at have nogle af de symptomer, der kan opstå ved en demenslidelse.

- C. I Holland udviklede de i 2010 en mixed virtuel reality simulator. Det er en ret omfattende demenssimulator, der hedder Into d'mentia. I sommeren 2020 blev den oversat til dansk, og det er nu muligt at prøve den - den står ved SOSU Øst i Århus, og er et besøg værd, hvis man er på de kanter. Simulationen indeholder en case, som man kan træde ind i og opleve på egen krop. Der er fokus på både kognitive og affektive problemstillinger ved demens. En af simulationerne foregår i et køkken, hvor det er muligt at bytte rundt på skabe (køleskab og køkkenskabe), hvilket besværliggør at finde det, der skal bruges, samt kommunikation med en person via en interaktiv skærm (intodmentia.com).
- D. I USA har plejehjemmet Morning Pointe Senior Living lavet en virtuel guide, der kan simulere oplevelsen af at have Alzheimers demens. Simulatoren forvrænger lyd og påvirker deltagerne med sensoriske input, der nedsætter deres koncentration og arbejdshukommelse – deltageren får informationer om opgaver, der skal udføres på 12 minutter. Brugeren påføres derefter høretelefoner med støj, briller med sløret syn, gummihandsker med sammentapede fingre, bare tæer i sko hvor der ligger en mønt i hver. Opgaverne foregår i en standardbolig på plejecenteret, der er dedikeret til simulationen, og deltagerne skal derefter udføre dagligdagsopgaver såsom rede seng, finde tøj frem o.lign.
- E. Yankee Lee, der er innovatør og designer, har udviklet en udstilling, der giver en sanselig oplevelse af, hvordan det kan være at have en demenslidelse. Udstillingen blev udviklet til brug for beboere i Hong Kong og skulle informere lokalbefolkningen, men udstillingen var i 2019 forbi Danmark i forbindelse med demensugen.

### Egne erfaringer med demenssimulation

Det siger sig selv, at en demenssimulator ikke præcist kan vise, hvordan en demenstilstand opleves; men den kan give en kropslig oplevelse af, hvordan det er at miste nogle af de færdigheder, som mennesker med demens også mister. Både pårørende, sundhedspersonale og studerende har haft gavn af at mærke og se, hvordan det er at miste kognitive færdigheder kombineret med den kropslige oplevelse af at begynde at svede, blive irriteret eller opgivende samt den efterfølgende træthed/udmattethed, der opstår ved overstimulering af sanserne.



Simulatoren er i øjeblikket mobil og fylder ikke mere end en lille flyttekasse. Den består af en arkitektlampe med ledlampe (lyd der skifter farve), arbejdshandsker med forskellige dupper, en siddepude med hårde klodser i og et headset med sort snak i loop. Deltagerne prøver simulatoren i grupper af to eller tre. Den, der har iført sig simulatoren, skal først lave en praktisk opgave og derefter svarer på spørgsmål (inspireret af Moca test). Efter endt simulation reflekterer gruppen over kvaliteten af opgaveløsningen og svarene fra moca testen samt simulansens ændrede adfærd.

### Videre arbejde

Jeg samarbejder i øjeblikket med IT-universitetet omkring at udvikle en teknologisk "smart" udgave af demenssimulatoren. Målet er at lave en simulator, der kan tilpasse de sensoriske stimuli til den enkelte, så der opnås et kognitivt overload. Kort fortalt så påvirkes hippocampus ved Cognitive Overload, hvilket kan medføre kortvarige tegn på nedsat arbejdshukommelse, orientering, koncentration og sproglige færdigheder. Simulatoren skal undervejs overvåge forsøgspersonen og samle data, så den kan give feedback til brugerne, omkring hvad der var svært, hvordan deres sved/varme ændrede sig, og hvilke symptomer de viste tegn på ved simulationen.

Den første Moch up er klar inden jul, og vi satser på at have en prototype klar i slutningen af 2021.

Har I yderligere spørgsmål til simulatoren, er I velkomne til kontakte mig på [jonas@holsbaek.dk](mailto:jonas@holsbaek.dk) eller lytte til podcast om demenssimulator på: <http://holsbaek.dk/podcasts/>

# Det Interne Demensrejsehold i Kolding Kommune

Lene Fog Andersen, Demenskonsulent, Kolding Kommune

Fra medlem til medlem



## Baggrund

Kolding Kommune var i begyndelsen af 2018 en af de heldige kommuner, som kom med i projektet "Demens Rejseholdet" under Sundhedsstyrelsen, og fire af kommunens plejehjem fik uddannet nøglepersoner. Som en del af undervisningen blev ledere og sygeplejersker oplært i at facilitere borgerkonferencer. Projektet var så stor en succes for både beboeres og medarbejders trivsel, at kommunen valgte at søge om flere midler til at få uddannet et lille hold af interne demensrejseholds-undervisere, som skulle oplæres af Sundhedsstyrelsen konsulenter. Dette projekt blev afsluttet i november 2019 og vores lille team på fire – bestående af tre demenskonsulenter og en ergoterapeut - er nu godt i gang med den interne kompetenceudvikling i personcentreret omsorg.

I alt har alle 10 kommunale plejehjem gennemført forløbet, og vi er i gang med det ene af de tre private plejehjem. Desuden har det kommunale aflastningscenter fået undervisning tilpasset deres rammer og vilkår. Planen er, at hele sygeplejen og hjemmeplejen på sigt skal kompetenceudvikles, og der er bred politisk tilslutning til hele indsatsen.

## Undervisningsmetode

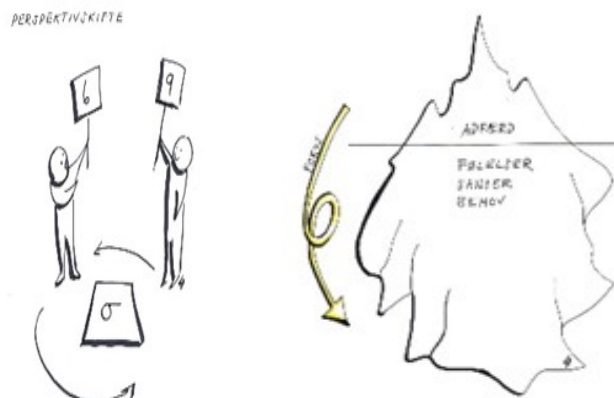
Undervisningen med Det Interne Demensrejsehold –

kaldet DID i Kolding Kommune tager afsæt i metoderne, som det oprindelige projekt var baseret på.

Metoden er aktionslæring, hvor vi hele tiden arbejder i en vekselvirkning i mellem oplæg og praktiske øvelser, som medarbejderne anvender til at reflektere over egen praksis. Det vil sige, at der hele tiden kommer cases på fra hverdagen, hvor vi skal overføre teoretisk viden via refleksion til den konkrete borger. Det vil sige, at medarbejderen forholder sig til "hvordan kan jeg som medarbejder allerede i morgen gøre tingene på en anden måde, når jeg oplever, at det er svært?" Dette bygger på faglig viden frem for personlige synsninger, som vi taler rigtigt meget om i undervisningen.

Teoridelen i Det Interne Demensrejsehold tager udgangspunkt i meget af den teoretiske viden, som vi alle har mere eller mindre af med os i vores faglige baggrund. Det trækker vi fortsat på. Det der er styrken i Demensrejseholdet er, at teorien er gjort enkel og visuel, så vi alle taler det samme sprog og med enkle genkendelige begreber. Som et eksempel taler vi meget om, "hvad mon der ligger under isbjergget hos denne borger?" – der er en årsag til al adfærd, også selvom det medfører, at vi oplever afmagt, og det er svært at forstå. Hvilke behov, følelser og sanser er ikke blevet dækket?

Vi taler også rigtigt meget om perspektivskiftet, hvor vi hele tiden skal øve os i at flytte os over i borgerens sted og kigge på det hele billede af mennesket – Tom Kitwoods teori – og prøve at forstå borgeren.



Dette er blot to eksempler på de metoder, som vi anvender.

Teorierne består af en del flere aspekter, men styrken er, ud over at de giver mening at arbejde med, at de smelter sammen med den overordnede strategi i Kolding Kommune "Selvværd og Sammenhæng", hvor vi alle først skal kigge ind i borgerens oplevelse af situationen og hvor vi ud fra borgerens perspektiv skal prøve at forstå, hvad der er i spil og dernæst gå i vores fagland og analysere på, hvad vi som medarbejdere kan gøre muligt for at møde borgerens behov.

### **Planlægning og afvikling af undervisningen**

Når vi afvikler undervisningen af personalet, har vi altid forberedt os grundigt. Holdene og medarbejderne er forskellige, og kulturen på de enkelte plejehjem er også forskellig. For mange medarbejdere er det en sårbar situation at skulle slippe fodfæstet for en stund og turde kigge ind på sig selv på en ny måde.

Det kræver tryghed på holdet, og det er vi som undervisere meget opmærksomme på. Vi arbejder selv meget med at være anerkendende over for medarbejderne og hjælpe dem til at føle sig trygge på holdet. Derfor vil det altid være en ny ramme at undervise medarbejderne i, også selvom vi lige har undervist i de samme emne et andet sted. Det, tror vi også på, er med til at kvalificere den læring, som finder sted, og vi har fået feedback på, at det gør en kæmpe forskel.

Vi forsøger altid at skabe en rød tråd i undervisningsforløbet, som oftest strækker sig over nogle måneder til et halvt år. Vi underviser fire hele dage i mindre grupper og på to hele temadage, hvor vi samler flere hold. Herudover har vi altid et opstartsmøde på det enkelte plejehjem med rigtig mange medarbejdere og en Kick-off som afslutning på forløbet. Her viser nøglepersonerne noget af det, som de har lært for de øvrige medarbejdere. Dette har været vist som små skuespil, praktiske øvelser, fortællinger og meget mere.

Det er også vigtigt at fortælle, at alle øvrige medarbejdere deltager i både opstartsmøde, før vi starter kompetenceudviklingsforløbet for nøglepersonerne, og de får tilbudt undervisning på halve temadage.

### **Ledelsens rolle**

Det er altid et krav, at lederne fra det enkelte sted deltager, da de er rollemodeller for deres medarbejdere, og samtidig er de med til at sikre, at der bliver fulgt op på læringen fra gang til gang, hvor medarbejderne får små opgaver, de skal arbejde med hos borgerne, inden vi mødes igen.

Den største del af læringen foregår imellem de gange, vi er sammen, hvor medarbejderne er ude at prøve viden af og hjælper deres kollegaer ved at møde dem nysgerrigt og anerkendende, når der er noget der er svært. Det Interne Demensrejsehold har et tæt samarbejde med ledelsen i hele undervisningsforløbet.

### **Borgerkonferencer**

Vi afholder borgerkonferencer på hver af de fire undervisningsdage, hvor ledere og sygeplejersker bliver oplært i at følge en meget fast struktur, som sikrer at vi får lavet en analyse af en svær adfærd omkring en borger. Dette munder ud i nogle konkrete aftaler, som alle skal tage ansvar for og være tro imod, så vi kan arbejde hen i mod at forebygge, at borgeren har det svært. Vi inddrager ofte Low Arousal-tilgangen, som jo netop er ro-givende pædagogik, så vi arbejder hen imod at reducere kravene til borgerne, der ofte er mere kognitivt ramt, end man umiddelbart tror, og vi derfor ofte kommer til at stille for store krav – uden at vi er bevidste om det.

I borgerkonferencen kommer vi igennem processer i forhold til at se det hele menneske, og vi arbejder målrettet med den personcentrede tilgang med udgangspunkt i Tom Kitwoods teori. Vi har selv udviklet



videre på Sundhedsstyrelsens materiale i forhold til analysen af borgeren, så vi nu har en Kolding-model, der giver mening i vores hverdag.

### **Erfadage**

Når nøglepersonerne på det enkelte plejehjem har gennemført undervisningen ved Det Interne Demensrejsehold (DID), fortsætter udviklingen i form af to årlige erfadage, hvor de mødes med de øvrige plejehjem til foredrag eller oplæg fra DID, som de efterfølgende arbejder med i workshops med deres respektive kollegaer og ledere fra det enkelte plejehjem.

DIDs vigtigste opgave på erfadagene er at være processtyrere og facilitatorer, men selve bearbejdet med at beslutte indsatser ligger hos det enkelte plejehjem. Med andre ord er kompetenceudviklingen en fortløbende proces, som ikke slutter.

### **Nyansatte medarbejdere**

En vigtig del af Det Interne Demensrejseholds opgaver er også at sikre, at nyansatte medarbejderne bliver klædt på til at være sammen om den personcentrede omsorg, så vi alle trækker i samme retning. Dette er enormt vigtigt, for at vi kan holde fast i den proces, som vi lægger rigtigt meget energi i, og som vi kan se, gør en forskel.

De nyansatte får meget af den samme undervisning, som vi giver til det øvrige personale, som ikke er nøg-

lepersoner, men som er lige så vigtige at klæde på. Vi arbejder med en kulturforandring, og processen er afhængig af, at vi kommer bredt omkring medarbejdergruppen.

### **Sparring og støtte til medarbejderne**

Det Interne Demensrejsehold bliver – ud over undervisning - kontaktet i forhold til særlige udfordringer omkring borgerne, hvor der er forsøgt afvikling af borgerkonference af teamet selv, og hvor det stadigvæk er svært at hjælpe borgerne med at være i ro. Her kan vi som rejsehold tilbyde forskellige indsatser – afhængig af problematik og behov. Eksempler på dette er undervisning i f.eks. Low Arousal tilgang, sansestimulering m.m.

Det kan også være, at vi står for at facilitere en ny borgerkonference i en udvidet form, hvor vi også inddrager tværfaglige samarbejdspartnere og inddrager undervisning. Hele tiden er udgangspunktet den rehabiliterende tænkning i at hjælpe borgeren tilbage til trivsel og støtte vores kollegaer til at opleve trivsel og mestring.





# Akutteam for demente – en del af Ældrepsykiatrien ved Psykiatrisk afdeling Odense, Universitetsfunktion

Helle Akselbo, ambulantsygeplejerske, cand.phil., Akutteam for demente

BPSD

Denne artikel omhandler de adfærdsændringer, der kan forekomme hos patienter med demens, og hvordan udekørende teams oprettet i Psykiatrien i Region Syddanmark varetager opgaver i forbindelse med de problemer, der ofte opstår, når et menneske udvikler demens.



Lokalpsykiatrien i Odense har to teams til behandling af adfærdsforstyrrelser ved patienter med demens. Kroniske adfærdsforstyrrelser varetages i Ældrepsykiatrisk team, mens nyopståede adfærdsforstyrrelser varetages i Akutteam for demente med psykiatriske symptomer eller adfærdsforstyrrelser (her kaldet Akutteam for demente). Akutteam for demente er hjemmehørende i Lokalpsykiatrien i Odense og dækker det meste af Fyn og øerne.

Som beskrevet i Den Nationale Demenshandlingsplan 2025 - [find den her](#) - er det tværsektorielle samarbejde med overgange og overleveringer af vigtige informationer afgørende for det gode forløb for mennesker med demens. Denne artikel har fokus på arbejdet i Akutteam for demente og herunder samarbejdet med demenskoordinatorerne.

## Akutteam for demente

Akutteam for demente er et ældrepsykiatrisk specialteam, som varetager behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD) hos ældre med moderat til svær demens. Målgruppen er patienter med en demensdiagnose, som har akut opståede adfærdsforstyrrelser. BPSD består af ikke-kognitive symptomer og inkluderer blandt andet apati, agitation, aggression, angst, hallucinationer og vrangforestillinger.

Intentionen er, at Akutteam for demente kan medvirke til, at brugen af magtanvendelse reduceres. Hurtig og specialiseret behandling kan føre til, at voldsomme reaktioner hos patienten begrænses og formentlig også til et fald i antallet af indlæggelser i psykiatrisk afdeling. Målet med indsatsen er, at patienten får mere ro og forhåbentlig ikke længere er forpint af sine BPSD-symptomer.

Akutteamet for demente vil indenfor 48 timer kunne yde en hurtig indsats i situationer, hvor en borger med demens reagerer voldsomt over for omgivelserne.

## Arbejdet i Akutteam for demente

### Visitation

Et forløb i Akutteam for demente starter med modtagelse af en henvisning fra patientens egen læge, når der hos patienten forekommer behandlingskrævende BPSD-symptomer, som lægen ikke selv kan behandle. Henvisningerne visiteres på teamets konference, hvor det beslutes, om patienten skal ind-visiteres, samt hvor hurtig indsatsen skal være. En hurtig indsats kræver, at der foreligger en grundig udredning hos egen læge, hvor det er vigtigt, at patienten har været somatisk undersøgt, og der foreligger blodprøver samt EKG.

### *Første besøg*

Første besøg foregår i patientens eget hjem (ofte plejehjem). Patienten undersøges af en speciallæge i psykiatri og en erfaren sygeplejerske, hvor der optages en grundig sygdomshistorie. I den forbindelse er personale fra teamet afhængig af, at der er pårørende og plejepersonale til stede, således at der kan komme supplerende oplysninger under samtalen. Patientens sygdomshistorik og aktuelle helbredsforhold belyses og vurderes i forhold til den aktuelle situation. De sociale forhold afdækkes, herunder liv og samliv samt tidligere interessefelter. Ved behov suppleres der med kognitiv testning (MMSE) samt struktureret indspørgen til BPSD ved brug af Neuro-psychiatric Inventory (NPI).

Samtalen sigter mod at afklare adfærdsforstyrrelser, som er pinefulde for patienten, og i hvilken grad de påvirker pårørende og personale, samt afklare hvilke behandlingsmuligheder der findes.

Ved plejehjemsbeboere får plejepersonalet til opgave at registrere patientens tilstand på et ugeregistreringsskema, observere for virkninger og bivirkninger ved evt. medicinændringer eller nonfarmakologiske tiltag samt notere evt. pn-medicin. Denne opgave kan være en udfordring ved patienter, som stadig bor i eget hjem med ægtefælle, hvor det ofte er ægtefællen, som varetager opgaver i relation til patientens medicinindtag. Det kan i en del tilfælde være en fordel, at hjemmeplejen tilknyttes hjemmet og hjælper med dette.

### *Opfølgende besøg*

De efterfølgende besøg foretages som oftest af sygeplejersken alene, hvor der følges op på patientens tilstand og personalets og/eller de pårørendes observationer. Under samtale med patient, pårørende og personale analyseres og vurderes patientens tilstand, og der vejledes i forhold til non-farmakologisk

behandling/socialpædagogiske tiltag. Ved overvejelser om medicinændringer inddrages de pårørende i videst muligt omfang, specielt i de tilfælde hvor patienten vurderes som inhabil. Efter besøget konfererer teamets sygeplejerske og læge om patientens tilstand, og der vurderes på ny, om der skal ændres på den medicinske behandling.

Den somatiske tilstand skal altid være en del af observationerne og vurderingerne, og der er særlig opmærksomhed på urinvejsinfektioner og smerter. Er der ved teamets besøg vurderet, at der er helbreds-mæssige tiltag, som hører under egen læge, vil denne behandling varetages af egen læge efter henvendelse fra plejepersonalet eller Akutteam for demente ("shared care").

Et andet vigtigt element i samarbejde med patient, plejepersonale og pårørende er den understøttende og empatisk rummende funktion. Indfølelighed og timing kan være afgørende for samarbejdet. Opmuntring, ros, anerkendelse, sparring og understøttelse af indsatsen skal gå hånd i hånd med vejledning, opstramning og til tider mere undervisningsprægede samtaler. Både læge og sygeplejerske i teamet møder mennesker i en svær livssituation. For patienten med demens kan det f.eks. være oplevelsen af at miste sig selv og den dermed følgende angst. For den pårørende kan det være sorgen og bekymringen over gradvist at se sin kære forsvinde, men ofte også en udmattelse efter et langvarigt sygdomsforløb. Ligeledes ses det at personalet trods erfaring og uddannelse bliver udtrættede af langvarige BPSD-symptomer hos en dement beboer, som f.eks. er uroligt vandrende og råbende og forpint.

En patient, en yngre kvinde i 50'erne, som har fået en tidlig Alzheimers sygdom, har boet på et plejehjem i ca. tre år. Plejepersonalet på plejehjemmet er for manges vedkommende samme alder som patienten.

BPSD er reglen snarere end undtagelsen ved demenssygdom, og op mod 80 % af beboere på plejehjem har klinisk signifikant BPSD.

Der kan typisk være tale om aggressiv, ophidset og urolig adfærd, irritabilitet, angst, depression, manglende initiativ og motivation samt psykotiske symptomer som hallucinationer og vrangforestillinger.

Depression forekommer hyppigt i forbindelse med demens. Op imod 50% af personer med Alzheimers sygdom får symptomer på en depression på et eller andet tidspunkt.

I alt vil 80 til 97% af patienter med Alzheimer sygdom blive ramt af et symptom fra BPSD i løbet af deres sygdomsforløb. (Kilde:2)

De typiske symptomer er/ kan være: forstyrret døgnrytme, natteuro, søvnforstyrrelser, angst, vrede, hallucinationer og vrangforestillinger, depressive symptomer, angst, emotionel labilitet, apati, eufori, agitation (verbal eller motorisk hyperaktivitet der kan udtrykkes i en ustoppelig talestrøm, syngen, råben og andre former for mere eller mindre meningsløse aktiviteter, der kan gentages i timevis.), verbal og fysisk aggressivitet, irriterabilitet, ambulering /bortgåen fra bolig, formålsløs vandren rundt, hæmningsløshed, formålsløs adfærd hele tiden i opposition, samt spise- og appetitændringer.

ten. Efterhånden som patientens demens udvikler sig, og patienten mister funktioner, mødes personalet af hendes fortvivlelse og afmagt over at miste sig selv. Dette gør et meget stort indtryk på personalet, som føler sig magtesløse og samtidig skal rumme patientens sorg. Her er det vigtigt, at teamet, ud over selve behandlingen og vejledningen, kan rumme såvel patientens, de pårørendes og plejepersonalets afmagt. Ud over dette er supervision en afgørende indsats for, at plejepersonalet kan komme helskindet igennem et sådant forløb.

### Udredning og Behandling af BPSD

Hos Akutteam for demente er udgangspunktet at forsøge at afdække årsagen til symptomer eller adfærdforstyrrelser samt fokusere på at forebygge eller afhjælpe de problemer, der har udløst symptomerne. Behandling af BPSD ved demens foregår almindeligvis bedst ved at tilpasse miljøet (nonfarmakologisk behandling). Mange psykiatriske symptomer er vanskelige eller umulige at behandle med medicin, som i værste fald kan have alvorlige bivirkninger og konsekvenser for den demensramte. [Læs de nationale kliniske retningslinjer om forebygelse af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos mennesker med demens her.](#)

BPSD-symptomerne diagnosticeres og analyseres på basis af observation af patienten og interviews med patient og pårørende/omsorgsperson.

BPSD-symptomer vil oftest vise sig som en fluktuerende tilstand (altså svingende tilstand hvor symptomernes intensitet varierer over tid). Symptomerne kan være til stede allerede fra det tidspunkt, demensdiagnosen stilles, men forekommer hyppigst ved

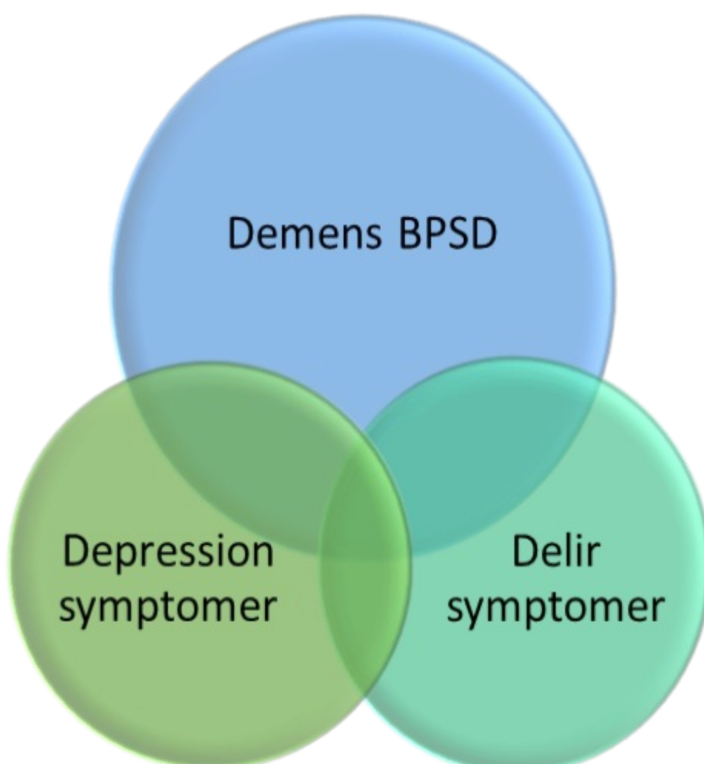
svær demenssygdom. Undertiden forstærkes den urolige adfærd hen under aftenen (også kaldet *sun-downing*).

### Årsager til BPSD

Både biologiske, psykologiske og miljømæssige faktorer spiller ind i forhold til udvikling af BPSD. De neurobiologiske forandringer i hjernen, miljømæssige forhold (flytning, ændringer i miljø, familierelationer mm) samt somatisk sygdom og medicinforbrug er eksempler på dette.

Selvstændige diagnoser som depression og delir forekommer hyppigt hos personer med demens og kan bidrage til symptombilledet af BPSD.

Delir er en tilstand, der kan udvise stort set alle psykiatriske symptomer, men som næsten altid skyldes en somatisk årsag eller medicin. Patienten har svingende bevidsthed og er konfus i modsætningen til ved en psykiatrisk lidelse, hvor patienten er vågen og klar. Tilstanden står oftest på i dage til uger. Ældre mennesker og mennesker med demens har øget risiko for delir, som både kan udløses af svær sygdom som mere "simple" tilstande, såsom hudinfektioner, blærebetændelser, smerter eller søvnmangel (note 1). Udredning af den fysiske årsag og behandling af denne medfører oftest normalisering af tilstanden i løbet af en kortere periode. Af og til kan det kræve antipsykotisk behandling i en kort periode.



Depression forekommer hyppigt i forbindelse med demens. Op imod halvdelen af personer med Alzheimers sygdom får symptomer på en depression på et eller andet tidspunkt. (kilde1).

Vores erfaringer i Akutteam for demente er, at der ofte er flere forskellige forklaringer og årsager til BPSD. Det kan kræve et længere forløb at få afklaret årsagerne. Nogle gange, når én årsag er afdækket og måske løst, kan der dukke en anden problematik frem. En problematik, som har været overskygget af et andet problem. En anden årsag kan være, at patientens demens udvikler sig løbende i kontaktforløbet.

Ved tilbagevendende problemer, kan det være godt givet ud at fokusere på tilgangen til patienter. Det kræver et tæt og konstruktiv tværsektorielt samarbejde med involvering af både demenskoordinator, plejehjemsleder og personale. Akutteam for demente kan i begrænset omfang facilitere processen ved supervision af personalegruppen.

### **Non-farmakologisk behandling og farmakologisk behandling ved BPSD**

Sundhedsstyrelsen har udgivet en national klinisk retningslinje omkring behandling af BPSD-symptomer, [find den her](#).

I retningslinjen er det en klar anbefaling, at der forsøges non-farmakologisk behandling af BPSD-symptomer forud for medicinsk behandling, da evidensen, for at medicinsk behandling afhjælper BPSD, er begrænset, mens bivirkningerne kan være alvorlige.

### **Non-farmakologisk behandling**

Non-farmakologisk behandling /vejledning gives som regel allerede ved første kontakt ud fra den enkelte patients problemstillinger og muligheder. Som oftest har man i samarbejde med egen læge eller demenskoordinator forsøgt flere tiltag inden første besøg. Det er vigtigt at undersøge, om der kan være underliggende problemstillinger i forhold til tilgangen til patienten i dennes umiddelbare miljø. Dette være sig om patienten bor sammen med ægtefælle, alene eller på plejehjem.

Jeg nævner her en række forskellige Nonfarmakologiske tiltag, som f.eks. kan anvendes i vejledningen:

- Faste rammer og struktur
- Personcentreret omsorg
- Demensvenlig kommunikation
- Validering
- Low arousal - tilgang
- Optimal stimulation / Skærmning
- Sanseintegration
- Afslappende musik / genkendelig musik
- Fysisk aktivitet (ofte gåture)
- Massage (Gerne B-BAUM massage)
- Lysterapi og aroma terapi
- Sanering af støj, stærkt lys samt inventar i boligen (nips, billeder mv).
- Registrering af og optimering af søvnmønster
- Tyngdedyner, -forklæder, - stole, - pud
- Demensdukker, tøjdyr, robotter o. lign.
- Tangles, puslespil o.lign.
- Reminiscensarbejde, fotos m.v.
- Besøgshunde o.lign.
- Supervision

Der kan forekomme overlapning i forhold til demenskoordinatorernes/-konsulenternes arbejde.

Denne overlapning varetages ideelt set i samarbejde. Ved nogle patienter kan vi have en del møder fælles til stor gavn for patienten. Opgavefordeling er her en rigtig god mulighed.

Forskellen i vores indsats er bl.a., at teamet typisk er tilknyttet patienten i en kortere periode (dog af og til op til år), hvor demenskoordinatoren kan være tilknyttet i en længere årrække. Desuden er teamets indsats en behandlende indsats, selvom der er socialpædagogiske elementer i arbejdet, som vil være overlappende med demenskoordinatorens arbejde. I teamets arbejde er langt de fleste af borgerne flyttet på plejehjem, hvor demenskoordinatorerne oftest har deres funktion, mens borgeren stadig bor i deres "egen bolig". Dette vil være lidt forskelligt fra kommune til kommune.

En af fordelene ved at have en demenskoordinator inde i billedet er i vores arbejde, at der ofte på forhånd er etableret en god kontakt, tillid og fortrolighed ind i familien / til den demente, som for teamet kan have stor betydning for et givende samarbejde med den demente og de pårørende!

Men træerne vokser ikke ind i himlen, og da vi ofte kan vurdere patienten hurtigere end demenskoordi-

natoren, er der ikke altid den ønskede mulighed for tæt samarbejde. Tidsperspektivet kan her være en hindring såvel som kapacitet i antal af demenskoordinatorer, som ikke i alle kommuner syntes berammet til også at varetage vejledningen af plejecentrene.

### **Farmakologisk behandling**

Mulighederne for farmakologisk behandling afhænger af diagnosen. I de tilfælde, at der kan anvendes antidementielle præparater, er dette førstevalget.

Når Akutteam for demente påbegynder behandlingen af en patient, er den medicinske behandling ofte allerede påbegyndt af egen læge eller speciallæge/afdeling.

#### *Antidemensmedicin*

Antidemensmedicin kan have en stabiliserende virkning på det kognitive funktionsniveau, den praktiske funktionsevne i hverdagen (ADL) og patientens generelle tilstand. Denne medicin er førstevalg i den medicinske behandling, da det er den mest skånsomme behandling med de færreste bivirkninger. Ud over patienter med Alzheimers sygdom gives denne medicin også til patienter med Lewy Body demens og demens ved Parkinsons sygdom.

De to typer medicin er:

- Acetylcholinesterasehæmmer: Donepezil, galantamin, rivastigmin. Anvendes fra diagnosens tidlige start.
- NMDA-receptorantagonist: Memantin. Anvendes, når sygdommen er nået moderat til svær grad.

I teamets arbejde med BPSD-symptomer er der en del ordinationer og efterreguleringer af patientens antidemensbehandling. Vores erfaringer er, at der

når som helst i behandlingsforløbet kan opstå bivirkninger eller behov for mindre doser. Ordination af antidemensmedicin eller reduktion evt. seponering af denne kan have stor effekt i behandling af BPSD. Antidemensmedicin kan hjælpe bredt på adfærdsstyrrelserne, om end den nationale retningslinje ikke har fundet evidens for at den generelle virkning er stor, og behandling med antidemensmedicin ikke bør være begrundet alene i behandling af BPSD.

#### *Antidepressiva*

SSRI bør kun anvendes ved alvorlig BPSD, ved nøje overvejelser og efter non-farmakologiske tiltag. Medicinen er ikke vanedannende og medfører sjældent bivirkninger. Akutteam for demente anvender oftest Sertralin, som ud over en antidepressiv effekt desuden kan have en dæmpende effekt på frontale symptomer. Ved døgnrytmeforstyrrelser anvendes Mirtazapin, som kan medvirke til en god nattesøvn.

#### *Antipsykotika*

Ifølge de nationale retningslinjer bør antipsykotika ikke anvendes og kun ved svær forpintethed eller fare for patienten selv eller omgivelser. Medicinen kan anvendes ved psykotiske symptomer, uro, aggression og andre adfærdændringer hos personer med demens. De psykotiske symptomer skal være ledsaget af betydelig forpintethed.

Før der træffes beslutning om behandling med antipsykotika, bør mulige fordele og risici ved behandlingen drøftes med pårørende samt patienten, hvis pågældende skønnes i stand til at kunne tage stilling. Der er stor risiko for bivirkninger og forhøjet dødelighed, hvorfor stor forsigtighed tilrådes.

Ved opstart skal man altid planlægge et forsøg på gradvis seponering (senest 3 mdr. efter opstart).



Særlige forhold kan gøre, at lægen vælger at fortsætte en behandling.

### *Benzodiazpiner*

De nationale retningslinjer siger følgende:

”Det kan overvejes at anvende benzodiazepiner med kort halveringstid i enkeltstående situationer til behandling af BPSD, herunder angst og uro, hvor andre lægemidler har været forsøgt. Behandlingen bør være kortvarig, og der skal være opmærksomhed på bivirkninger ”

Der anvendes typisk Oxapax i små doser. Der kan være god gavn af dette f.eks. ved uro og i forhold til angst, og ofte vil ordinationen være efter behov.

Generelt om psykofarmaka er anbefalingerne, at vi så vidt muligt efter en periode på typisk 3-6 måneder skal forsøge en ned-og aftrapning. Det vil altid være vigtigt, at der holdes nøje øje med patientens tilstand i denne nedtrapningstid. Og det kan være nødvendigt at reetablere behandlingen og evt. bibeholde den, hos nogle af de dårligste patienter, hvor teamet typisk er involveret.

Vores erfaringer i Akutteam for demente er, at det kan være meget forskelligt, om patienterne kan tåle den ordinerede medicin. Nogle skal have mindre doser end andre, og andre kan ikke tåle præparatet. Dette kræver en tæt opfølgning, og et tæt samarbejde med personale og patientens pårørende.

### **Søvnforstyrrelser**

Personer med Alzheimers sygdom sover ofte dårligere end raske ældre. Søvnproblemer og Alzheimers sygdom menes at indgå i en ond cirkel og forstærker måske hinanden. Også hos personer med andre demenstyper ser vi ofte søvnforstyrrelser. Ofte er grunden BPSD-problematikker og søvnen retter sig ofte, hvis vi kan afhjælpe disse. Andre gange må vi forsøge at afhjælpe søvnproblematikken sideløbende. Som tidligere skrevet kan anvendes Mirtazapin (antidepressiva), men vi ser også ofte effekt af det naturlige hormon Melatonin.

### **Afsluttende**

Vores arbejde med medicinændringer går hånd i hånd med anbefalinger om nonfarmakologiske tiltag i en fælles indsats for at bedre tilstanden og tilværelsen for vores demente patienter.

Vores mål med indsatsen er, at patienten har fået mere ro og forhåbentlig ikke længere er forpint af sine BPSD-symptomer. I nogle tilfælde er symptomerne helt forsvundet, i andre tilfælde er de tilbagevendende men i mindre grad og uden forpinthed hos patienten.

Arbejdet i Akutteam for demente er et specialområde, som kræver erfaring og viden, sparring og konferencer, men i høj grad også en ydmyghed i forhold til, hvad den demente og de pårørende ønsker i forhold til indsatsen og behandlingsniveau.

I forbindelse med COVID-19 pandemien har der selvfølgelig været en del bekymrede pårørende, som ikke har kunnet besøge deres kære. Der har været demente beboere, som har savnet deres pårørende og deres daglige / ugentlige aktiviteter og er blevet opgivende og deprimerede. De har betalt en høj pris for den tid, vi er i.

Samtidig har vi erfaret, at der er en gruppe af demente med svære adfærdsforstyrrelser, som lader til at profitere af den ro, der indfandt sig på plejehjemmene i forbindelse med besøgsrestriktionerne. Der var ikke besøg af pårørende, ej heller til de øvrige beboere, og mange steder har man f.eks. spist i mindre grupper end tidligere. Personalet har haft lidt bedre tid, da mange møder har været aflyst. Måske dette kan give stof til eftertanke i tiden efter pandemien.

\*\*\*\*\*

### **Henv./ kilder:**

- 1) Nationalt Videnscenter for Demens
- 2) Sundhed.dk ,samt SST.dk, Nationalt Videnscenter fir Demens
- 3) [Nationale Kliniske Retningslinjer forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens](#)

### **Note 1**

*Delir:* Symptomerne opstår akut, er ofte vekslende i intensitet og dramatiske og skræmmende. De typiske symptomer er: Konfusion, desorientering, paranoia, forstyrret døgnrytme, natteuro / søvnforstyrrelser, angst, vrede, dramatiske hallucinationer, vrangforestillinger, motorisk uro, fjernhed (stille delir), sort tale, rodende, dørsøgende, sengeflygtig etc.

Ny rapport afdækker livet med demens anno 2020:

## Det halter med demensvenligheden i Danmark

Omkring 2 millioner danskere mellem 18-90 år har demens inde på livet igennem deres private relationer, arbejde, uddannelse eller frivilligt arbejde. Det viser en ny undersøgelse og rapport baseret på 5.800 besvarelser, som Folkebevægelsen for et Demensvenligt Danmark har udarbejdet.

Undersøgelsen peger på, at det generelt halter med demensvenligheden i alle lokalområder i Danmark og 83 procent deltager i færre sociale- og/eller fritidsaktiviteter efter at have fået demens. Godt 90.000 danskere anslås at have demens.

Demensvenlighed

Foto: Unsplash.com



Undersøgelsen peger også på, at det offentlige rum ikke er tilstrækkeligt demensvenligt indrettet (veje, skilte, afmærkning), og at befolkningen generelt mangler viden om, hvordan man afkoder og hjælper en person med demens, som man fx møder i supermarkedet, i bussen eller på museet.

”Personer, der lever med demens, er en relativt stille gruppe borgere, der ikke råber højt om egne behov. Samtidigt er mange danskere i tvivl om, hvordan de spotter og hjælper mennesker med demens. Derfor er der brug for nogle konkrete redskaber og en fælles forståelse for, hvad det betyder at have demens,” siger Lone Harlev, sekretariatsleder i Folkebevægelsen for et Demensvenligt Danmark – et samarbejde, der består af 13 landsdækkende organisationer, bl.a. Alzheimerforeningen, FOA, Ældre Sagen og DKDK.

### Oplysningsindsats og nyt demenssymbol

En oplysningsindsats skal nu give gode råd til, hvordan vi alle kan hjælpe mennesker med demens med at færdes trygt i det offentlige rum. De gode råd kan findes på [www.demensvenligt danmark.dk](http://www.demensvenligt danmark.dk).

Desuden er prototypen til et nyt demenssymbol lige nu ved at blive testet blandt personer med demens. Symbolet skal fremover være med til at gøre det mere trygt og overskueligt at bevæge sig ud i det offentlige rum, når man har en demensdiagnose. Symbolet bliver udviklet som led i den nationale indsats ”Bedre hjælp til mennesker med demens i det offentlige rum” på foranledning af Sundheds- og Ældreministeriet.

”Personer med demens, der bor i egen bolig, kan sagtens indgå i lokalsamfundet og i fællesskabet, og flere undersøgelser peger på, at fysiske og sociale aktiviteter er vigtige for livskvaliteten. Men demens påvirker i nogle tilfælde også retnings- og koordinationsansen. Derfor er det fx ikke overraskende, at ni ud af ti tætte pårørende til personer med demens angiver i undersøgelsen, at deres nærtstående oplever udfordringer med at færdes i det offentlige rum,” siger Lone Harlev og fortsætter:

”Der skal ofte ikke så meget til, for at gøre det mere trygt for en person med demens at færdes i det offentlige rum. Hvis man for eksempel står bag en person, der lidt forvirret står og roder i sin pung i supermarkedet eller møder en person, der ser desorienteret ud i bussen, så kan det være en person med demens, som lige skal have lidt ekstra tid til at finde dankortet eller busbilletten, eller som måske har brug for en hjælpende hånd.”

### Lille forspring til lokale aktiviteter

Selv om undersøgelsen generelt peger på behov for forbedringer, så viser den også, at der hvor vi er længst med demensvenligheden, er i forhold til at skabe lokale aktiviteter inden for kultur, fritid og motion.

42 procent blandt pårørende, fagpersoner og frivillige mener dog ikke, at lokale aktiviteter er tilpasset mennesker med demens. Hertil kommer, at hele 62 procent oplever, at service- og butikspersonale ikke har viden nok om, hvordan de hjælper mennesker med demens, og 66 procent oplever, at det offentlige rum ikke er demensvenligt indrettet.



Foto: Unsplash.com

### **Om at leve med demens**

Når demens rammer, kan eksempelvis sproget, hukommelsen og evnen til at orientere sig forsvinde langsomt, hvilket stiller særlige krav til omverdenen. Disse krav kan dog være svære for omverdenen at efterleve – primært fordi demens ikke nødvendigvis er synligt, og fordi dem, der skal hjælpe, mangler viden om, hvilken hjælp mennesker med demens egentlig har brug for. Den manglende støtte og rummelighed kan betyde, at mennesker med demens og deres pårørende oplever det omgivende samfund som utrygt og som konsekvens heraf isolerer sig og bliver ensomme.

*Kilde: Rapporten "Bedre hjælp til mennesker med demens i det offentlige rum"*

"Forspringet når det gælder lokale aktiviteter målrettet personer med demens kan blandt andet skyldes de 14 rådgivnings- og aktivitetscentre for hjemmeboende personer med demens og deres pårørende. De blev oprettet i 2018 fordelt over hele landet og tilbyder netop aktiviteter, som er tilpasset mennesker med demens. Men for manges vedkommende kræver det, at man har mod på at færdes alene uden for eget hjem for at komme til og fra aktiviteten. Undersøgelsen peger med andre ord på, at det ikke er nok at tilbyde demensvenlige aktiviteter, det skal også

være trygt at komme derhen," understreger Lone Harlev.

### **Kulturoplevelse, svømmehal eller shopping**

På baggrund af den indsamlede viden i den nye rapport og undersøgelse er Folkebevægelsen for et Demensvenligt Danmark i gang med at teste prototypen af et nationalt demenssymbol, som personer med demens frivilligt kan vælge at bære eller have med sig.

"Symbolet skal øge trygheden ved at bevæge sig fra A til B – hvad enten det gælder den ugentlige fritidsaktivitet, en tur i svømmehallen, på kunstmuseum, på sygehuset eller på indkøbstur. Demenssymbolet skal samtidigt gøre det nemmere for andre at vise ekstra hensyn eller hjælpe til, hvis en person med demens virker desorienteret eller forvirret. Symbolet bliver i første omgang testet i en række hverdagsituationer på personlige genstande, som ofte er i brug, når man laver dagligdagsgøremål uden for hjemmet," fortæller Lone Harlev.

### **God basis for at rydde benspænd af vejen**

2 millioner berørte af demens er ifølge Gunhild Waldemar, overlæge og professor i klinisk neurologi og leder af Nationalt Videnscenter for Demens, overraskende mange.

Men det tyder ifølge hende også på en høj grad af

### **Om den nye undersøgelse og rapport**

Rapporten "Bedre hjælp til mennesker med demens i det offentlige rum" er udarbejdet for at kaste lys over, hvilke udfordringer mennesker med demens oplever, når de færdes på egen hånd i det offentlige rum, og hvor langt vi er med at skabe et mere demensvenligt samfund. Rapporten bygger på en undersøgelse blandt 5.762 danskere i alderen 18-90 år, som har delt deres erfaringer, oplevelser, meninger og viden – blandt undersøgelsens deltagere er både mennesker med demens, pårørende og bekendte, frivillige, fagpersoner og personer uden relation til demensområdet. Resultaterne fra undersøgelsen skal bruges af Folkebevægelsen for et Demensvenligt Danmark til at prioritere og designe den nationale indsats: 'Bedre hjælp til mennesker med demens i det offentlige rum'.

Projektet er igangsat som et satspuljeprosjekt i 2019 og refererer til Ældre- og Sundhedsministeriet.

Undersøgelsens samlede gennemførselsprocent ligger på 78 pct.

Data er indsamlet i perioden d. 28. februar til d. 26. april 2020 igennem:

- Ti af Demensvenligt Danmarks organisationer, der har delt undersøgelsen via sociale medier, nyhedsbreve, medlemspaneler og direkte mail.
- Et eksternt panel, hvor 1.997 besvarelser repræsentativt på køn, alder og region er indsamlet. Panel: Nordstat, via Epinion.
- Deling af undersøgelsen via Demensvenligt Danmarks eget netværk, kanaler og via lokale rådgivnings- og aktivitetscentre.

Desuden er der foretaget 24 kvalitative interviews via telefon med mennesker med demens med det formål at supplere den kvantitative data.



## Om Folkebevægelsen for et Demensvenligt Danmark

Folkebevægelsen for et Demensvenligt Danmark har eksisteret siden 2017 og er et samarbejde mellem 13 landsdækkende organisationer, der sammen og hver for sig arbejder for at gøre det lettere for mennesker med demens og deres pårørende at leve et fortsat deltagende liv.

Demens er en folkesygdom, der kan ramme os alle, og godt 90.000 danskere anslås at lide af demens ifølge Nationalt Videnscenter for Demens. Antallet forventes at stige i de kommende år. Derfor er de følgende 13 organisationer gået sammen i koordinerede, nationale indsatser for at gøre Danmark mere demensvenligt; Alzheimerforeningen, Danmarks Almene Boliger, Danske Fysioterapeuter, Danske Professions Højskoler, Dansk Erhverv, Dansk Sygeplejeråd, Demenskoordinatorer i Danmark, Ergoterapeut Foreningen, Faglige Seniorer, FOA, Pårørende i Danmark, Social Pædagogerne og Ældre Sagen.

Som en del af satspuljeaftalen for 2019-2022 arbejder Folkebevægelsen for et Demensvenligt Danmark med udvikling og lancering af en national indsats under overskriften "Bedre hjælp til mennesker med demens i det offentlige rum." Indsatsen har fokus på fem overordnede målsætninger:

- Større oplevet tryghed ved at færdes i det offentlige rum (også pårørende).
- Mindre grad af isolation.
- Et mere deltagende liv med demens.
- Større oplevet mestring ved at overkomme udfordringer (i det offentlige rum).
- Større oplevet inklusion og hjælpsomhed fra det omgivende samfund.

### For yderligere oplysninger og interview:

Lone Harlev, sekretariatsleder, Folkebevægelsen for et Demensvenligt Danmark. Tlf. 5192 8232. Email: [lone@demensvenligtdanmark.dk](mailto:lone@demensvenligtdanmark.dk)

motivation i den brede befolkning, når det gælder om at bidrage til at gøre det mere trygt for personer med demens at færdes alene i det offentlige rum.

"Undersøgelsen viser endda, at selv de danskere, der ikke er i berøring med demens mener, at man kan leve et godt og deltagende liv med en demensdiagnose - og det har de helt ret i. Livet slutter ikke, fordi man har demens. Men vi er nødt til tale højt om, hvordan man med ret enkle tiltag kan gøre det mere trygt for personer med demens at foretage sig dagligdagsaktiviteter uden for hjemmet. Selv den daglige indkøbstur gør for eksempel en stor forskel i forhold til trivsel og livskvalitet, og mange typer af fritidsaktiviteter er med til at vedligeholde de fysiske funktioner. Derfor er det vigtigt, at vi aktivt gør noget for at undgå de benspænd, som kan få personer med demens til at isolere sig derhjemme," fortæller Gunhild Waldemar.

Rapporten er tilgængelig for pårørende, fagpersoner og andre borgere på

[www.demensvenligtdanmark.dk](http://www.demensvenligtdanmark.dk).

Gode råd til, hvordan vi alle kan hjælpe mennesker med demens med at færdes i det offentlige rum kan - sammen med råd om demensvenlig indretning af hjemmet og det offentlige rum - findes på

[www.demensvenligtdanmark.dk](http://www.demensvenligtdanmark.dk)



Foto: Unsplash.com

# Praksisnær uddannelse gør det nemmere at vejlede

Signe Tonsberg, journalist - artiklen er fra hjemmesiden Viden på Tværs, [www.vpt.dk](http://www.vpt.dk)

Et stigende antal danskere får demens. I Københavns Kommunes ældrepleje er medarbejderne klædt godt på til opgaven med blandt andet demensvejledere i hjemmeplejen og på plejehjemmene, som er godt uddannet inden for demens. Men selve det at stille sig frem og vejlede kan være en udfordring. Et nyt kompetenceudviklingsprojekt har hjulpet vejledere og videnspersoner med at udvikle deres vejlederkompetencer.

Kompetenceudvikling

Demensvejledere og videnspersoner i Københavns Kommune har gennem de sidste to år deltaget i et kompetenceudviklingsforløb, som er udviklet af kommunens Sundheds- og Omsorgsforvaltning i samarbejde med Københavns Professionshøjskole. Ideen har været at lave kompetenceudvikling så tæt på hverdagen som overhovedet muligt.

Praksis

For nærheden til praksis er nemlig alfa og omega, hvis den nye viden skal bruges, påpeger Nanna Skriver, der er innovations- og evalueringschef i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune og ansvarlig for kompetenceudviklingen på demensområdet.

*"Vores mål er, at mest mulig viden bliver overført i praksis. Men det kræver, at vores erfarne og fagligt dygtige medarbejdere også er gode til at lære fra sig og løfte deres kolleger. Vi tror på, at jo tættere kompetenceudvikling er på en genkendelig praksis, som du står i i din hverdag, jo nemmere er det at omsætte dine nye kompetencer til situationerne i virkeligheden,"* siger Nanna Skriver.

## Vejlederrollen er svær, selvom man ved meget

Københavns Kommune har en demensstrategi, hvor langt de fleste borgere med demens bliver hjulpet i de almene tilbud. Det betyder, at der skal være et højt vidensniveau om demens hos alle medarbejdere. Derfor er der i alle enheder – fx hjemmeplejens lokalområder og plejehjem – både ansat videnspersoner, som fx er sygeplejersker eller ergoterapeuter med en særlig viden om demens, og demensvejledere, som er social- og sundhedsassistenter og -hjælpere med en særlig uddannelse. Deres opgave er at dele deres viden, rådgive og sparre med kollegerne for at hjælpe borgere med demens på den bedste måde.

I 2016 viste en evaluering af demensområdet i kommunen, at det var lykkedes at løfte det faglige niveau inden for demens. *"Da vi evaluerede vores demensstrategi, kunne vi se, at meget fungerede godt, og at vi havde rykket os meget. Men dét, der gav vanskeligheder, var selve vejledningen. Vores medarbejdere var rigtig dygtige til at håndtere udfordringer med borgere med demens og havde en stor viden, men*



*rollen med at vejlede sine kolleger, var der mange, der oplevede som svær,"* forklarer Nanna Skriver.

## Det bliver mindre grænseoverskridende, når du har prøvet det

Så det var ønsket om at styrke demensvejledernes vejlederkompetencer, der var afsættet for det kompetenceudviklingsforløb, som Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune og Københavns Professionshøjskole udviklede til kommunens omkring 250 demensvejledere og 55 videnspersoner. Fokus var at styrke vejledernes kompetencer som vejledere. Målet var, at de i endnu højere grad skulle få mod på at rådgive og sparre med deres kolleger og sikre et højt fagligt niveau i behandlingen af borgere med demens og kontakten med deres pårørende. *"For nogen kan det føles grænseoverskridende at skulle vejlede en kollega, og det kan mere viden ikke lave om på. Her er løsningen i højere grad at træne det,"* siger Nanna Skriver.

## Det kræver øvelse

Men hvorfor er det svært at skulle vejlede og guide kolleger, når man nu er uddannet vejleder og har en stor viden og erfaring på området?

"Når man er vant til at løfte i flok og hjælpe hinanden, som man er på ældreområdet, så er det et stort skridt at skulle gå ind og vejlede og give sine egne erfaringer videre. Nogle er bange for at virke bedreviddende. Vi kan se, at det kræver øvelse at vejlede, uden at kollegerne føler sig talt ned til. Samtidig vil vi gerne have gjort vejledningen til en endnu større del af hverdagen, fordi vi har nogle erfarne medarbejdere med en stor viden, som vi gerne vil have bredt ud," forklarer Nanna Skriver.

Hun understreger, at det er helt naturligt, at alle medarbejdere ikke er eksperter: "Hvis du er ny og ikke vant til at arbejde med fx udadreagerende borgere, så er der jo ingen, der forventer, at du skal kunne det hele. Vi har til gengæld brug for, at det er legalt at dele sin faglige viden."

### Ledelsen skal bane vejen for vejlederne

Forløbet blev skudt i gang på kommunens 40 plejehjem og i alle fem hjemme- og sygeplejeenheder med fælles to-timers workshops for både ledelse, demensvejledere og videnspersoner. Alle steder blev der på første workshop lavet en fælles læringsaftale, der passede til de lokale forhold.

Plejehjemmet Bispebjerghjemmet, som har 90 plejeboliger, var en af de enheder, som var med i kompetenceudviklingen. "Læringsaftalen skabte fælles fundament og forståelse. Vi fik sat et mål og fandt ud af sammen, at 'det er den her vej, vi skal'. Vi fik så at sige et fælles verdensbillede," forklarer forstander Helle Ravn.

Hun understreger, at vejlederne ikke står alene. Ledelsen har en helt central opgave med at støtte dem. "Det er faktisk ret væsentligt med en direkte forbindelse med lederen for at støtte vejledningsopgaven. Hele vores kultur skal understøtte, at vejlederne har



"Det kan være ret svært at vejlede kollegaer, men vi fik nogle gode og konkrete redskaber, som de kan overføre til praksis," siger Helle Ravn, forstander på Bispebjerghjemmet.

en funktion. Og vejlederne skal være synlige," siger hun og tilføjer: "Det kan være ret svært at vejlede kollegaer, men vi fik nogle gode og konkrete redskaber, som de kan overføre til praksis. Demensvejlederne er blevet udpeget som en slags agenter, og der blev sat streg under deres vigtige opgave."

### Træning der kommer tæt på

Et af de konkrete redskaber, som blev brugt i kompetenceudviklingen i Københavns Kommune var *kommunikativ simulationstræning*. Det er en slags rolletræning, hvor deltagerne i mindre grupper indtager forskellige roller og træner en række realistiske situationer og scenarier fra praksis igennem. Det kan fx være en situation, hvor vejlederen skal give sin kollega feedback på en situation med en dement borger, der gik mindre godt.

I simulationstræningen indtager den ene rollen som vejleder, den anden er den kollega, der skal vejledes, og en tredje observerer med henblik på at give feedback på virkningen. På den måde får man trænet nogle svære situationer igennem i et beskyttet rum og får konkret feedback på fx sit ordvalg, kropssprog, attitude og mimik. Efter feedbacken træner deltagerne scenariet igennem et flere gange.

Innovations- og evalueringschef Nanna Skriver siger: "Med simulationstræning kommer du tæt på, fordi der bliver brugt reelle problemstillinger fra hverdagen. Du får trænet noget, som du kan gå tilbage og bruge i morgen på din arbejdsplads. Måske føles det grænseoverskridende, når du gør det første gang, men til gengæld bliver det lagret i dig på en helt anden måde, når du har gjort og prøvet det flere gange, end hvis du har læst eller hørt det."

### Mere af den slags kompetenceudvikling i fremtiden

Og den måde at lave praksisnær kompetenceudvikling på er fremtiden, mener Nanna Skriver.

"De fleste kender til at have været på et kursus og fået ny viden, men hvis man ikke bruger det inden for en uge, så er det glemt igen. Vi kan se, at vi ikke kommer så langt ved blot at give folk kompetencer og viden. Som vejleder er man nødt til at blive klædt på i forhold til at handle over for sine kollegaer. Det har vi nok været lidt blinde for tidligere. Det her kompetenceudviklingsforløb har givet os en indsigt i, at vi skal gøre mere af det praksisnære og simulations-træning, når det handler om vejledning," siger hun.

### Vejlederrollen er kommet for at blive

Helle Ravn fra Bispebjerghjemmet roser også de faglige vejledningsforløb, som var en del af kompetenceudviklingen. "De faglige vejledninger ramte plet. Vejlederne fik rigtig meget ud af det, og det var en god oplevelse."

Hun oplever, at vejlederne i højere grad påtager sig deres rolle som vejledere. Og det er væsentligt, for demensområdet er bare ét blandt mange områder, hvor det er vejledere, der skal klæde kollegerne på med ny viden til nye opgaver. ”Og vejlederrollen er jo ikke kun aktuel i forhold til demens, men også når det handler om inkontinens, forflytning, kost og flere andre områder,” siger Helle Ravn.

Læs fakta-ark og cases på de følgende sider.

#### Fakta om kompetenceudviklingen

## Uddannelse har styrket medarbejderne på demensområdet i at dele deres viden

Sundheds- og Omsorgsforvaltning har i samarbejde med Københavns Professionshøjskole (KP) udviklet en ny slags kompetenceudvikling på demensområdet.

**Hvornår:** Kompetenceudviklingen er foregået fra efteråret 2017 til efteråret 2019 og afsluttes med en konference den 19. marts 2020.

**Hvorfor:** Målet var at styrke medarbejdernes vejledningskompetencer i praksis, så de i endnu højere grad kan formidle deres faglige viden om demens til kollegerne.

**Hvem:** Omkring 250 demensvejledere og 55 videnspersoner fra ældre- og hjemmeplejen i Københavns Kommune har fået kompetenceudvikling gennem forløbet. Vejledere og videnspersoner har taget uddannelsen i grupper på 8-12 kolleger fra samme arbejdssted.

**Hvad:** Demensvejlederne er typisk uddannede social- og sundhedshjælpere eller -assistenter. Videnspersonerne er sygeplejersker, fysio-, ergoterapeuter eller pædagoger. Begge grupper har deltaget i supervisionsforløb og faglig vejledning i praksis – både sammen og hver for sig. En del af demensvejlederne har taget akademimoduler og videnspersonerne har taget diplommoduler.

Alle arbejdspladser har afholdt en indledende to-timers workshop med fokus på at skabe en fælles læringsaftale. Derefter har der været faglige vejledningsforløb i grupper, som har mødtes fire gange gennem to-tre måneder. Videnspersonerne har deltaget i supervisionsforløb for at styrke deres arbejde med vejlederne.

**Hvordan:** En væsentlig del af uddannelsen har været *kommunikativ simulationstræning*. Det er et læringskoncept, der er udviklet i samarbejde med konsulentvirksomheden Villavenire. Gennem træningen har vejledere og videnspersoner trænet deres vejlederkompetencer ved at genskabe konkrete situationer fra hverdagen.

*Kompetenceudviklingen er finansieret med tilskud fra Sundhedsstyrelsens pulje, som er knyttet til Den Nationale Demenshandlingsplan 2025.*

#### Case 1: Lisbeth Sørensen, social- og sundhedshjælper og demensvejleder

## Jordnær og brugbar hjælp til svær kollegavejledning

**'Jeg er bedre end dig!' Dét signal kan man godt føle, at man sender som vejleder, når man skal hjælpe en kollega med at håndtere en svær situation med en dement borger bedre. Social og sundhedshjælper og demensvejleder Lisbeth Sørensen fortæller, hvorfor jordnær kompetenceudvikling har styrket hende og hendes kolleger i rollen som vejledere.**

Lisbeth Sørensen er en garvet social- og sundhedshjælper. Hun har arbejdet i hjemmeplejen på Amager i over 30 år og blev for syv år siden uddannet demensvejleder. Og det er hun glad for. Men vejlederrollen ligger ikke altid til højrebenet, for det kan godt være følsomt at rådgive kollegerne.

*"Nogle opfatter dig måske som bedrevidende og tænker, at man ikke skal vise dem noget. Men man kan altid lære noget i det her fag - også os der har været i det i 40 år. Når du arbejder med mennesker, bliver du aldrig færdiguddannet,"* siger hun og understreger, at det også derfor giver rigtig god mening at træne vejlederkompetencerne.

### **Vi skal ud over rampen med det, vi lærer**

Det har hun og hendes demensvejlederkolleger netop gjort i et kompetenceudviklingsforløb i samarbejde med Københavns Professionshøjskole. For Lisbeth Sørensen er det vigtigt, at kompetenceudviklingen ligger tæt på praksis i hverdagen.

*"Vi er nødt til at kunne bruge det, vi lærer. Vi skal ud over rampen med det med det samme. Det skal være jordnært og brugbart - og det har det også været,"* siger Lisbeth Sørensen, der roser lærerkræfterne fra Københavns Professionshøjskole. *"De er bare dygtige og har en stor viden og en god måde at undervise på, så det ikke bliver tungt eller kedeligt."*

### **Det kræver øvelse og træning**

En del af kompetenceudviklingen var kommunikativ simulationstræning, som er en slags rolletræning, hvor man øver sig på forskellige svære situationer.

Lisbeth Sørensen syntes, det var lærerigt at prøve at træne nogle af de vanskelige situationer igennem med kollegerne og give hinanden feedback: *"Det var rigtigt godt, men det er også svært at give kritik til kollegerne. Heldigvis bliver det jo bedre med øvelsen."*

Hun oplever, at nogle af demensvejledere har det lidt svært med at stille sig op foran andre. *"Mange er meget ydmyge og vil helst ikke stille sig op og skinne, selvom de jo har en kostbar viden,"* forklarer hun.

Kompetenceudviklingsforløbet har også betydet, at vejlederne er kommet tættere på hinanden. *"Vi er kommet til at kende hinanden bedre, og det bliver mere og mere legalt at give hinanden feedback. Forløbet har skubbet os i gang, og nu er det jo noget med at træne det. For det er det eneste, der virker: Træning, træning, træning,"* forklarer Lisbeth Sørensen.

### **Demens må ikke drukne i andre dagsordner**

At være demensvejleder er ikke altid nemt. Også fordi demens nogle gange kan drukne i alle de andre dagsordner, der også er på ældreområdet. *"Det kan være svært at være demensvejleder, for man har jo kolleger, der også er optaget af alt muligt andet, som også er vigtigt i forhold til borgerne – ensomhed, ernæring og andre sygdomme,"* forklarer hun.

Og midt i alt det, insisterer Lisbeth Sørensen og hendes demensvejlederkolleger på at dele deres viden om demens, og hvordan man bedst muligt hjælper borgere med demens. *"Mennesker med demens er f.eks. meget afhængige af hjælp til struktur i deres hverdag. Det er virkelig vigtigt,"* siger hun.

### **Konfliktniveauet falder**

Nogle mennesker med demens kan godt være udadreagerende. Det kan stresser dem, at der kommer en hjemmehjælper på besøg. I den slags situationer har Lisbeth Sørensen et helt konkret greb, der virker beroligende.

*"Jeg beder simpelthen borgeren om at hjælpe mig med noget, som jeg ved, at han eller hun er god til. Fx har vi en borger med demens, som er meget interesseret i fodbold. Ham kan jeg finde på at spørge, om han ikke kan hjælpe mig med lige at få styr på, hvordan det nu er med klubberne i København. Det får konfliktniveauet til at falde, måske fordi vi kommer ud af vores faste roller,"* forklarer hun.

### **Pointerne glider nemmere ned med rolletræning**

Det er et af de mange greb, som Lisbeth Sørensen som demensvejleder kan dele med sine kolleger. Når hun skal dele sin viden og sine erfaringer, bruger hun faktisk ofte selv en slags minirolespil. *"Jeg kan godt finde på at sige: 'forestil dig, at du er borgeren, og så kommer jeg ind sådan her'. Så opfører jeg sådan et minirolespil. På den måde får jeg også kropssprog, tonefald og mimik med. Man kan bedre mærke pointerne på den måde,"* forklarer hun.



*"Vi er kommet til at kende hinanden bedre, og det bliver mere og mere legalt at give hinanden feedback. Forløbet har skubbet os i gang, og nu er det jo noget med at træne det. For det er det eneste, der virker: Træning, træning, træning,"* siger social- og sundhedshjælper og demensvejleder Lisbeth Sørensen (th.) her med en kollega.

## ”Det er min opgave at tale, så vejlederne forstår det”

### Kommunikativ simulationstræning gjorde sygeplejerske og vidensperson Hanne Lund skarpere på at ramme demensvejlederne med sin egen vejledning.

Hanne Lund er sygeplejerske og har over 30 års erfaring med sygepleje. Hun er ansat som hjemmesygeplejerske på Amager, hvor hun også er vidensperson inden for demensområdet. Det er blandt andet hendes opgave at vejlede demensvejlederne i, hvordan de og deres kolleger bedst håndterer borgere med demens i hjemmeplejen. Men indimellem kan hendes store viden faktisk være en udfordring. *”Som vidensperson kan det være en udfordring at afkode, hvor meget vejlederne ved – at ramme deres nærmeste udviklingszone. Jeg kommer ind imellem til at bruge for meget af mit eget fagsprog. Det kan være fremmedgørende for vejlederne. Hvis jeg siger ’triage’, ’refleksion’ og ’kompetence’ i samme sætning, så kan der være en del, der står af,”* forklarer hun.

### Når folk stiller spørgsmål, er de med

Det fik hun blandt andet stillet skarpt på i kompetenceudviklingsforløbet med Københavns Professionshøjskole. Her var en af hendes roller at facilitere feedback mellem vejlederne.

*”Nogen spørger ’hvad betyder det’, hvis jeg siger noget, de ikke forstår, og det er godt. Men jeg er blevet opmærksom på, at en del vejledere tier stille og på en måde finder sig i at blive hægtet af. Men det er jo min opgave som afsender at tale, så vejlederne forstår det. Mit succeskriterium er at folk snakker og stiller spørgsmål undervejs, for så ved jeg, at de er med,”* forklarer Hanne Lund.

### Et klart billede af hvad der er svært

En central del af kompetenceudviklingen var *kommunikativ simulationstræning*. Her skulle vejledere og videnspersoner gennemspille forskellige situationer fra praksis – som en slags professionel rolletræning, hvor tre vejledere trænede forskellige roller. Det kunne fx være en situation, hvor en vejleder skulle forsøge at vejlede en kollega i en svær samtale med en pårørende til en dement borger. To vejledere delte de to roller og en tredje vejleder var med som observatør og skulle give feedback. Hanne Lund skulle som vidensperson hjælpe med at facilitere træningen og feedbacken.

*”Det var en rigtig fin metode, som gav mig et godt indblik i præcis, hvad der var svært for vejlederne i situationen. Det er en vigtig viden for mig.”*

### Professionel rolletræning virker

Noget, der er svært for mange vejledere, er at give en kollega konstruktiv kritik og gode råd til at gøre tingene anderledes – især hvis der har været en situation, som ikke gik så godt. Men den eneste måde at blive bedre på er at øve det.

*”Rolletræning var en god måde for vejlederne at få trænet forskellige roller – både som den, der giver en information og den, der modtager den. Min rolle som vidensperson var at være facilitator for øvelsen med fokus på, at der både blev givet feedback på det, som vejlederen gjorde godt, skulle blive ved med og på de punkter, hvor vejlederen skulle udvikle sig,”* forklarer hun.



*”Kommunikativ simulationstræning var en rigtig fin metode, som gav mig et godt indblik i præcis, hvad der var svært for vejlederne i situationen. Det er en vigtig viden for mig,”* siger Hanne Lund, der er hjemmesygeplejerske og vidensperson.

### Vejlederne har rykket sig

Hanne Lund synes, at vejledergruppen har rykket sig mærkbart gennem kompetenceudviklingsforløbet.

*”Det er mit indtryk, at mange af vejlederne er blevet trykkelige ved vejlederopgaven. De har virkelig lagt sig i selen og taget det seriøst. Jeg har netop i dag været ude og undervise med to vejledere, og jeg kan se, at de har rykket sig og trænet i at stille sig op foran andre og formidle deres viden. Det har været god kompetenceudvikling,”* konstaterer Hanne Lund, der oplever det som en stor fordel, at vejledere og videnspersoner har deltaget i kompetenceudviklingen sammen.

*”Det giver noget at være igennem et forløb sammen – både for vejlederne indbyrdes, men også for mig som vidensperson. Det giver mening at have set, hvad de har været igennem. Så kan jeg støtte dem i at komme videre,”* siger hun.

# Kort Nyt

## Vær virtuelt med til årets værdighedskonference

Ældre mennesker er en mangfoldig gruppe med forskellige livsvilkår og livshistorier. Videnscenter for værdig ældrepleje sætter på dette års konference d. 9. november fokus på social ulighed i sundhed og mangfoldighed. I år bliver arrangementet holdt som en virtuel konference.

Konferencen er delt op i tre tematiske spor:

1. Social ulighed i sundhed - og værdighed for udsatte ældre
2. Systematik i arbejdet med værdighed i ældreplejen
3. Forandringer i den borgernære praksis.

Det er gratis at deltage, men det er nødvendigt med tilmelding for adgang til konference og materiale.

[Læs mere her.](#)

## Når film vækker minder

Fra d. 2. november bliver erindringspakker med film specifikt rettet til borgere med demens frit tilgængelige online – de er under afprøvning i et spændende projekt fra Det Danske Filminstitut.

I øvrigt kan Det Danske Filminstituts historiske film ses gratis online på "Danmark på Film" – [www.danmarkpåfilm.dk](http://www.danmarkpåfilm.dk)

Det er muligt at afgrænse søgning til bestemte temaer, emneord, årstal m.v., så man kan finde det, man synes er relevant, for dem man gerne vil vise filmene til.

[Læs mere her.](#)



Foto: Unsplash.com

*Vi vil så gerne dele jeres hverdagsfortællinger for at belyse vores alsidige funktioner og arbejde i vores medlemsblad. Det eneste det kræver er, at I vil dele jeres hverdag med os.*

## Fortælling fra Demenskoordinatorernes hverdag

Vi har fået fortællinger fra bl.a. Aalborg, Odense, Køge og Frederiksberg. Men vi vil gerne høre historier fra HELE landet, så vi kan blive klogere på hinandens hverdage og arbejdsopgaver. Og hvem ved, måske blive inspireret.

Send en 1-1 ½ side der beskriver jeres hverdag, arbejdsopgaver eller en god historie og send den os til på mail: [info@demens-dk.dk](mailto:info@demens-dk.dk) med overskrift *Demenskoordinatorernes hverdagsfortælling*. Så udgiver vi den i vores medlemsblad, som udkommer forår og efterår.

## Har du idéer til nye løsninger i ældreplejen?

Sundheds- og Ældreministeriet, KL, Ældresagen, FOA opfordrer alle - organisationer, borgere mv. - til at sende deres idéer og forslag til nye løsninger i ældreplejen til Ældretopmødets idébank. Disse input vil indgå i det videre arbejde med at styrke og udvikle ældreplejen.

Idébanken er åben til og med d. 9. december 2020.

[Find den her.](#)

## DKDK aktivitetskalender

27. november  
**Bestyrelsesmøde**

29. - 30. januar  
**Bestyrelsesseminar**

26. marts  
**Bestyrelsesmøde**

7. maj  
**Bestyrelsesmøde**

**SÆT KRYDS  
I KALENDEREN:**

**DKDK ÅRSKURSUS 2021  
15. - 17. SEPTEMBER**

## Nyhedsbrevet

udgives af  
DemensKoordinatorer  
I Danmark  
ISSN: 1603-3086

## DKDK

Jernbane Allé 54, 3. th.  
2720 Vanløse  
Tlf. 3877 0166  
[info@demens-dk.dk](mailto:info@demens-dk.dk)  
[www.demens-dk.dk](http://www.demens-dk.dk)

## Formand

Lone Vasegaard  
Tlf. 2665 2839  
[l\\_vasegaard@hotmail.com](mailto:l_vasegaard@hotmail.com)

## Næstformand

Gitte Kirkegaard  
Tlf. 2371 7687  
[ggki@haderslev.dk](mailto:ggki@haderslev.dk)

Se øvrige bestyrelsesmedlemmer på [www.demens-dk.dk](http://www.demens-dk.dk)

## Sekretariat

Faglig sekretær  
Marianne Lundsgaard  
[ml@demens-dk.dk](mailto:ml@demens-dk.dk)

## Redaktion

*Fra bestyrelsen*  
Tine Johansen  
Jannie Sternberg

*Fra sekretariatet*  
Marianne Lundsgaard  
Lise Sørensen



**DKDK**

**Billeder og illustrationer**  
DKDK, Pixabay, Unsplash

Næste nummer udkommer:  
December 2020