

Idékatalog
Forbedret pleje
af demente med
andre sygdomme





Indledning	6-7
Alment om demente – som også fejler noget andet	8-9
Kommunikation med demente – undersøgelse og behandling	10-13
Kommunernes sundhedsfaglige indsats med demente	14-17
Samarbejdet mellem kommune og sygehuse i forbindelse med indlæggelse	18-21
Når demente er indlagt på sygehus	22-25
Samarbejdet mellem kommune og sygehus i forbindelse med udskrivning	26-31
Tilpasning af hjælpen til mennesker med demens efter udskrivelse	32-33
Afsluttende bemærkninger	34
Litteratur	35

Forord

Dette idékatalog er lavet på baggrund af en række kursusforløb under titlen ”Forbedret Pleje for Demente”, hvor der har været deltagelse af cirka 800 kursister fra de nordjyske kommuner og sygehuse. Kurserne blev afviklet i foråret 2009 og er finansieret af Servicestyrelsen.

Sigtet for kurserne har primært været at forbedre indsatsen for demente borgere, der i forbindelse med anden sygdom indlægges og efterfølgende udskrives. På baggrund af de erfaringer, diskussioner og tilkendegivelser, der har været på kurserne, har det således været muligt at udarbejde dette idékatalog, som kommer med forslag til, hvordan fagprofessionelle med fordel kan tilrettelægge deres arbejde og agere i den daglige kontakt med demente borgere. Ofte kan det være vanskeligt og problemfyldt at kommunikere og samarbejde med den demente omkring behandlingen, men dette idékatalog foreslår en række tiltag, som kan være med til at forbedre helhedsindsatsen på demensområdet.

Det er således forhåbningen, at idékataloget kan være med til at forbedre dagligdagen og livskvaliteten for både de demensramte borgere, og de mennesker, som i deres daglige virke, har en berøringsflade med demente. Her skal man heller ikke glemme de pårørende, som kan få vished om, at deres kære er i de bedste hænder med en god og værdig hverdag som følge.

»» Fra politisk side er det dejligt at konstatere, at der i Nordjylland er gjort erfaringer og udarbejdet konkrete handlingsforslag, som kan gøre en forskel for mennesker i en så vanskelig livssituation, som det er tilfældet, når man lever med en demensdiagnose.

Idékataloget "Forbedret pleje af demente med andre sygdomme" er udarbejdet af sygeplejerske og konsulent Kirsten Gottfredsen, der var undervisningsansvarlig, og som stod for opsamling af erfaringer og idéer på kurserne. Kirsten Gottfredsen har i samarbejde med projektets styregruppe og Servicestyrelsen været med til at realisere projektet.

Styregruppens medlemmer er:

- Leder, Alice Morsbøl, Kronikerenheden Nordjylland.
- Demenssygeplejerske, Ulla Riisberg, Mariagerfjord Kommune.
- Demenskoordinator, Doris Brinkmann Hvet, Morsø Kommune.
- Konsulent, Mette Borresen, Aalborg Kommune.
- Specialeansvarlig overlæge, Bodil Gramkow Andersen, Gerontopsykiatrisk afdeling, Brønderslev.
- Overlæge, Karsten Vestergård, Neurologisk Afdeling, Ålborg Sygehus.
- Ledende overlæge, Ole BF Nielsen, Geriatrik Afdeling, Ålborg Sygehus.
- Klinisk oversygeplejerske, Kerstin Høgenhaug, Medicinsk Center, Sygehus Vendsyssel.
- Oversygeplejerske, Jette Boilesen, Geriatrik afdeling, Aalborg Sygehus.
- Konsulent, Karin Bang Andersen, Kronikerenheden.
- Konsulent, Jesper Torp Nielsen, Kronikerenheden.

Det er med stor glæde, at vi nu kan sende dette idékatalog videre til de nordjyske kommuner og sygehuse. Fra politisk side er det dejligt at konstatere, at der i Nordjylland er gjort erfaringer og udarbejdet konkrete handlingsforslag, som kan gøre en forskel for mennesker i en så vanskelig livssituation, som det er tilfældet, når man lever med en demensdiagnose.

Vi håber, at idékataloget kan være inspiration til sundhedssektorens plejepersonale og samtidig øge deres kompetencer, med det mål at øge livskvaliteten for demente nordjyske borgere.

Med venlig hilsen



► **ANNY WINTHER**

Borgmester, Rebild Kommune, Næstformand for Sundhedskoordinationsudvalget



► **BENT SØRENSEN**

Regionsrådsmedlem, Region Nordjylland
Formand for Sundhedskoordinationsudvalget

Der har længe været fokus på, hvordan man udreder demenssygdomme og på, hvordan man hjælper demente til at få en hverdag, der er så god som mulig. Men der har ikke været særlig meget fokus på, hvordan man hjælper demente, som også fejler noget andet.

Det er imidlertid almindeligt, at demente også er ramt af andre sygdomme.

- For det første rammer demens ofte ældre mennesker, og det er velkendt, at en højere alder rummer en risiko for andre sygdomme
- For det andet er demenssygdommene også kroniske lidelser, som, i lighed med andre kroniske sygdomme, medfører en større risiko for, at man udvikler andre helbredsproblemer. Det er f.eks. velkendt, at mennesker med svær demens er særligt udsatte for at udvikle delir, altså forvirringstilstande. Delir forekommer hyppigt hos demente og medfører eksempelvis en stor risiko for fald og dermed også brud.
- For det tredje rammer demenssygdomme også mennesker som i forvejen har andre sygdomme som eksempelvis diabetes.

Imidlertid kan der være en række vanskeligheder forbundet med at hjælpe demente, som også fejler noget andet end demenssygdommen.

- For det første har mange demente svært ved at gøre rede for deres symptomer, fordi demenssygdommen har ramt deres evne til at udtrykke sig.
- Nogle demente reagerer på almindelige sygdomme med andre symptomer end raske ældre. Eksempelvis kan demente have en meget høj smertetærskel. Det betyder, at de ikke reagerer på smerter som andre. Man kan f.eks. opleve, at demente selv har trukket blærekatetre ud eller har gået omkring, og hvor man først senere har opdaget, at de havde brækket et ben.
- For det tredje har mange demente svært ved at forstå den information, som man almindeligvis giver i forbindelse med behandlinger. Det betyder i praksis, at nogle demente afviser at få en lægelig behandling, som udfra en almindelig betragtning er en oplagt nødvendighed.
- For det fjerde reagerer en lille gruppe mennesker med demens på sygdom eller på fremmedartede omgivelser, eksempelvis på et sygehus med forskellige former for uhensigtsmæssig adfærd som uro, råben eller aggression. Det kan medføre, at omgivelserne først og fremmest reagerer på den vanskelige adfærd frem for at fokusere på de omstændigheder, som har udløst den nye reaktionsmåde.

De fire faktorer betyder, at demente som fejler noget andet kan være vanskelige at hjælpe. Der er en risiko for, at demente får en forkert pleje, behandling eller genoptræning, hvis man ikke har et tilstrækkeligt kendskab til de særlige forhold, som gør sig gældende for gruppen.

Demente, som også er ramt af andre sygdomme, har ofte brug for en sundhedsfaglig indsats både fra kommunen og fra den sekundære sundhedssektor i forbindelse med indlæggelse eller ambulans behandling. Derfor giver det første afsnit i idékataloget en række forslag til, hvordan sundhedspersonale på sygehuse og i kommuner kan være opmærksomme på symptomer på andre sygdomme hos demente. Afsnittet rummer også en generel model for kommunikation med demente i forbindelse med undersøgelser og behandling.

Når demente kan have vanskeligheder med at opfatte symptomer og håndtere sygdomme på en hensigtsmæssig måde, er det vigtigt at sygehuse og kommuner arbejder godt sammen, når demente indlægges på sygehus og bagefter udskrives. Den resterende del af idékataloget er derfor opbygget udfra et typisk forløb, hvor der gennemgås de opgaver omkring opsporing, forebyggelse og sundhedsfremme, som typisk bør foretages i forhold til demente, som bor på plejehjem eller i eget hjem.

Dernæst fokuseres på tiltag i forbindelse med indlæggelse, under indlæggelse og ved udskrivning. Endelig beskrives idéer til at forbedre kommunernes sundhedsfaglige indsats i perioden umiddelbart efter, at den demente er tilbage i kommunen.

Man skal være opmærksom på, at idékataloget fokuserer på idéer, som kan anvendes af sundhedspersonale som sygeplejersker, SOSU assistenter og –hjælper samt terapeuter. Der er også forslag til, hvordan organisatoriske forandringer måske kan forbedre forholdene for demente, som fejler noget andet. Derimod er der ikke fokuseret på den specifikke lægefaglige indsats eller på kommunikationen mellem læger på sygehus og praktiserende læger omkring demente. Det er et vigtigt emne, men kursusforløbene har været fokuseret på især plejepersonale og terapeuter og ikke på læger. Derfor er deres erfaringer ikke medtaget.

Idékataloget fokuserer heller ikke på at formidle viden om demenssygdomme, vanlig praksis omkring udredning og behandling. Der vil heller ikke være lagt vægt på at beskrive den hjælp og støtte, som er vigtig for, at demente og deres pårørende kan få en god hverdag. Hvis læseren har brug for en basisviden på dette område, er der på side 35 en liste, hvor man kan finde litteratur om emnet.

Alment om demente – som også fejler noget andet

Det er vigtigt, at sundhedspersonale på sygehuse eller i kommuner kender de særlige forhold, som gør sig gældende, når demente også er ramt af andre sygdomme.

De særlige forhold omfatter:

- Tegn på sygdomme hos mennesker med demens, herunder smerter og uhensigtsmæssig adfærd.
- Kommunikation med demente i forbindelse med undersøgelser og behandling.

Tegn på andre sygdomme hos mennesker med demens

Det kan være vanskeligt for den demente at gøre opmærksom på, at han eller hun har symptomer, som kan være tegn på sygdom. Derfor er det vigtigt, at sundhedspersonale kan identificere tegn på almene symptomer, deltage i afklaringen af årsagerne til symptomerne og påtage sig plejen, mens den demente bliver behandlet for sygdommen. Almene symptomer omfatter eksempelvis opkastning, diarre og feber. Disse tegn er synlige både hos demente og hos ikke-demente og vil ikke blive behandlet her. Der er dog to symptomkomplekser, som man må være særlig opmærksom på hos demente. Det er smerter og uhensigtsmæssig adfærd. Smerterne skal man være opmærksom

på, fordi demente ofte har svært ved at fortælle, at de har ondt. Uhensigtsmæssig adfærd skal man være opmærksom på, fordi adfærden kan være det eneste udtryk for, at den demente har en bagvedliggende sygdom.

Uhensigtsmæssig adfærd

Når demente begynder at reagere med forskellige former for uhensigtsmæssig adfærd som motorisk uro, råben eller aggression, er der en risiko for, at adfærden er et udtryk for, at den demente er ramt af en eller anden sygdom.

Uhensigtsmæssig adfærd kan komme til udtryk som en egentlig delir-tilstand, hvor der også er nedsat opmærksomhed, ændringer af døgnrytmen, hallucinationer eller vrangforestillinger. Men uhensigtsmæssig adfærd kan også optræde, som det eneste symptom på, at der er andre helbredsproblemer.

Det er vigtigt, at sundhedspersonale på sygehuse og i kommunerne husker, at når demente begynder at reagere med uhensigtsmæssig adfærd, så skal man altid iværksætte en vurdering af bagvedliggende helbredsforhold. På kurserne var der mange eksempler på, at sundhedspersonale var begyndt at under-

søge urinen eller medicinen hos demente, som reagerede med uhensigtsmæssig adfærd som aggression eller uro. Meget ofte viste det sig, at den demente havde en urinvejsinfektion eller var påbegyndt en medicinsk behandling, som han eller hun ikke kunne tåle.

Det er naturligvis vigtigt at gå i gang med en tilpasning af omgivelserne til den dementes funktionsevne, hvis det viser sig, at den demente ikke har en bagvedliggende legemlig sygdom. Man kan hente gode idéer til, hvordan man kan tilpasse omgivelserne i litteraturlisten bl.a. i bøgerne ”Forebyggelse af aggressiv adfærd hos ældre i plejebolig” og i ”Socialpædagogik og demens – det vanskelige omsorgsarbejde”. (Se litteraturlisten side 35).

Smerter

På kursusforløbet opsamlede man de erfaringer, som deltagerne brugte, når de havde mistanke om smerter hos demente.

► **Idéer til en bedre opsporing af smerter hos demente:**

Hvis demente ikke giver udtryk for, at de har smerter, er det en god idé at lægge mærke til:

- Om den demente forsøger at beskytte et særligt område. Det kan eksempelvis være maven, hvor den demente forsøger at krumme sig sammen.
- Om den demente undgår at bruge en del af kroppen f.eks. en arm.
- Om der er pludselige voldsomme reaktioner, når andre rører en bestemt del af kroppen, eller hvis dele af kroppen bliver belastet – eksempelvis i forbindelse med forflytninger. Ændringerne kan også være forandringer i mimikken som eksempelvis rynker i panden.
- Om den demente mange gange rører ved det samme område.

Medarbejdernes mistanke om smerter i bevægeapparatet er ofte aktuel, hvis den demente i tiden umiddelbart før, var faldet.

Hos demente, som kunne svare på spørgsmål, kunne man stille ledende spørgsmål som ”Har du ondt” eller ”Du virker til at have ondt. Er det rigtigt?”. På et plejehjem havde man planer om at forsøge at bruge ”Smileys” som en måde at kommunikere med demente på omkring smerter. Men deltagerne på kurserne gav også flere eksempler på, at demente, der senere fik konstateret et brud, faktisk ikke havde haft tegn på smerter, selvom man havde været opmærksom på eventuelle tegn.



Kommunikation med demente – undersøgelser og behandling

Alt sundhedspersonale, uanset om de arbejder i primærkommune eller på sygehuse, har ind imellem opgaver, hvor de skal hjælpe borgere med demens i forbindelse med undersøgelser eller behandling. Det kan eksempelvis være information i forbindelse med operation, blodprøvetagning, katerisation, måling af blodtryk, træning efter eksempelvis brud på lårhals m.m.

De udfordringer, som blev drøftet på kurserne, omfattede at give den nødvendige information og at gennemføre undersøgelsen eller behandlingen, så den demente bedre kunne samarbejde om gennemførelsen.

► *Idéer til at informere demente i forbindelse med undersøgelser og behandling:*

Som omtalt i Sundhedslovens §16 stk. 3 skal patienter informeres om undersøgelser og behandling, og patienten skal give samtykke til behandlingen. Informationen skal i videst muligt omfang tilpasses den enkeltes funktionsevne og personlighed.

På baggrund af de erfaringer, som blev drøftet på kurserne, kan man opstille en generel model for information af demente i forbindelse med undersøgelser og behandling.

Forenkling

Jo mere omfattende demenssygdommen har ramt personen, des mere konkret og enkel skal informationen være. Det betyder i praksis, at man må undgå lange sætninger og vanskelige fagudtryk. Man må også være opmærksom på at fokusere på de vigtigste budskaber i informationen og undlade information om detaljer, som ikke er strengt nødvendige.

Vær tillidsvækkende

Det forhold, at mange med demens ikke forstår information, betyder, at de ofte afviser behandling. Det er derfor vigtigt, at personalet sigter på at vise, at de er personer, som den demente kan have tillid til. Flere deltagere oplevede, at mens de ofte kunne komme ind på en sengestue på hospitalet til mentalt raske mennesker og hurtigt aflevere en besked, ville den samme måde indebære, at den demente afviste at deltage.

Under kursusforløbet var der flere fra sygehusafdelinger, som begyndte at sætte sig ned hos den demente og være opmærksom på at fremtræde venlige, afslappede og imødekomende. Der var opmærksomhed på at "tune" sig ind på den dementes væremåde, for på den måde at fremtræde som en person, den demente kunne have tillid til.

Ansatte på sygehus oplevede, at denne bevidsthed omkring deres egen væremåde kunne være med til, at den demente umiddelbart reagerede mere positivt.

Inviter

Mange deltagere fra kommuner og sygehuse var vant til, at når man informerede mentalt friske om en forestående behandling eller undersøgelse, så accepterede den pågældende umiddelbart informationer som: "Du skal lige til røntgen og have taget et billede af lungerne. Portøren kommer om lidt". Den samme information til demente kunne derimod indebære, at den demente afviste at deltage.

Mange ansatte havde gode erfaringer med, at hvis de i stedet lagde vægt på at invitere den demente, så var der en større sandsynlighed for, at den demente sagde ja. Mange demente accepterede oftere et forslag om eksempelvis en røntgenundersøgelse, hvis personalet eksempelvis sagde: "Fru Jensen, Du har lidt feber Vi vil gerne lave et røntgenbillede af dine lunger. Det er ikke noget, der gør ondt. Tror du, du kan klare det?"

► **Idéer til at hjælpe demente i forbindelse med undersøgelser og behandling:**

Med hensyn til at hjælpe demente med at få foretaget en undersøgelse eller behandling kan man også opstille en række forhold, nemlig:

- Hjælp den demente til at være opmærksom.
- Opdel behandlingen/undersøgelsen i små sekvenser.

- Informer kort om det enkelte afsnit i behandlingen/undersøgelsen.
- Brug af forsikringer, forklaringer, anerkendelse og spørg til velbefindende.

Skab forudsætninger for opmærksomhed

Undersøgelser og behandlinger af borgere med demens skal foregå under omstændigheder, som giver den demente de bedste muligheder for at være opmærksom. Det betyder, at man skal stræbe efter at der ikke er forstyrrende indtryk eller støj i de nærmeste omgivelser.

Eksempelvis var det narkosesygeplejerskernes erfaring, at demente patienter, som skulle i narkose, blev meget forvirret over at komme på en operationsstue, hvor mange personalegrupper som kirurger, narkoselæger, operationssygeplejersker var tilstede samtidig og varetog mange forskellige opgaver. De mange præsentationer og identifikationer og øvrige uro medførte ofte, at den demente blev meget forvirrede og urolig.

Flere narkosesygeplejersker havde erfaring med, at hvis de overtog hele ansvaret for identifikation og informerede alle på stuen om at være stille, så var der en betydelig højere sandsynlighed for den demente bevarede roen, og at indsovningsforløbet blev mere roligt.

Opdel behandlingen/undersøgelsen i sekvenser

At opdele behandlingen i delafsnit indebærer, at behandleren for sig selv opdeler et behandlingsforløb eller en undersøgelse i overskuelige sekvenser. Eksempelvis kan mobilisering af patienter efter operation af et lårbensbrud opdeles i:

- At sidde op i sengen.
- At komme op at sidde på sengekanten.
- At komme ud og stå på gulvet.
- At gå på gulvet.

Opdelingen indebærer, at demente kun informeres om det enkelte delafsnit og at det gøres færdigt, inden man informerer om og gennemfører det næste delafsnit.

Informér kort om det enkelte afsnit

En opdeling som denne indebærer, at den demente i først omgang kun informeres om, at han eller hun skal op at sidde i sengen. Først når den demente sidder op, informerer man om, at han eller hun nu skal sidde på sengekanten. Når det er lykkedes, informerer man om, at patienten nu skal stå på gulvet o.s.v.

Hvis man i sin information satser på, at patienten skal informeres om hele processen betyder det ofte, at den demente mister overblikket og derefter afviser det videre forløb.

Forsikringer, forklaringer, anerkendelse og at spørge til velbefindende

Under og efter selve behandlingen eller undersøgelsen er det ofte en hjælp for den demente, at sundhedspersonalet er opmærksom på at bruge forsikringer, forklaringer, anerkendelse og at spørge til velbefindende

Forsikringer er betegnelsen for, at sundhedspersonalet fortæller den demente, at undersøgelsen går som den skal, og at alt er som det skal være. Forsikringer kan også indbefatte, at man fortæller; at man er opmærksom på hans eller hendes behov, og at man vil hjælpe så meget som muligt

Forklaringer kan være, at sundhedspersonalet kort fortæller, hvad man nu gør, og hvor lang tid det varer.

Anerkendelse betyder, at sundhedspersonalet fortæller den demente, at han eller hun hjælper godt til, at hun får det hele til at glide meget nemmere, at hun er modig og god til at samarbejde. Anerkendelsen kan også gives nonverbalt med smil, nik og

andre former for gestus eller mimik, som forstærker budskabet om, at den demente hjælper på en god måde.

At spørge til velbefindende indebærer, at sundhedspersonalet spørger den demente, hvordan hun eller han har det. Det kan eksempelvis være, at man spørger, om det er hårdt, om han eller hun er træt eller om det gør ondt.

Der kan være en tendens til, at man glemmer at spørge til velbefindende under undersøgelser, som erfaringsmæssigt er forholdsvis harmløse. Men det er dog en god idé, fordi det kan give den demente en følelse af sikkerhed, nemlig at "Vi er hele tiden opmærksomme på, hvordan du har det og vi passer på, at du ikke bliver bange". Det er en god idé, ikke bare at høre efter, hvad den demente siger, men også være opmærksom på dementes nonverbale reaktioner under undersøgelser og behandling.



► **Håndtering af ofte forekommende helbredsproblemer:**

Udskillelse og svær demens

Udskillelse af urin og afføring hos svært demente kan ofte være problematisk, og det kan medføre en større risiko for forstoppelse og manglende evne til at tømme urinblæren. Den manglende evne til at tømme blæren medfører ofte blærebetændelse. Blærebetændelse og forstoppelse medfører ofte indlæggelse på sygehus.

Når især svært demente ofte udvikler urinvejsinfektioner og obstipation er årsagen ofte knyttet til:

- Den demente viser ingen tegn på, at han eller hun har trang til at tømme blære eller tarm.

- Svært demente kan have svært ved at genkende badeværelser og toiletter med det resultat, at de afviser at sætte sig.
- Hvis der allerede er begyndende obstipation eller urinvejsinfektion kan selve toiletbesøget være smertefuldt. Det indebærer ofte, at den demente rejser sig fra toilettet. Det kan af omgivelserne fejlagtigt tolkes som om, at den demente alligevel ikke var trængende.
- Et begrænset indtag af væske og mad, samt en nedsat mobilitet.

UDREDNINGSSKEMA FOR DELIR

PATIENTENS NAVN:

STED OG DATO:

	Ja	Nej	Kommentar
Får patienten nok at drikke?			
Får patienten mad nok?			
Er patientens temperatur normal?			
Er patientens puls normal?			
Er patientens blodtryk normalt?			
Har patienten blærebetændelse?			
Har patienten smerter?			
Anvendes medicinen korrekt?			
Er der sket ændringer med medicinen?			

Kommunernes sundhedsfaglige indsats med demente

Som det er omtalt i indledningen, har demente ligesom andre kroniske syge en risiko for at udvikle andre sygdomme. Risikoen for at udvikle andre sygdomme stiger jo mere fremskreden demenssygdommen er. Det er vigtigt, at det sundhedsfaglige personale i kommunerne er opmærksom på denne risiko, så den sociale indsats overfor demente på plejehjem og i eget hjem også suppleres med en sundhedsfaglig indfaldsvinkel. Kommunernes sundhedsfaglige indsats overfor demente omfatter:

- Vurdering af almindelige helbredsforhold hos demente.
- Forebyggelse og behandling af de mest almindelige helbreds-mæssige problemstillinger omkring ernæring og udskillelse, bivirkninger i forbindelse med medicinsk behandling af andre sygdomme samt risikoen for fald.

Vurdering af almindelige helbredsforhold hos demente

Da mange demente ikke selv lægger mærke til, hvis der sker forandringer i deres helbredstilstand, må medarbejdere på plejehjem og i hjemmeplejen være opmærksomme på forhold, som ofte er udtryk for helbredsmæssige problemstillinger.

► **Idéer til vurdering af almentilstanden hos demente:**

På et plejehjem overvejede man, om man skulle indføre sundhedstjek, hvor man brugte kursernes skema til udredning af delir, som en "skabelon", der strukturerede kortlægningen af helbredsmæssige problemer hos demente beboere. Det var ikke afgjort, hvor langt det tidsmæssige interval skulle være mellem vurderingerne, men observationsskemaets elementer med blodtryk, puls, vægt, og urinstiks blev opfattet som en overskuelig og systematisk model.



► **Idéer til forebygge problemer i forbindelse med udskillelse:**

For at sikre at især svært demente får vedligeholdt den normale udskillelse af afføring og urin, er det vigtigt, at man observerer udskillelser hos svært demente. Det er eksempelvis vigtigt, at man registrerer, hvor ofte den demente har kvitteret afføring og urin, og at man reagerer, hvis det viser sig, at der ikke udskilles den normale mængde.

Ud fra observationerne må man forsøge at forebygge, at der opstår problemer. Det indebærer at man er mere opmærksom på:

- Tilstrækkelig væske.
- Mere motion.
- Indretning af toiletfaciliteter, der virker genkendelige, så den demente kan sidde og få den bedst mulige tømning af urinblære og tarm.

Med hensyn til problemstillingerne omkring genkendelse af badeværelser og toiletter er det vigtigt, at selve indretningen af badeværelser fra starten sigter på, at demente får de bedste muligheder for at genkende rummene. Det kan f.eks. være lettere for nogle demente at bruge et toilet, hvis toiletbrættet er sort, fordi det er en farve, som tidligere var meget almindelig.

Ernæring og svær demens

Næsten alle deltagerne fra sygehusene havde bemærket, at demente, der blev indlagt, ofte havde en meget svækket ernæringstilstand. De var magre og blodprøverne viste ofte, at deres indhold af protein i kroppen var nedsat.

Problemstillinger omkring ernæringstilstand omfattede både:

- Vanskeligheder med at vurdere ernæringstilstanden.
- At sikre at den demente fik tilstrækkeligt at spise.

Ernæringstilstanden hos demente kunne være svær at vurdere, fordi ændringerne meget ofte udviklede sig over længere tid.

Det kunne betyde, at der ikke blev iværksat interventioner tilstrækkeligt hurtigt. Mange plejehjem har heller ikke vægte, som kan anvendes af immobile demente.

Med hensyn til at sikre demente den bedst mulige ernæring, kunne der være forhindringer som var knyttet til:

- Uro omkring måltiderne.
- Vanskeligheder med at spise på grund af en nedsat evne til at lave praktiske ting på den rigtige måde (Apraksi).
- Traditioner med hensyn til drikkevarer, hvor mange plejehjem er vant til at tilbyde saftvand, der giver en falsk mæthed.
- Måltiderne ligger ofte for tæt på hinanden, så den demente ikke får mulighed for at oparbejde appetit inden det næste måltid. Omvendt er der ofte ingen serveringer fra først på aftenen til næste dags morgenmad.
- Svært demente kan have vanskeligheder ved at genkende fornemmelser for sult og tørst.

► **Idéer til at løse problemer omkring svært dementes ernæring:**

- En deltager, der havde en baggrund som diætist foreslog, at man var opmærksom på at tilbyde kæmemælk til svært demente. Den syrlige kæmemælk rummer mange proteiner, som er nødvendige for at kroppen kan fungere.
- Opmærksomhed på, hvordan plejepersonalet organiserer måltiderne. Dels kan der være behov for at man opdeler beboerne i hold, så de beboere, som har behov for ro, får dette, mens beboere der har behov for, at aflæse omgivelserne får mulighed for det. Det er også muligt at forskyde måltiderne, så eksempelvis meget stilfærdige spiser på et tidspunkt, mens beboere, der er mere urolige, spiser på et andet tidspunkt.
- Vanskelighederne med at spise på grund af apraksi kan ofte løses ved, at man tilbyder mad, som kan spises uden redskaber som kniv eller gaffel. Det kan eksempelvis betyde, at man sørger for at servere sandwich eller ”klap-sammen madder”, som er lettere at spise med fingrene.

- På et plejehjem havde man løst problemerne omkring de tætte måltider ved at indføre en brunchbuffet, som rummede madvarer med en langt bedre ernærings sammensætning end det traditionelle hvide franskbrød med marmelade.
- Flere nattevagter havde bedt dagvagterne om at sørge for, at der var ostemadder og lignende som kunne tilbydes om natten.

Faldrisiko

Mange svært demente har en øget risiko for at falde. Årsagen skyldes både de forhold, der også gælder andre svækkede ældre, som eksempelvis løse tæpper, mange møbler og u hensigtsmæssige sko. Men demente har også særlige problemer, fordi svær demens kan medføre:

- Nedsat evne til at holde balancen i forbindelse med retnings skift.
- Nedsat evne til at genkende forandringer i gulvbelægningen. Det kan medføre, at den demente forsøger at skræve henover eksempelvis mønstre i linoleum eller tæpper.
- Nedsat balance på grund af uhensigtsmæssig medicin.

Det var deltagernes erfaring at fald var den mest almindelige årsag til, at demente blev indlagt både fra plejehjem og hjemmepleje.

► **Idéer til at forebygge fald hos demente:**

Det er en god idé, at sundhedspersonalet er opmærksom på at vurdere de forhold, som kan henholdsvis øge eller begrænse risikoen for fald hos demente. Det kan være:

- Uhensigtsmæssige fysiske rammer.
- Uhensigtsmæssig medicinsk behandling.

Uhensigtsmæssige fysiske rammer

Da mange demente mistolker forskellige typer gulvbelægning som huller i gulvet, er det vigtigt, at man ved nybygninger og renoveringer af plejehjem undgår mønstre i gulvbelægningen.

Man skal også være opmærksom på, om eksempelvis alarmmåtter, som fungerer som en form for tilkald, hvis demente står ud af sengen, kommer til at virke som en faldgrube, fordi den demente forsøger at tage et langt skridt hen over den.

Uhensigtsmæssig medicinsk behandling

Det er vigtigt, at det sundhedspersonale, som hjælper demente i hverdagen, er opmærksom på bivirkninger af medicinsk behandling af demente. Mange af deltagerne vurderede, at effekten af dementes medicin ikke blev vurderet jævnligt. På nogle plejehjem havde man indarbejdet rutiner, hvor man jævnligt gennemgik dementes beboeres medicin og drøftede med lægen, om der fortsat var behov for den aktuelle behandling. Mange demente har f.eks. brug for en jævnlig kontrol, hvis de får medicin, der nedsætter blodtrykket. Det er almindeligt, at et forhøjet blodtryk af sig selv begynder at falde, når mennesker bliver demente. Derfor er det nødvendigt, at blodtrykket måles med passende intervaller.





Samarbejdet mellem kommune og sygehus i forbindelse med indlæggelse

Som det er nævnt i indledningen har mange demente svært ved at udtrykke sig nøjagtigt og forstå information (Se side 6). Når demente er vant til at få hjælp fra kommunen, enten i eget hjem eller på plejehjem, er det derfor vigtigt, at personalet her er opmærksomme på at videregive de oplysninger, som er nødvendige for at kunne gennemføre undersøgelser og behandling under indlæggelse på sygehus. Det er naturligvis en forudsætning, at den demente har givet tilsagn om, at oplysningerne må videregives.

På kursusforløbene blev der fokuseret på udfordringer i forbindelse med:

- Identifikation af demente der indlægges.
- Oplysninger om relevante helbreds og sociale forhold hos demente, der indlægges på sygehus.
- Oplysninger i forbindelse med planlagte indlæggelser af demente.

Identifikation af demente der indlægges

Flere af kursernes deltagere fra sygehusene havde oplevet, at der blev indlagt demente fra plejehjem eller hjemmepleje, som ikke selv kunne fortælle, hvem de var, og hvor de kom fra. Problemet omfattede indlæggelser af demente som ikke kunne udtrykke sig, og som ikke var ledsaget af pårørende, medarbejdere eller andre, ligesom der heller ikke var papirer med.

Det er indlysende nødvendigt, at man skal vide, hvilken patient man har med at gøre, så man undgår fejlbehandlinger. Den manglende genkendelse betød, at sygehuset skulle bruge kostbar tid på at finde ud af patientens identitet.

► Idéer til at sikre den rigtige identifikation af demente ved og under indlæggelse:

På kursusforløbene var der flere bud på, hvordan denne problemstilling skulle løses.

Ledsagelse til sygehus

Den bedste løsning til at sikre identifikation er, at demente bliver ledsaget, når de indlægges. På nogle plejecentre er der retningslinjer for, at demente altid skal ledsages i forbindelse med indlæggelse – enten af en medarbejder eller af en pårørende.

Denne prioritering er helt i overensstemmelse med prioriteringer fra eksempelvis institutioner for udviklingshæmmede eller hjerneskadede, som typisk altid ledsager beboere i forbindelse med indlæggelser.

Identifikations-armbånd eller plaster

Et andet forslag gik ud på, at plejehjem og hjemmepleje altid havde identifikationsarmbånd ligesom sygehusene, og at medarbejdere i kommunen sørgede for, at den demente fik armbåndet på, inden den pågældende blev kørt til sygehuset. Der blev også drøftet om demente, der blev indlagt fra eget hjem via eksempelvis en hjemmesygeplejerske, kunne få et plaster med navn og CPR nummer sat på tøjet. På den måde ville personale i modtagelse eller skadestue kunne se, hvem den demente er, og hvor den pågældende kom fra.

Identifikation med foto

På et plejecenter overvejede man at lave forsøg med billedidentifikation af borgere, der skulle indlægges, for på den måde at sikre identifikationen.

Opdateret adresse

Det blev påpeget af deltagere fra sygehusene, at det var en god idé at sikre, at den dementes adresse var opdateret. Nogle havde nemlig oplevet, at en dement patient, som lige var flyttet på plejehjem blev sendt hjem til sin tidligere hjemadresse i stedet for til plejeboligen, fordi adresse på sygesikringskort ikke var rettet.

At sikre relevante oplysninger fra primær kommune til sygehus afdeling

Flere deltagere fra sygehusafdelinger havde erfaringer med, at de fik utilstrækkelige eller irrelevante oplysninger, når de fik patienter med svær demens fra plejehjem og fra hjemmepleje.

Kursusdeltagerne fra sygehus vurderede, at når der var tale om demente, som blev indlagt, var det vigtigt at få viden om:

- Den dementes mentale og fysiske funktionsevne.
- Helbredsmæssige forhold generelt.
- Ændringer i tilstanden, som havde ført til indlæggelse.
- Aktuell Medicin.
- Døgnrytme.
- Den daglige hjælp og herunder i særlig grad de former for kommunikation, som er mest hensigtsmæssig.
- Navn og telefonnummer til pårørende.
- Kontaktpersonens navn og telefonnummer.

De forskellige former for praksis, som blev anvendt fra kommunernes side med hensyn til at formidle oplysninger om demente borgere var:

- Medbragte samarbejdsbøger.
- Pårørende.
- Notater fra omsorgssystemer.
- Telefonkontakter.

De forskellige typer af information fra kommunens medarbejdere til sygehusene kunne medføre en række problemstillinger. Med hensyn til samarbejdsbøger vurderede mange ansatte på sygehusene, at de ofte var usystematiske, ligesom meget af materialet ikke var ajourført.

I en række kommuner udarbejdede man notater i kommunens omsorgsjournal og sendte dem derefter som advis til sygehuset. Imidlertid var der især om aftenen medarbejdere på sygehusene,

som ikke kunne åbne den elektroniske post og derfor heller ikke kunne få adgang til oplysningerne.

► *Idéer til at sikre kommunernes information til sygehusene om demente borgeres helbredsforhold omfatter:*

- At samarbejdet mellem kommunerne, de praktiserende læger og regionen med at udvikle og implementere elektroniske kommunikationssystemer også inddrager de særlige forhold, som kendetegner demente. Det indebærer, at notater fra kommunerne rummer de relevante oplysninger om døgnrytme m.m. som er vigtige for sygehusene under indlæggelse.
- At kommunernes plejehjem og hjemmesygepleje hurtigt tager initiativ til at tage telefonisk kontakt med de sygehusafdelinger, hvor demente borgere er indlagt og giver de nødvendige oplysninger.
- Hvis demente ikke har pårørende, der kan ledsage til sygehus, er det vigtigt at en person fra personalet ledsager den demente. Det er især muligt i områder, hvor de forskellige afdelinger ikke var stærkt adskilte. På den måde kan medarbejdere fra andre inde- eller udegrupper hjælpe, hvis et personalemedlem må gå fra for at ledsage den demente.

Planlagte indlæggelser

De planlagte indlæggelser udgjorde et særligt fokusområde på kursusforløbene. Medarbejdere på sygehusene fortalte, at de havde mulighed for at planlægge undersøgelser og behandling på en mere optimal måde, når de vidste, at indkaldte patienter havde en demensdiagnose eller demenslignende symptomer.

Det var deres erfaring, at demente fik et bedre indlæggelsesforløb, hvis personalet på forhånd havde planlagt undersøgelser, så der ikke var så meget ventetid. På samme måde forløb undersøgelser også bedre, når man på forhånd kunne tilpasse information mm til den dementes mentale funktionsevne.

► *Idéer til at forbedre information i forbindelse med planlagte indlæggelser af demente:*

Det er foreslået, at personale i hjemmepleje og på plejehjem er opmærksomme på, når demente borgere får skriftlige indkaldelser til planlagte indlæggelser. Efter aftale med den demente kan medarbejdere i kommunen telefonisk orientere sygehusafdelingen om, at den pågældende kan have vanskeligheder med at huske, og at det vil være ønskeligt med et mere komprimeret indlæggelsesforløb.

De forhold, som er vigtige at overveje, er:

- Skal den demente være indlagt, eller er det mere hensigtsmæssigt, at vedkommende sover hjemme og møder fastende næste dag?
- Er det mest hensigtsmæssigt med en enestue?
- Hvordan plejer sengen at stå derhjemme, og vil det være bedst, hvis den står ligesådan på sygehuset?
- Er der mulighed for tilsyn af plejepersonale/pårørende?
- Kan man få oplysninger af den pårørende?



» Medarbejderne på sygehusene fortalte, at de havde mulighed for at planlægge undersøgelser og behandling på en mere optimal måde når de vidste at indkaldte patienter havde en demens diagnose eller demenslignende symptomer.



Når demente er indlagt på sygehus

Når demente er indlagt på sygehus, optræder der ofte en række faglige udfordringer for det sundhedsfaglige personale. Dels er der selve kommunikationen i forbindelse med undersøgelser og behandling, som er omtalt på side 11. Deltagerne på kursusforløbene vurderede, at de mest almindelige udfordringer omfattede:

- Fortsættelse af den medicinske behandling af demenssygdommen under indlæggelse.
- Forskellige former for uro hos demente under indlæggelse.
- Demensudredninger under indlæggelse på sygehus.

Fortsættelse af medicinsk behandling af demenssygdomme under indlæggelse

Personalet fra de sygehusafdelinger, som deltog i kurserne, fortalte, at antidemensmedicin som hovedregel ikke var en del af afdelingernes standardsortiment. Det kunne betyde, at der blev brugt meget tid på at få fat på præparaterne fra andre afdelinger. Når der er tale om antidemensmedicin med en meget kortvarig halveringstid, er det betydningsfuldt, at han eller hun får sin medicin med de intervaller, som er ordineret. Hvis det ikke overholdes, er der en risiko for, at den mentale funktionsevne forringes hos den demente.

► *Idéer til forbedringer:*

Det ville kunne sikre en kontinuitet i den antidemensmedicinske behandling, hvis præparaterne var en del af sygehusafdelingernes standardsortimentet.

Hvis ikke det er muligt, at antidemensmedicin bliver en del af afdelingernes standardsortiment, ville man kunne sikre en hurtig genoptagelse af behandlingen, hvis der foreligger en oversigt over, hvilke af sygehusets afdelinger, der aktuelt har præparaterne. En anden mulighed for at sikre kontinuitet i den antidemensmedicinske behandling er, at kommunens ansatte er opmærksomme på, at demente får deres medicin med i forbindelse med både planlagte og akutte indlæggelser.

Dementes reaktioner i forbindelse med indlæggelse på somatisk afdeling

Hospitalsindlæggelser kan betyde, at mennesker med demenssygdomme reagerer med forskellige former for motorisk uro, råben eller aggression. U hensigtsmæssig adfærd kan skyldes, at den demente er kommet ud af sine vanlige omgivelser og rutiner, og at han eller hun forsøger at finde noget, som virker bekendt og forudsigeligt. Men man skal også være opmærksom på, at adfærden kan være knyttet til en delir tilstand på grund af en bagvedliggende somatisk sygdom.

Uhensigtsmæssig adfærd er altid et udtryk for, at den demente er usikker, bange eller forvirret. Uhensigtsmæssig adfærd kan også virke meget forstyrrende på andre patienter og på personalet på afdelingen. Det er derfor altid nødvendigt, at personalet på sygehusafdelinger er opmærksomme på at forebygge og behandle de faktorer, der ligger bag uhensigtsmæssig adfærd.

Hvis uhensigtsmæssig adfærd optræder hos demente samtidig med, at der er ændringer i bevidsthedsniveau, døgnrytme, reaktionsmåde samt hallucinationer, er der næsten altid tale om delir på baggrund af en bagvedliggende somatisk sygdom. Her er det nødvendigt med en udredning af de faktorer, som ofte fremkalder delir.

Det vil sige, at man undersøger om den demente har:

- infektioner (Ofte er der tale om urinvejsinfektioner).
- forskydninger i elektrolyt- eller væske balance.
- fået medicin som ikke kan tåles.
- kredsløbsmæssige problemstillinger.
- andre forhold, som kan forårsage delir.

Hvis der ikke er tale om de skift i reaktionsmåden, er der ofte tale om en adfærdsmæssig reaktion på omgivelser, som den demente opfatter som farlige og uforudsigelige.

Både når der er tale om delir, og når reaktionen er snævert knyttet til en reaktion på omgivelserne, er det vigtigt at være opmærksom på at tilpasse omgivelserne, så de i videst mulig omfang er tilpasset den dementes mentale funktionsevne.

Omgivelserne omfatter:

- De fysiske rammer.
- Aktiviteter.
- Fast vagt.

Omgivelserne omfatter naturligvis også kontakt og kommunikation, og her gælder de forhold, som er beskrevet i det generelle afsnit om hjælp til demente, som fejler noget andet (Se side 11).

► **Idéer til at tilpasse de fysiske rammer under indlæggelse:**

Man skal være opmærksom på mulighederne for at indrette sygehusafdelinger, så de virker så hjemlige som muligt, samtidig med at man også overholder kravene til en ordentlig hygiejne.

Der findes eksempelvis gode efterligninger af grønne planter, som kan være med til at skabe mere hjemlige rammer. Der er tale om efterligninger, som kan rengøres med en overbrusning.

Deltagere fra et af regionens sygehuse havde oplevet en række vanskeligheder med at tilpasse de fysiske rammer til demente, fordi der var en klausul fra arkitekten om, at der ikke må opsættes billeder eller lignende på væggene.

For at demente kan finde rundt, er det vigtigt, at der er holdepunkter, som kan give dem en fornemmelse af, hvor de er henne, og hvordan de kan komme det rigtige sted hen.

Lange gange og miljøer uden farvemæssige kontraster er ikke hensigtsmæssige, fordi den demente ikke kan orientere sig.

For at sikre demente de bedste muligheder for at orientere sig, havde flere deltagere gode erfaringer med at sætte et stykke farvet karton med den dementes kaldenavn på døren til den pågældendes sengestue. Den tydelige angivelse af navnet kan betyde, at han eller hun har bedre muligheder for at orientere sig.

Når man skal vurdere, hvor i afdelingen demente med uhensigtsmæssig adfærd får den bedste hjælp, afhænger det af de problemstillinger, som den demente er præget af.

Hvis eksempelvis en dement patient let bliver distraheret og reagerer på nye indtryk med uro, er det mest hensigtsmæssigt, at den pågældende er på en stue, hvor der kun er få forbipasserende.

Hvis den demente omvendt er præget af en stærk virkestrang og ikke kan bedømme, hvordan hans eller hendes aktiviteter påvirker omgivelserne, kan det være mere hensigtsmæssigt, at den demente er placeret tæt ved personalets kontorer. På den måde er der bedre mulighed for at sikre hyppige tilsyn og hjælp.

► **Idéer til at hjælpe demente med meningsfuld beskæftigelse:**

Dementes uro kan være et udtryk for, at han eller hun mangler aktiviteter, som virker meningsfulde. Derfor er det vigtigt, at alle sygehusafdelinger er opmærksomme på aktivitetsmuligheder, som giver den demente mulighed for at få afløb for sin virkestrang, uden at det går ud over medindlagte eller den demente selv.

De aktiviteter som deltagerne foreslog var:

- Lægge håndklæder, vaskeklude eller strømper sammen.
- Vaske kørestole eller senge.
- Feje gulve.
- Ordne papirer. Især egnet til demente, som tidligere har været vant til at lave kontorarbejde.

► **Idéer til at sikre en god fast vagt:**

Under indlæggelse kan demente være så urolige, at der er behov for fast vagt for at sikre den nødvendige hjælp til at få ro og overblik. Man skal også være opmærksom på, at demente med kateter eller IV adgang (Drop) ikke altid har den nødvendige forståelse af indgrebet og derfor forsøger at fjerne ”slangerne”.

Det er vigtigt, at faste vagter har den fornødne viden om, hvordan man kan hjælpe den demente patient med at føle sig sikker.

Det er en god idé, at det faste personale orienterer en fast vagt om den form for kommunikation, fysisk kontakt og lignende, som i særlig grad hjælper den demente til at føle sig sikker og tryk.

En deltager på kursusforløbet fortalte, at sygehuset ”købte” et personalemedlem fra en institution, hvor en indlagt med hjerneskade boede. På den måde sikrede man, at patienten fik hjælp af en fast vagt, som havde et godt kendskab til patienten. Der var enighed om, at denne løsning også måtte være anvendelig til demente fra eksempelvis plejehjem, som var urolige under indlæggelse.

Udredning af demenslignende symptomer

i forbindelse med indlæggelser

Flere af deltagerne fra sygehuse havde oplevet, at de var blevet bedt om at gennemføre en demensudredning i forbindelse med indlæggelsen på sygehuset. Da ældre ofte bliver forvirrede under indlæggelsen, er det ikke muligt for en almindelig sengeafdeling at vurdere den grundlæggende mentale funktionsevne hos den pågældende.

For at kunne stille en demensdiagnose er det også en forudsætning, at tilstanden har stået på i mindst et halvt år. Det indebærer, at det ikke er muligt at lave en demensudredning i forbindelse med en indlæggelse på en almindelig sengeafdeling.

► **Idéer til at undgå demensudredninger på somatisk sygehus:**

Det er vigtigt, at regionens udredningsplan for demens er kendt både på sygehusafdelinger og af kommunernes visitatorer, ledere m.m. Derfor må det præciseres i undervisningsforløb om demens i kommuner og på sygehuse, at demensudredninger skal foretages efter de retningslinjer, som er angivet i regionen.

Det er også vigtigt, at information om regionens planer for demensudredningen er let tilgængelig på internettet for alle. På den måde kan man sikre, at mennesker med demenslignende symptomer får en kvalificeret udredning og behandling. Man undgår også, at sygehusafdelinger bruger tid på demensudredninger, som foretages mere kvalificeret andre steder.



Samarbejdet mellem kommune og sygehuse i forbindelse med udskrivning

Når demente udskrives fra sygehus til videre hjælp i kommunen, gælder det, som for alle andre udskrivelser, at sygehusafdelingen foretager et umiddelbart skøn af den ældres behov for hjælp. Men det er kommunen, som via sin visitation, beslutter, hvilken og hvor meget hjælp den ældre skal have.

For at kunne lave vellykkede udskrivelsesforløb er det vigtigt, at der foretages den bedst mulige vurdering af den dementes funktionsevne, og at de øvrige elementer i udskrivelsen tager udgangspunkt i den enkelte dementes særlige behov. Kun på den måde kan man sikre en kontinuitet i den ordinerede behandling sideløbende med en optimal social indsats.

Vurdering af funktionsevnen hos indlagte med demenssygdomme

Når demente er indlagt på sygehus er der en række forhold, som kan gøre det vanskeligt for ansatte på sygehus at lave en korrekt vurdering af den pågældendes funktionsevne.

- Det forhold, at indlæggelsestiden i dag er betydelig kortere end tidligere, betyder, at plejepersonale på sygehus ofte ikke har det samme tidsrum til at blive fortrolig med borgerens funktionsevne. Dette gør sig også gældende for demente.
- Det er også almindeligt, at indlagte kun laver få almindelige ADL aktiviteter under indlæggelsen som eksempelvis at komme i tøjet og skaffe mad. Dermed er der heller ikke mulighed for at vurdere, hvordan demente klarer disse situationer.
- Den dementes vurdering af egen funktionsevne kan være urealistisk.
- Den dementes vurdering af pårørendes overskud til at hjælpe kan være mangelfuld.
- Indlæggelser kan betyde, at demente reagerer på en anden måde, som det er omtalt tidligere (Se side 6).

Disse forhold kan betyde, at det er svært at foretage en realistisk vurdering af den dementes funktionsevne og dermed også en præcis vurdering af den hjælp, der er behov for efter udskrivelsen.



► **Idéer til at forbedre vurderingen af dementes funktionsevne:**

Fremskudt visitation

Flere kommuner har organiseret sig, så visitationen til kommunens ydelser foregår på sygehuset af en visitator med kontorfaciliteter på sygehuset. Det betyder, at visitatoren med kendskab til lokalområdet er inddraget i vurderingen af den dementes funktionsevne. Denne ordning (Kaldet fremskudt visitation) blev brugt i Brønderslev og Mariagerfjord Kommune samt Ålborg Vest. Den fremskudte visitation kan betyde, at kommunen bedre kan vurdere den dementes færdigheder inden udskrivelsen.

Udskrivningskonference

Udskrivningskonference foretages ofte med deltagelse af visitator som repræsentant for kommunen, den demente, pårørende og personale fra sygehusafdelingen. Udskrivningskonferencernes dialog kan være med til at give et mere nuanceret billede af den dementes færdigheder.

Kommunikation mellem sygehus og kommune ved udskrivelse af demente

Når demente udskrives fra sygehus til videre hjælp i kommunen er det vigtigt, at der er en god kommunikation mellem parterne. Kommunikation omfatter både den skriftlige og mundtlige kommunikation.

Med hensyn til den skriftlige kommunikation anvender regionens kommuner og sygehuse forskellige journalsystemer, og der er bestræbelser i gang med at sikre den elektroniske kommunikation mellem de forskellige systemer. De problemstillinger, som endnu skal løses, omfatter både demente og ikke-demente borgere. De vil derfor ikke blive omtalt særskilt her i idékataloget.



Det er en god idé, at både sygehusafdeling og kommunens visitation vurderer, om repræsentanter fra udførerledet skal inddrages inden udskrivelsen. Det kan eksempelvis være hjemme-sygeplejerske, der inddrages omkring medicinadministration.

Inddragelse af demenskoordinator før udskrivelse

Flere deltagere fra sygehusene havde erfaringer med, at der var indlagte med demenslignende symptomer, som umiddelbart afslog at få hjælp efter udskrivelsen, men hvor sygehusafdelingen vurderede, at der ville være behov for en demensfaglig indsats.

Her kan det være en god idé, at sygehusafdelingen kontakter kommunens demenskoordinator og får et møde i stand på sygehuset. Hvis den ældre har haft mulighed for at møde demenskoordinatoren under indlæggelsen, vil flere være motiveret for besøg i hjemmet.

For at det kan fungere, er det vigtigt, at demenskoordinatorernes navne og telefonnumre er lettilgængelige enten via sygehusets telefontavle eller via kommunens hjemmeside.

Valg af tidspunkt for udskrivelse af demente fra sygehus

Kursernes deltagere fra kommunerne lagde vægt på det mest hensigtsmæssige tidspunkt for modtagelse af demente efter udskrivelse var sidst på formiddagen. Når demente kom hjem på det tidspunkt, var der større mulighed for at medarbejderne kunne tilpasse forhold omkring hjælpemidler og mad. Primærsygeplejerskerne havde på samme måde bedre betingelser for at få lavet de nødvendige tilpasninger omkring medicin.

Sundhedspersonale i kommunerne vurderede generelt, at det var u hensigtsmæssigt, at demente blev udskrevet om eftermiddagen. Hjælpemiddeldepotet og den praktiserende læge var ofte lukket på det tidspunkt, ligesom apoteksbuddet almindeligvis var taget af sted.

» Inden for de næste ti til tyve år, vil der bliver bygget en lang række nye sygehuse, som skal afløse de gamle og udslidte sygehuse. Her er det værd at tænke på, om nogle sengestuer kunne indrettes på en måde, så de også tilgodeså dementes behov for overblik og sikkerhed.

Deltagerne fra sygehus var lydhøre overfor personalet i primær sektor, men de påpegede, at der kunne være vanskeligheder med at imødekomme ønsket, hvis der var en sen stuegang, eller hvis man afventede svar på blodprøver.

Endvidere kunne der være vanskeligheder med at håndtere udskrivelser til sidst på formiddagen, fordi der er indgået overenskomster med Falck, som indebærer, at der kan være op til 4 timers ventetid.

► **Idéer til forbedringer af tidspunktet for udskrivelse:**

Tilsyneladende er der både praktiske forhold og manglende viden, som betyder, at demente ofte bliver udskrevet sent om eftermiddagen. Med hensyn til viden er det vigtigt, at medarbejderne på sygehusene er klar over, at hjælpen umiddelbart efter udskrivelse bedre kan tilpasses, hvis man udskriver sidst på formiddagen. For at sikre dette kan man eventuelt tage emnet op i de samarbejdsfora, der er mellem sygehus og kommuner.

Med hensyn til de praktiske forhold, er det ikke sandsynligt, at sene undersøgelser eller blodprøvesvar kan fremrykkes for at sikre en tidligere udskrivning. Derimod kunne det være hensigtsmæssigt, at der i forhandlingerne med Falck indgik en drøftelse af, om det var muligt, at demente i højere grad kunne komme hjem umiddelbart efter udskrivelsen. På den måde ville det være nemmere at sikre den kontinuitet, som har så stor betydning for en god udskrivelse.

Identifikation i forbindelse med udskrivelse

På samme måde som det er nødvendigt med en identifikation af patienten ved indlæggelsen, er det også nødvendigt i forbindelse med udskrivelse. Eksempelvis havde nogle af kursernes deltagere oplevet, at taxachauffører havde kørt demente til forkerte adresser, fordi de bare spurgte ældre der ventede i venteområdet: ”Hedder du Anna”.

De idéer, som er medtaget omkring identifikation ved indlæggelse (Se side 19), kan på samme måde bruges i forbindelse med udskrivelse.

Samarbejdet mellem sygehuse og kommuner i forbindelse med genoptræning

Når demente udskrives med behov for genoptræning f.eks. efter et brud, er der en række opgaver som er påtrængende.

De omfatter:

- Vurdering af genoptræningspotentiale.
- Genoptræningsplan.

► **Idéer i forbindelse med genoptræning af demente:**

Vurdering af genoptræningspotentiale

Det er lægerne på sygehuset, der vurderer genoptræningspotentialet hos borgere, der er indlagt. Men terapeutgruppen er ofte involveret i denne vurdering, ud fra deres observationer og vurderinger under indlæggelsen.

En vurdering af genoptræningsmuligheder omfatter både en vurdering af patientens funktionsevne, men også en vurdering af, om den pågældende har den fornødne motivation til at gennemføre et træningsforløb. Vurderingen er baseret på patientens mentale og fysiske funktionsevne under indlæggelsen, sammenholdt med oplysninger om funktionsevnen før indlæggelsen.

Det kan være vanskeligt at vurdere dementes genoptræningspotentiale under indlæggelse, fordi mange demente er præget af delir i perioden efter en operation. Deltagere på kurserne fortalte, at der visse steder var en tradition for, at demente der scorede mindre end 24 point på MMSE under indlæggelse, blev vurderet til ikke kunne indgå i et træningsforløb. Det har ikke været muligt at finde dokumentation for denne opfattelse.

Det kan være en god idé, at vurderingen af den dementes muligheder for at blive genoptrænet overvejende foretages ud fra hans eller hendes funktionsevne fra før indlæggelsen. På den måde kan man undgå at forveksle en midlertidig mental forvirringstilstand under indlæggelse med den dementes egentlige funktionsevne. Mange demente vil kunne indgå i en form for genoptræning, når de kommer hjem i vanlige omgivelser. Også selv om de har været meget forvirrede under en indlæggelse.

Genoptræningsplan

Såfremt lægen vurderer, at en patient med demens/demenslignende symptomer har et optræningspotentiale udfærdiger therapeuten en genoptræningsplan. I planen fremgår det, om den demente overvejende profiterer af et øvelsesbaseret eller et træningsforløb der er baseret på deltagelse i almindelige dagligdags aktiviteter.

Det er en god idé, at genoptræningsplaner til demente bliver tilrettelagt ud fra almindelige dagligdags aktiviteter. Hverdagens aktiviteter kan forekomme mere indlysende for mange demente frem for mere abstrakte træningsprogrammer.

Tilpasning af hjælpen til mennesker med demens efter udskrivelse

Når demente bliver udskrevet fra sygehus, vil der ofte være behov for at tilpasse hjælpen umiddelbart efter udskrivelsen. Det skyldes de vanskeligheder, der kan være med hensyn til at lave en realistisk vurdering af den dementes funktionsevne, som er beskrevet på side 27.

Kursernes deltagere havde erfaring med, at der ofte var brug for hurtige ændringer med hensyn til:

- Mad.
- Hjælpemidler.

► **Idéer til at tilpasse hjælpen umiddelbart efter udskrivelse:**

Mad

Indlagte med demens kan nogle gange vurdere, at der er tilstrækkeligt med mad i hjemmet efter udskrivelse. Hvis det ikke er tilfældet, og der heller ikke er penge til indkøb, kan der opstå problemer med at sikre tilstrækkeligt mad.

- Aktuelt er der på Sygehus Vendsyssel planer om at lave madpakker, som sendes med borgeren hjem ved sene udskrivninger.

- Kommunerne laver en akutordning, som indebærer, at medarbejdere i hjemmeplejen kan hente en "nødration" fra kommunens leverandør af mad. Nødrationerne kan placeres på et eller flere af kommunens plejehjem.
- Kommunen har en "akut nødkasse", hvor medarbejdere kan tage penge mod aflevering af bilag til indkøb af mad.

I dag løses problemstillingen ofte ved, at personalet lægger penge ud af egen lomme.

Hjælpemidler

Kursernes deltagere havde også erfaring med, at demente der lige var udskrevet, kunne have behov for hjælpemidler, som ikke var visiteret under indlæggelsen. Det problem var særlig vanskeligt at håndtere, hvis den demente blev udskrevet umiddelbart før fri- og helligdage, hvor hjælpemiddeldepoterne var lukket. I Rebild Kommune havde man løst problemet ved at lave nøddepoter på områdekantorerne, som rummer de mest almindelige hjælpemidler. Det kunne eksempelvis være rollatorer og toiletforhøjere.





Afsluttende bemærkninger

I løbet af kursuserne blev der opsamlet en række erfaringer, forslag og idéer, som er sammenskrevet her i Idékataloget. Men det er også klart, at der er behov for en mere omfattende indsats med hensyn til at forbedre forholdene for demente, som også fejler noget andet.

Her er samlet en række idéer som kan bruges af mange sundhedsfaglige personer, der hjælper demente i kommunerne eller på sygehusene. Men der vil også være brug for at de forskellige specialer, som ofte hjælper demente, hver især udvikler viden og praktiske erfaringer med hensyn til at hjælpe demente.

Nogle af de eksempler, som kan omtales her er:

- Ortopædkirurgiske afdelingers hjælp til den meget store gruppe af demente, som indlægges med brud efter fald.
- Narkose – og opvågningsafdelinger, som skal hjælpe bange og forvirrede demente i forbindelse med en operation.
- Kommunernes hjælp til demente med hensyn til at forebygge delirtilstande, samt hele den sundhedsfremmende indsats.

Endvidere skal man også gøre sig klart, at der inden for de næste ti til tyve år vil blive bygget en lang række nye sygehuse, som skal afløse de gamle og udslidte sygehuse. Her er det også værd at tænke på, om nogle sengestuer kunne indrettes på en måde, så de også tilgodeså dementes behov for overblik og sikkerhed.

De seneste prognoser fortæller, at antallet af demente vil stige eksplosivt i løbet af den næste årrække. Det er derfor vigtigt, at både kommuner og sygehuse er opmærksomme på gruppen af demente, som også fejler noget andet og er indstillet på at forbedre hjælpen til denne gruppe.

Litteratur

- ▶ **Demens efteruddannelse – til social og sundhedspersonale.** Rolf Bang Olsen m.fl. Munksgaard Danmark 2007.
- ▶ **Demens-temamagasin.** Ældresagen 2005.
- ▶ **Forebyggelse af aggressiv adfærd – hos ældre i plejebolig.** Kirsten Gotfredsen. Munksgaard Danmark 2009.
- ▶ **Forstå demens.** Steen Hasselbalch, Nils Engelbrecht, Ole Thage. Alzheimerforeningen 2004.
- ▶ **Frontaldemens – en håndbog.** Else Melin og Rolf Bang Olsen. Omsorgsorganisationernes Samråd 2006.
- ▶ **Færdighedsvurdering.** Mette Borresen og Jette Poulsen. Dafolo 2001.
- ▶ **Hun passer ikke her – om medicin og demens.** Astrid Bergesen. Hans Reitzel 2000.
- ▶ **Socialpædagogik og demens – det vanskelige omsorgsarbejde.** Mette Borresen m.fl. Servicestyrelsen 2004.
- ▶ **Håndbog om demens.** Dorthe Buus, Ane Eckermann, Lissi Fauerschou, Helle Krogh Hansen, Lilly Jensen, Susanne Kaagaard, Else Melin, Kurt Møller, Rolf Bang Olsen, Susanne Rishøj, Anne Skov, Lisbeth Villemoes, Anette Tamborg. Servicestyrelsen 2008.
- ▶ **Håndbog om demens – til myndighedsniveau.** Servicestyrelsen 2007.
- ▶ **Kirstens dagbog – et liv med Alzheimers demens.** Socialministeriet 2002.
- ▶ **Omsorg og magt – informationspjece til personale, der arbejder med mennesker med svær demens.** Socialministeriet 2004. www.servicestyrelsen.dk.
- ▶ **Partial view – An Alzheimers Journal.** Cary Smith Henderson. Southern Methodist University Press 1998.
- ▶ **Praktisk gerontopsykiatri.** Nils Christian Gulmann m.fl. Hans Reitzels Forlag 2001.
- ▶ **Året med tusind dage.** Berit Degnes. Aschehoug 2006.

» Servicestyrelsen indledte i begyndelsen af 2008 kompetenceudviklingsprojektet “Forbedret pleje til demente patienter”.

Projektet havde til formål at styrke forbindelserne mellem primær- og sekundærsektor, i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse af borgere med demens. Målet var især at styrke fokus på kommunikation mellem sektorerne, og øge den fælles viden, mellem plejcentre og hospitaler. Dette fik hver region sammen med de respektive kommuner 1,8 millioner til at udvikle og afholde. Dette skete, for at sikre at særlige lokale forhold, behov og ønsker kunne tilgodeses, og dermed sikre den bedste forankring af den nye viden.

Servicestyrelsen får dermed også en række forskellige bud på, hvordan denne type projekter kan se ud, når man både skal udvikle kompetencer, og samtidig sikre forankring af ny viden. I begyndelsen af 2010 vil der komme en samlet evaluering af de fem delprojekter, og der vil ske en yderligere formidling af erfaringer, både fra kurser og fra de forskellige måder at sikre implementering.

Servicestyrelsen | Edisonsvej 18, 1. | 5000 Odense C
Telefon 72 42 37 00 | servicestyrelsen@servicestyrelsen.dk
www.servicestyrelsen.dk

**KRONIKER
ENHEDEN**

NORDJYLLAND

Østre Allé 91
9000 Aalborg
Tlf. 98 77 10 50
www.kronikerenheden.dk