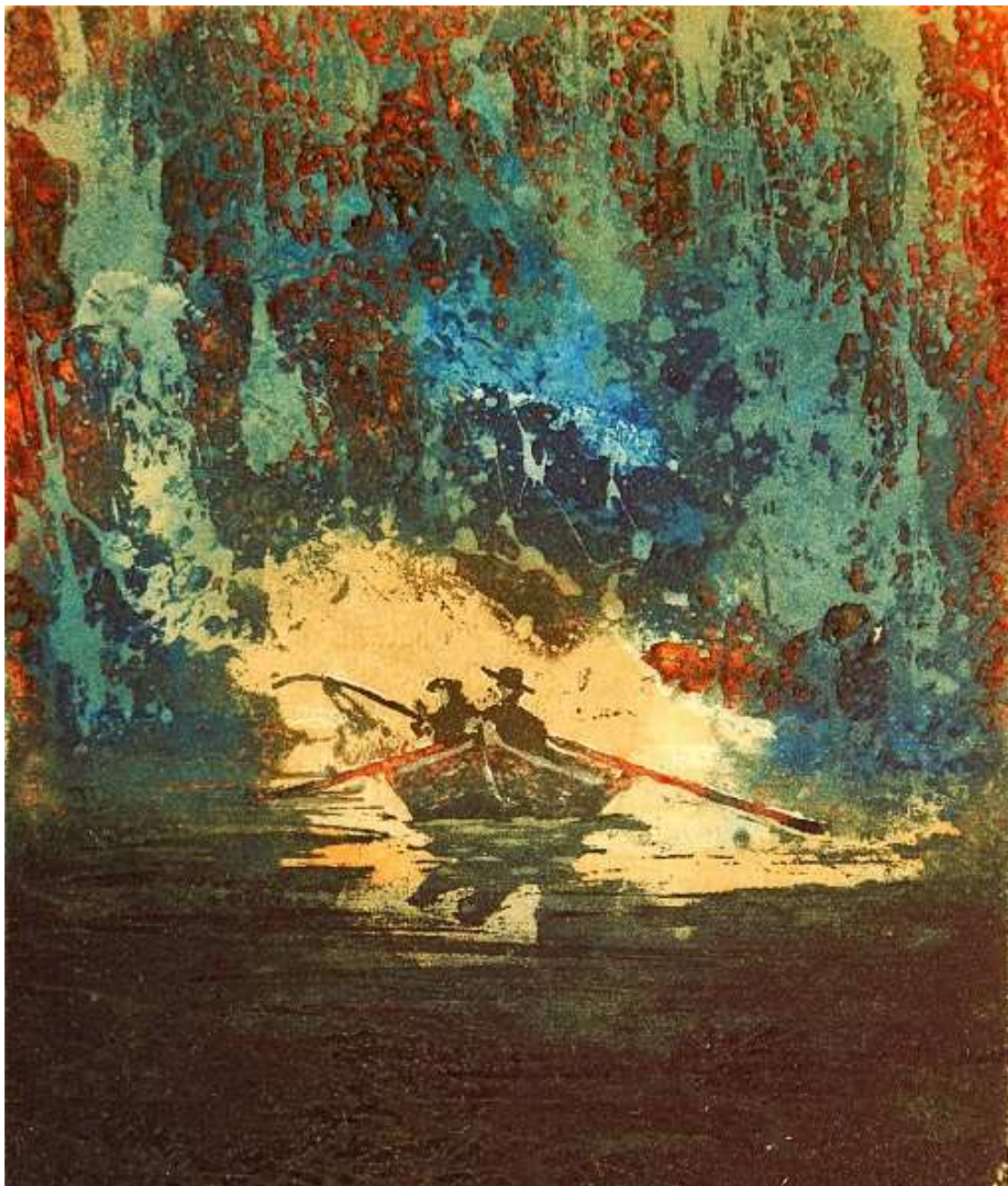


REHAB-INFO

Juni 2011



Tema: Demens

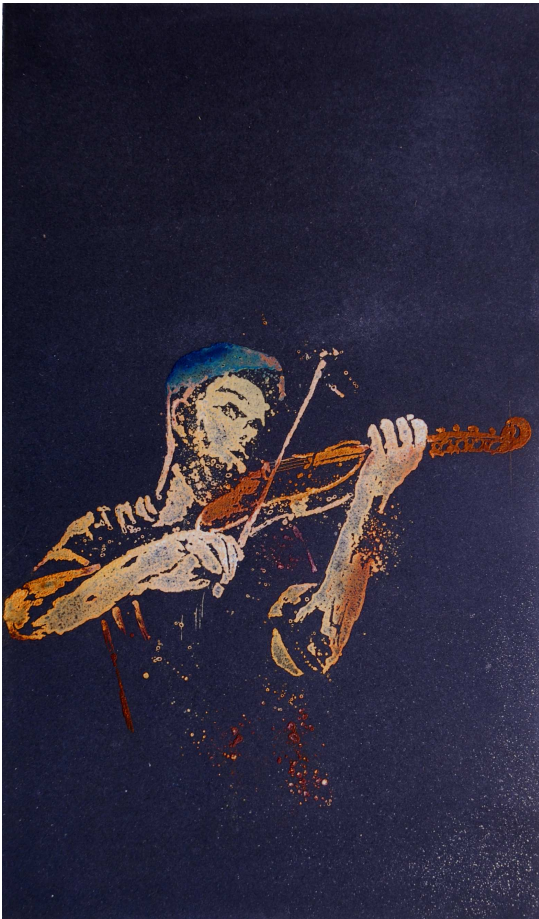
Teamet har ordet

Kvart år vert 10 000 personar i Noreg ramma av demens. Når ein person får diagnosen vert på same tid veldig mange andre i nettverket rundt ramma . Demens er ein sjukdom som også rammar dei pårørande hardt.

Kommunane som skal tilby tenester til dei råka innbyggjarane har utfordringar. Den demente treng ein type omsorg i byrjinga av forløpet, og får etter kvart andre og nye behov. Dei som arbeider innan demensomsorga har utfordrande og spanande arbeidsoppgåver, der dei pårørande er ein viktig medspelar. Somme tider treng den demente også gjerne tilbod frå spesialisthelsetenesta, der helsepersonell, med eit anna fokus, i ein periode skal ta hand om den demente. På denne arenaen er den demente gjerne endå meir ”på glattisen”. Korleis vert den demente og dei pårørande, møtt av helsepersonell med anna fokus til dagleg?

I denne utgåva av Rehab info ynskjer vi å belyse nokre av desse momenta. Kanskje kan vi kome eit skritt nærare å sjå den demente og dei pårørande sitt perspektiv?

Kanskje kan vi som arbeider innan hjelpeapparatet bidra til at den demente og dei pårørande kjenner at der er ei samanhengande tiltakskjede.



Bileta i dette nummeret er laga av **Geir Nymark**.

Nymark er fødd i Bergen i 1956, men har sidan 1979 vore busett på Voss, der han har eigne atelier for grafikk og skulptur. Han er utdanna ved Norsk Kunsthåndverkskule på Voss i perioden 1979-81, og studerte treskulptur under Sjur Mørkve i tida 1981-83. Han arbeider både med treskulptur og biletkunst. I biletkunsten brukar han både akvarell og grafikk som teknikk. Han har og hatt tilknytning som lærar i formingsfag og estetiske fag ved Norsk Kunsthåndverkskole, Voss husflidskule og Voss vidaregåande skule.

Sjå og les meir på: <http://www.geirnymark.no/>

Tittel på bilete til venstre: Godlåt

Tittel på bilete på framsida: To i samme båt

Rehab-info er ei informasjonsavis om rehabilitering for Voss Lokalsjukehusområde. Den er utgjeve av avdeling for rehabilitering, læring og meistring ved Voss Sjukehus. Send ros og ris og tips til gode saker eller tema til Britt.Madli.Manger@helse-bergen.no

10 tidlige tegn på demens

Denne oversikten over tidlige tegn på demens viser typiske forskjeller på problemer som alle kan ha og problemer som kan være knyttet til demenssykdom

1. Hukommelsestap som påvirker arbeidsevnen.

Det er normalt å glemme et gjøremål, en tidsfrist eller navnet til en kollega.

Personer med demens kan oppleve hyppig glemsomhet eller uforklarlig forvirring.

2. Problemer med å utføre vanlige oppgaver.

Det er normalt at travle mennesker kan glemme detaljer, som for eksempel å servere noe av tilbehøret til et større måltid.

Personer med demens kan glemme å servere maten de har laget, eller til og med glemme at de har laget maten.

3. Språkproblemer.

Alle kan ha problemer med å finne de riktige ordene.

Personer med demens kan glemme helt enkle ord, eller bruke ord som er meningsløse i sammenheng.

4. Desorientering i forhold til tid og sted.

Det er normalt å være usikker på hvilken ukedag det er, eller hva man skal kjøpe i butikken.

Personer med demens kan gå seg bort i sitt eget nabolag uten å vite hvordan de kom seg dit, eller hvordan de skal finne veien hjem.

5. Svekket dømmekraft.

Mange kan glemme å ta med genser eller jakke en kjølig kveld.

Personer med demens kan gå i butikken i morgenkåpen eller gå ut i snøen med tøfler på.

6. Problemer med abstrakt tenkning.

Det kan være vanskelig å håndtere alle sider ved sin personlige økonomi.

For personer med demens kan det være helt umulig å forstå tall og foreta enkle regnestykker.

7. Feilplassering av gjenstander.

Alle mennesker roter bort nøkler og lommebøker fra tid til annen.

Personer med demens kan legge gjenstander på fullstendig feil sted, som strykejern i kjøleskapet og armbåndsur i sukkerkoppen. Ofte har de ingen forklaring på hvorfor tingene ble plassert der.

8. Forandringer i humør.

Alle opplever svingninger i humøret. Det er en del av det å være menneske.

Personer med demens har en tendens til raskere humørsvingninger, uten åpenbar årsak.

9. Atferdsendringer.

Det er ikke uvanlig å endre seg til en viss grad når man blir eldre.

Personer med demens kan utvikle dramatiske atferdsendringer, enten plutselig eller over lengre tid. En som tidligere var ubekymret og sorgløs kan bli sint, mistenksom eller engstelig.

10. Tap av initiativ og engasjement, både for aktiviteter og mennesker.

Det er normalt å gå lei av husarbeid, jobb eller sosial omgang. De fleste vil imidlertid opprettholde en interesse for slike aktiviteter, og kanskje etter hvert få gnisten tilbake. Personer med demens forblir uinteresserte og uengasjerte i mange eller alle sine tidligere aktiviteter.

Kilde:

http://www.nasjonalforeningen.no/no/Demens/Om_demens/10_tidlige_tegn/

Ulike typar demens

Alzheimers type

60% av alle som har demens har denne typen demens. Avleiring av proteinet beta amyloid mellom nervecellene i hjernen, fører til at cellene sluttar å virke som dei skal og etter kvart dør. I tillegg manglar det kjemiske substansar som trengst for å knytte kontakt mellom hjernecellene.

Vaskulær demens

Omlag 20 prosent av alle personar med demens har denne typen. Årsaka er skader i blodkar og blødningar i hjernen. Den kan starta plutselig, og forverring av tilstanden kan komme brått ved eventuelle nye hjerneslag eller drypp.

Demens med Lewy-legeme

Om lag 15 prosent får denne diagnosen. Demens med Lewy-legeme er forårsaka av såkalla Lewy-legemer i hjernen. Diagnosen vert stilt på bakgrunn av dei typiske symptoma: stivheit i armar og bein, tregheit i rørslene, periodevise synshallusinasjonar, vrangforestillingar og hukommelse-svikt. Symptoma kan likna både på Alzheimers sjukdom og på Parkinsons sjukdom, og varierer ofte frå dag til dag.

Frontotemporal demens

Frontotemporal demens er en sjeldan demensform som rammar ca. 5 prosent av dei som får demenssjukdom. Sjukdomen fører til skadar i pannelappen i hjernen, og rammar oftast personar frå femti til sytti år. Sjukdommen fører gjerne til en reduksjon i sosiale hemningar. Det skjer ei kjenslemessig avflatning med sløvheit og manglande evne til innleving i andre sin situasjon og kjensler. Pasienten oppfører seg egosentrisk, verkar fyrst og fremst oppteken av å tilfredsstille egne behov og kan verke omsynslause. Tilbaketreking, passivitet, likegyldigheit med egen hygiene og problem med talen er vanlig. Pasienten har som regel ingen sjukdomsinnsikt.

Tilstandar der demens er eit av fleire symptom

Demenssymptom knytt til:

- stor og langvarig bruk av alkohol
- vitaminmangel
- AIDS
- Creutzfeldt-Jakobssykdom
- hjernesvulstar
- hovudskadar
- Demenssymptom knytt til hjerneblødning som forårsakar auka trykk
- normal-trykkshydrocefalus/vaksenvannhode
- Demenssymptom knytt til hormonubalanse

Kilde

<http://www.nasjonalforeningen.no/Ulike+typer+demens.9UFRjWZf.ips>



Fine toner i natten

En pårørendes tanker rundt demens

Av Arne S. Lindstad, pårørende til demensrammet

Jeg vil fortelle hva jeg følte, tenkte og gjorde, da jeg forstod at den jeg har så kjær etter hvert ville bli mer og mer fjern etter hvert som tiden gikk. Hva kunne jeg gjøre for å takle en slik situasjon.

Sykdommen ”demens” rammer ikke bare den syke, men også de pårørende.

Denne sykdommen kommer snikende og utvikler seg meget langsomt. Den får derfor, som regel god tid til å utvikle seg altfor lenge, før en ber om hjelp.

Det var våre sønner som oppdaget situasjon og anbefalte at vi burde kontakte fastlegen for en kontroll. Kona og jeg, har snart hatt femti rike og gode år sammen og nå skulle vi ut i pensjon og nyte det gode liv. Så skjer dette.

Det føles som om en har mistet sin kjære. Så uten den støtten vi har fått av våre barnebarn, svigerdøtre og sønner, samt ”kurs for pårørende” v/Haralds plass Diakonale Sykehus til personer med demenssykdom” vet jeg ikke hvordan jeg hadde taklet det. Alle disse har vært til stor hjelp. Takk til dere alle.

Utredningen viste at sykdommen til min kone allerede hadde pågått i åtte – ti år.

Selv har jeg hatt flere hjerteinfarkt, og sliter med angina.

Dette var noe av årsaken til at det ble anbefalt fast plass på et omsorgsenter i

kommunen for min kone. Hun hadde uansett et så dårlig funksjonsnivå, at det ville være uansvarlig å ha henne boende hjemme.

Vetleflaten omsorgssenter er et relativt nytt senter, med et enestående personale. Der har hun det bra. Får ikke takket pleierne nok for det de gjør.

Demens har i alle år vært preget av tabu. Det var tidligere vanlig å gjemme bort personer med denne lidelsen. Sykdommen var forbundet med skam.

Dette er heldigvis i ferd med å endre seg i dag. Forskning på demens har fått høyere status, og myndighetene har i de senere år hatt mye mer fokus på problematikken rundt både de syke – men òg de pårørende.

Det er veldig viktig med informasjon og åpenhet rundt sykdommen. Her gjør også Nasjonalforeningen for demens en stor jobb.

Med en høy grad av fokus på sykdommen kan en fange opp symptomer på et tidlig tidspunkt, og dermed kanskje bremse utviklingen for pasienten.



Endelig sol

Kommunale tilbod til personar med demens

Tilbodet for demente i Vaksdal kommune
Av Terje Flage, einingsleiar for sjukeheimstenester

I dag har me fylgjande tilbod:

- Daletunet omsorgssenter har 10 plassar i 1 skjerma eining
- Vaksdal sjukeheim har 7 plassar i 1 skjerma eining

Plan for utvikling av tilbodet:

Gjeldande plan for helse og omsorgstenesta i Vaksdal kommune legg opp til at Vaksdal sjukeheim skal bli ein ressursbase for demensomsorga i kommunen. Vaksdal sjukeheim er bygningsmessige tilrettelagd for 2 nye

skjerma einingar for demente med 7 og 8 plassar. Det er å vona ein får tilført økonomiske ressursar for å bygga opp desse så snart som råd. Det er stor trong for denne utvidinga av tilbodet.

I samme planen er det lagt opp til å etablera eit dagsentertilbod for demente innan 2015. Det ligg best til rette for å lokalisera dette tilbodet til Maritvoll, som ligg like ved sida av Vaksdal sjukeheim og som også er base for heimetenesta i Vaksdal sone.

Demensomsorg, Ulvik Herad

Av Reidun Stavestrand, ergoterapeut Ulvik Herad

Føremålet med dagavdelinga er å gje menneskje med demens eit tilbod i eit miljø som er prega av tryggleik og trivsel. Hovudvekta i tilbodet er miljøtiltak som gjev fysisk og psykisk stimuli gjennom ulike aktivitetar. Det er også eit mål at ein skal kunne reise på turar i nærområdet, då til stadar som kan brukast i eit reminisens arbeid med brukarane.

På avdelinga får dei tilbod om frukost, middag og kaffi m/noko attåt. For dei som bur heime er det tilbod om skyss til og frå. Då køyrer sjåfør og ein pleiar heim og hentar dei om morgonen, og det same om ettermiddagen.

Føremålet med tenesta er å gje eit tilbod til menneskje som bur heima, og som kan ha behov for deltaking i sosialt fellesskap der dei deltek i daglege aktivitetar i høve til

funksjonsnivå. Det kan fungere som avlastning for pårørande. Dette er eit tilbod som vert gjeve for at brukar skal kunne bu heime lengst mogleg. Hovudvekta i tilbodet er miljøtiltak som fysisk og psykisk stimulering, riktig ernæring og observasjon av helsetilstanden og funksjonsnivået med tilrettelegging og førebyggjande tiltak.

Dei som kan få tenesta er heimebuande pasientar med ein demensdiagnose, eller som har byrja utgreiing ved mistanke om demens. Det kan også vere eit tilbod for bebuarar v/sjukeheimen som treng observasjon, tilrettelegging og førebyggjande tiltak.

Sjukepleiar Siv Anita Eggen er leiar for dagavd.

Tilbod til personar med demens i Voss kommune

Av Solrun Hauglum, leiar pleie- og omsorgsavdelinga i Voss kommune

Forvaltningskontoret mottok søknadar, vurderer og behandlar dei og tildeler tenester. Tenestene omfattar bistand og helsehjelp etter Sosialtenestelova og Kommunehelstenestelova.

Tilbod i heimen:

For personar med demens kan det verta aktuelt med fleire typar tenester. For heimebuande kan det dreia seg om tryggleiksalarm, middagslevering, heimehjelp eller heimesjukepleie. Heimetenestene på Voss har også natteneste og tilbod om psykiatrisk miljøarbeidar/sjukepleiar. Ergoterapeut og fysioterapeut føretek heimebesøk for vurdering, tilrettelegging eller trening, og det vert søkt om og tilpassa aktuelle tekniske hjelpemiddel. Pårørande med store omsorgsoppgåver kan søkja om omsorgsløn. I tillegg har også Staten gjennom NAV tilbod om ulike typar stønader.

Dagplass:

Dagplassar finst på Gjerdebu dagavdeling (for tida plassert på Vetleflaten omsorgssenter), Evanger aldersheim, Vossestrand omsorgstun og Voss sjukeheim. Det er under planlegging eige dagtilbod for personar med demens. Ein kan få dagtilbod ein eller fleire dagar i veka.

Alders / omsorgsbustader:

Aldersbustadar og omsorgsbustadar finst fleire stader i bygda. Både Vetleflaten omsorgssenter og Vossestrand omsorgstun har omsorgsbustadar i tilknytning til sjukeheimen. På Evanger er det 12 aldersheimsplassar, og her ligg omsorgsbustadar rett ved aldersheimen.

Institusjon

På sjukeheimane er det fleire ulike typar korttidsopphold: avlastning, vekselpleie og opptrening/rehabilitering. Dei fleste av desse plassane ligg på Voss sjukeheim. Det er fleire ulike typar langtidsavdelingar. For personar med demens kan det verta aktuelt med "vanleg" sjukeheimsplass. Eller ein kan ha trong for den spesielle tilrettelegging og kompetanse ein finn på dei fire skjerma einingane me har på Voss sjukeheim og Vetleflaten omsorgssenter. På Voss sjukeheim er det også ei forsterka skjerma eining for personar som treng meir skjerming og personell grunna uro eller åtfærd som kan vera vanskeleg å takla i andre avdelingar.



Høst på vidda

Demensforeininga i Kvam

Av Marit Rogde, leiar i demensforeininga i Kvam

Demensforeininga i Kvam vart stifta i år 2001 og har frå starten av vore ei særskild aktiv foreining på mange måtar.

I hovudtrekk har foreininga jobba for det meste for dei pårørande til personar med ein demensjukdom, i form av ulike arrangement og tiltak.

Demensforeininga i Kvam høyrer til under Nasjonalforeningen for folkehelse og har pr idag rundt 40 medlemmer.

Årleg seminar

Årsmeldinga for 2010 viser at me har lagt bak oss nok eit meiningsfylt år sett frå foreininga si side. Me har bl.a hatt arrangement som seminar, samtalegruppe for pårørande, bøsseaksjon og pårørandeskule.

Mange vil nok hugsa godt seminaret med Ola Hunderi, professor i fysikk. Hunderi fortalde ei sterk historie om kona Inger Anne som fekk diagnosen Alzheimer i ein alder av bare 55 år. Inger Anne var blandt anna med ektemannen på jobb ved NTNU i eit heilt år pga av at ho ikkje turde å vera åleine heime. Då Inger Anne vart for sjuk til å bu heime flytta Ola inn på institusjon ilag med henne.

Ola Hunderi har i ettertid gitt ut ei bok med tittelen «*Vegen inn i skoddeheimen*»

Inger Anne var utdanna fysioterapeut og amatørkunstnar. Inger Anne sine maleri viser tydeleg kva redsel og fortvilelse ho må ha hatt inni seg etterkvart som sjukdomen sette sitt preg på henne. Ola har skrive ærlege dikt til bileta hennar i boka si.

Bøsseaksjon

Demensaksjonen sin bøsseaksjon var den beste i si historie for Demensforeinga i Kvam. Det vart samla inn heile 72.715 kroner, noko me er særskild nøgde med og som gjorde at me kom blant dei aller beste i Hordaland.

Pårørandeskule

Pårørandeskule vart arrangert over tre kveldssamlingar i november. Det har vore stor interesse for arrangementet og svært positive evalueringar av samlingane.

Pårørandeskulen vart gjennomført ved hjelp av lokale krefter; lege, sjukepleiar, hjelpepleiar, ergoterapeut og pårøranderepresentantar.

Tema denne gongen var mange; Ulike hjelpebod i Kvam, sjukdomstilstandar, symptom, utvikling og behandling, tilrettelegging i kvardagen, info om nyttig litteratur og erfaringar frå pårørande.

Temakveld

Litt endring vert det dette året. Foreininga har hatt årlege samtalegrupper for pårørande. I år vil me prøva ein temakveld i staden og sjå om me kan nå endå fleire. Tanken bak er å kopla inn Demensteamet i Kvam som ekspertise og som skal sitja i ei form for panel der ein kan stilla dei sakkunnige dei spørsmåla ein ynskjer og som handlar om demens.

Behovet for å ha ein stad å snakka om utfordringane kring demenssjukdom blandt familie, vener eller naboar er stort.

Demensteamet i Kvam består av lege, sjukepleiar, ergoterapeut og hjelpepleiar.

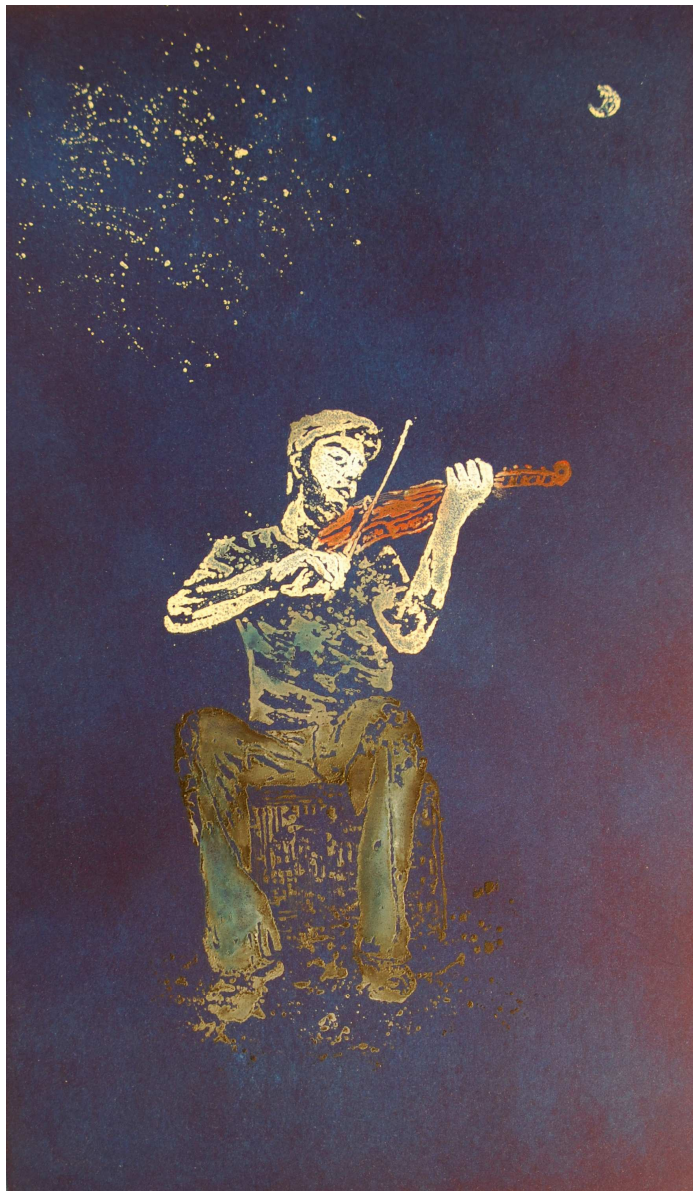
Årets seminar var det Elisabeth Moen som stod for. Moen er spesialsjukepleiar på NKS Olaviken

Temaet denne kvelden var «kommunikasjon og samhandling med personar som har ein demenssjukdom» Eit viktig tema som me alle har nytte av uansett kva livssituasjon ein er i. Eit særskild vellukka seminar med ca 50 påmelde.

Framtid

Ho var redd.
Redd for framtida.
Den låg i mørk skugge.
Eg skal ta meg av deg.
Då gret ho.
Ikkje av letnad.
Ho gret av innsikt
i si eiga framtid.

Ola Hunderi; «Vegen inn i skoddeheimen»



En slått for månen

Kortnytt

Tilsyn ved Helse Bergen HF, Voss sjukehus

Den 12. og 13. mai 2011 var Helsetilsynet på tilsyn i forhold til behandling og rehabilitering av eldre med hjerneslag.

Dette er ein del av Helsetilsynet si satsing i 2011 på tilsyn med tenester til eldre i spesialisthelsetensta.

Målet er å sjå om helseforetaka gjennom systematisk styring sikrar forsvarlig behandling av eldre med hjerneslag.

I tilsynet vart det valgt områder der det er særlig fare for svikt og som kan få stor negativ betydning for den enkelte pasient. I

tilsynet ved behandling av hjerneslag vart det fokusert på observasjon, utredning og behandling dei fyrste 24 timane etter innlegging på sjukehuset, på tidlig rehabilitering og på forebygging av komplikasjonar og nye hjerneslag.

Rapporten vert offentleggjort på www.helsetilsynet.no

Lokalsjukehuskonferansen 2011 - "Er det tanken som tel?" er vel overstått.

Det var 180 deltakarar, noko som er rekord for lokalsjukehuskonferansen.

Tilbakemeldingane var svært gode både på tema og forelesarane, som var psykologspesialist Solfrid Raknes og Rigmor Berge, brukar.

No gler me oss til å ta fatt på planlegginga av neste års konferanse. Følg med i Rehab-Info til hausten så får du vita både tema og tidspunkt for Lokalsjukehuskonferansen 2012



Forelesarane Rigmor Berge og Solfrid Raknes

NKS Olaviken Alderspsykiatriske sykehus tilbyr kurs på det alderspsykiatriske feltet

Kurs dei kan tilby er:

Demens og alderspsykiatri - basiskurs
hjemmetjenester

Demens og alderspsykiatri – basiskurs
institusjon

Dagskurs for vikarer

Hvordan kommunisere med personer med
alvorlig demens

Miljøforandring i demensomsorg

Pårørendesamarbeid

Utfordrende arbeid

Hvordan snu motstand til samarbeid i stell?

Marte Meo metoden i demensomsorgen

Informasjon og priser finn ein på
nettsidene, <http://www.olaviken.no/>



LMS-nytt 2011!

Rigmor Berge, brukarkonsulent og
Hilde B. Børve, dagleg leiar LMS

Tilboda frå LMS går til alle kommunane i lokalsjukehusområdet. Dei fleste kursa vert arrangert i LMS sine lokale på Avdeling Rogne på Voss. Ein har desentraliserte tilbod som vert arrangert i Kvam. Utanom kursa arrangerer vi ulike temakvelder og startar opp sjølvhjelpsgrupper. Aktiviteten og etterspørselen er utvilsamt aukande.

Det har vore stor aktivitet på LMS denne våren med ulike kurstilbod til brukarar/ pårørande samt kompetansehevande kurs til helsepersonell. LMS er og mykje nytta av brukarorganisasjonane på kveldstid.

Sidan forrige Rehab info kom ut har LMS arrangert **kurs i helsepedagogikk** over 4 dagar to gonger. I haust deltok 12 fagpersonar frå kommunane, Bjørkeli DPS og Voss Sjukehus på kurset. Kurset vart svært godt evaluert, og vart gjennomført på nytt no i mai. Då deltok 16 fagpersonar frå Voss Sjukehus på kurset, der målet er å bli ein betre helseformidlar. I tillegg til eigne ressursar innan pedagogikk og veiledning har vi og eksterne føredragshaldarar. Dag 3 har vi besøk av Kirsti Bjerkan frå Aker og Reidun Braut Kjosås frå Kvam. Dei presenterer "Diabetesverkstedet", og gjev kursdeltakarane nyttige reiskap i rolla som kurshaldarar. Det er andre gong Kirsti og Reidun kjem til Voss og presenterer Diabetesverkstedet. Denne dagen har vi 25- 30 påmeldte. Nytt kurs er planlagt til hausten.

Kurs i livsstilsendring er og eit kurs som mange har trong og interesse for. Vi gjennomførte eit kurs på nyåret, og neste kurs vert arrangert i august/ september. Vårens livsstilsendringkurs i Kvam vart avlyst grunna få tilvisingar.

Diabeteskurset "Ein god start" vart arrangert hausten -10. Grunna sær mange

tilvisingar til dette kurset hadde vi eit ekstra kurs i januar og eit kurs i mai.

Livsmeistringskurset "I ulendt terreng" er eit kurstilbod over 4 dagar utan krav om diagnose, der mange fagpersonar er involvert. Kurset eignar seg for alle med kroniske/ langvarige lidingar og pårørande og vert sett opp kvart semester.

Lungekurs for personar med KOLS og astma og **Osteoporosekurs** vart avlyst denne våren grunna for få tilvisingar.

I samarbeid med kirurgisk avdeling har vi stadig tilbod til personar med sjukleg overvekt. Dette i form av **førebuande kursdagar før overvektoperasjon**. Dei siste samlingane har vorte heldne på Park Hotel.

Til hausten planlegg LMS eit **ope møte der temaet er demens**. Her ynskjer vi både pårørande og fagpersonar velkomne. Dette vil verta annonsert i avisa.

LMS planlegg og eit **haustkurs for erfarne brukarar** som er, eller ynskjer å være, delaktig i pasient/ pårørande opplæring. Dette kurset har fokus på helsepedagogikk, formidling av erfaring og kunnskap. Representantar frå brukarorganisasjonane med rolla som erfaren brukar er målgruppa for dette kurset. Invitasjon vert sendt ut.

Når demente blir lagt inn på et somatisk sykehus

Erfaringer fra geriatrisk post, Haraldsplass Diakonale Sykehus

Av Irmelin Smith Eide, rehabkoordinator ved Haraldsplass diakonale sykehus

Kognitiv svikt i ulik grad, finnes hos minst en av fire eldre som innlegges akutt i sykehus. Denne pasientgruppen kan by på store utfordringer. Pasientene kan ikke selv gi informasjon om sin helsetilstand og sykehistorie, og vil også ha vansker med å forstå informasjon om sykdom, utredning og behandling. I tillegg er de mer utsatt for en rekke alvorlige komplikasjoner.

Hvilke utfordringer må en så være spesielt oppmerksomme på?

Pasientene har ofte diffuse og uspesifikk symptomer på sykdom. Dette krever god kunnskap og god evne til observasjon av sykepleier, og ikke minst god tid! Et enkelt symptom kan ha flere årsaker, og legemidler vil kunne kamuflere symptomer og tegn.

Mange opplever det nedverdiggende og ikke lenger huske og tenke som tidligere. De har ofte laget seg gode strategier for å kamuflere svikten, slik at helsepersonell lett kan tro at pasienten mestrer og forstår mer enn tilfellet er.

Pasientene har økt risiko for delir.

Delirium (akutt forvirring), forekommer hos opptil 50 % av eldre sykehuspasienter. Delirium fører til funksjonssvikt, forlenget liggetid og økt dødelighet.

Fare for infeksjoner og fall er også større hos demente pasienter. Det er viktig med god kartlegging av pasienten – klarer pasienten for eksempel å uttrykke eventuell smerte?

Under sengeleie kan en eldre person tape 2-3 % av kapasiteten til hjertet og til muskel-skjelettsystemet per dag.

Hvordan kan vi som helsearbeidere gi dem optimal behandling, og hvordan hjelpe dem med en god rehabiliteringsprosess?

Å bli innlagt på et sykehus etter hjerneslag, lårhalsbrudd eller akutt infeksjon, er en traumatisk opplevelse. For en person som er kognitivt svekket må situasjonen oppleves forvirrende og skremmende. En

rask og bred diagnostikk, komparentopplysninger fra pårørende og innhenting av opplysninger om funksjonsnivå før innleggelse er viktig. God pleie og omsorg i et trygt miljø, ved siden av å optimalisere den medisinske behandlingen forebygger komplikasjoner. For å unngå funksjonssvikt må pasienten mobiliseres så tidlig som mulig.

Hva ønsker pasienten selv – hva klarer de å formidle? Dette er en pasientgruppe som det er lett å overkjøre.

Finner pasienten frem på avdelingen, finner de rommet, toalettet? Opplever de det som flaut/vanskelig å spørre om hjelp? Er avdelingen godt merket?

For pasienten er det en fordel med få personer å forholde seg til, noe som kan være vanskelig å få til en i en travel sykehushverdag.

Demente opplever at de ikke strekker til lenger. For denne gruppen er det ekstra viktig å forutse vansker og tilrettelegge med tanke på å gi dem opplevelse av mestring.

Ved behov for trening

Sykehusets oppgave er vurdering og igangsetting av rehabilitering, kommunen har ansvar for det videre rehabiliteringsforløpet.

For demente vil både kapasitet, forståelse for situasjon og evne til nylæring være begrenset. Det er derfor viktig å sette realistiske mål. Hva er viktigst ut fra pasientens situasjon og ønsker – dersom de klarer å uttrykke dem. Treningen må være funksjonell, og begrenset til få ting. På geriatrisk post setter det tverrfaglige teamet

opp mål og plan for oppholdet. Alle gjør likt – prøver å si instruksjon med samme ordlyd. Treningen foregår hele døgnet og krever god kommunikasjon innad på avdelingen.

Demente vil ha generelt behov for lengre rehabilitering. Tidlig planlegging av utskriving og god rapportering til neste ledd i behandlingsskjeden vektlegges.

Kort pasienteksempel.

Fru Hansen, 83 år, med kjent Alzheimers sykdom, innlagt med nyoppstått hjerneslag.

Før innleggelse bodde fru Hansen med ektefelle i serviceleilighet. Hun gikk med stikk. Mestret personlig stell og påkledning, tillaging av brødmåltid, men fikk hjelp til bading og medisiner. Ektefelle handlet og ordnet med økonomi. Utfall: Etter hjerneslaget har hun fått redusert gangfunksjon og redusert balanse. I venstre arm/hånd har hun fått redusert funksjon, det gir seg utslag i redusert styrke og koordinasjon. Hun har behov for hjelp i stell og påkledning.

Prioritert mål: Bli selvstendig i gange med rullator under sykehusoppholdet.

Tiltak: Alle trente bruk av rullator – mange små turer i løpet av dagen. Rullatoren ble benyttet i alle forflytningssituasjoner. Alt

personell gav lik veiledning, fru Hansen ble minnet på å sette på brems før hun reiste seg og ikke sette seg på stol før hun hadde holdt i begge armlen på stolen.

Fru Hansen hadde også behov for å trene på bruk av rullator i daglige gjøremål. Hun klarte ikke selv å tenke ut ”lure måter å plassere rullatoren på” når hun skulle åpne skap/skuffer, osv.

Etter sykehusopphold kunne fru Hansen utskrives til hjemmet, med økt oppfølging fra hjemmesykepleie samt trening i eget hjem. Det er behov for nye rehabiliteringsmål, for eksempel rettet mot selvstendighet i stell, påkledning eller tillaging av brødmåltid.

Før utreise ble det arrangert samtale for pasienten og de pårørende. Det ble gitt informasjon om sykdom, behandlingen under sykehusoppholdet samt videre tiltak. Betydningen av å vedlikeholde evne til gange, delta i daglige gjøremål og være aktiv ble vektlagt. Pårørende fikk informasjon om muligheter for kurs for pårørende, støttetiltak og avlastning i egen bydel.

(Informasjon er hentet fra ”Geriatrisk sykepleie” av Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette H. Ranhoff)



Den blå timen

Vaksdal Sjukeheim skjerma eining

Vaksdal Sjukeheim vart ombygd i 2003 – 2004, og i september 2004 kunne me flytta inn i ein moderne sjukeheim. Alle pasientane fekk ein rom med bad og kvar avdeling har stort kjøkken og ei fin stove. Sjukeheimen har 3 somatiske og ei skjerma eining

Skjerma eining har 7 faste plassar og i perioder har me dagpasientar. Dette har me erfart er svært positivt då dagpasientane får ein mjuk overgang frå heimen og inn til oss. Alle pasientane våre er for tida fysisk friske og klarer mykje sjølv med god tilrettelegging og rettleiing.

Avdelinga har fast personale som er godt kursa innan demensomsorga og dei fleste tilsette har arbeidd ved avdelinga i mange år, og trivst med det. Dette kan nok tilskrivast god kompetanse innan demensomsorga noko som igjen fører til tryggleik og trivsel for det me arbeider med. Fleire av dei tilsette har teke Demensomsorgen ABC som går over 2 år. Me har eit godt og sosialt arbeidsmiljø.

Litt om rutinene

I avdelinga er me opptekne av at pasientane skal få behalda sine rutinar og personlege vanar frå då dei budde heime. Me lagar frukost kl.9 om morgonen og då et bebruarane etterkvart som dei er klare for det, nokon må kanskje få byrja før. Middagen er det einaste faste måltidet me har og den får me ferdig opp på kjøkkenet i 12.30 tida. Etter middag kviler dei fleste ei stund. Kaffien er klar kl 15, og då drikk dei kaffi etterkvart som dei er ferdige med middagsluren. Ofte er dei samla rundt salongbordet i fellesstova og praten går livleg.

Me er heldige som har eige kjøkken på avdelingen der ein kan bake og lage mat. Pasientene kan sjølv få smørja maten sin og dermed bestemma kva dei vil ha å eta. Pasientane er også til tider med å dekkja og rydde av bordet, noko dei synest er kjekt. Dei føler at dei gjer noko nyttig og er til hjelp, noko dei absolutt er. Som ei sa: kan ikkje berre sitja å ta imot, må gjera lite grann når ein kan.

Kveldsmaten står klar frå kl 18 og utover.

Det kjem an på kor svoltne pasientane er eller om me held på med ein aktivitet. Pasientar som er lenge oppe får tilbod om mat eller suppe før dei legg seg.

Gamle ting/redskaper og møbler

Me legg vekt på at dette skal vera heimen til pasientane, og har prøvd å innreia avdelinga utfrå deira ståstad. På avdelinga har me ein del gamle møblar og bruksting som me har kjøpt på Fretex eller fått. Dette for at pasientane skal kunna kjenne seg att, i tillegg skapar det mange minne om korleis dei hadde det før og korleis ulike ting og reiskap vart nytta. Dei har mykje å fortelje og læra oss yngre om fortida. Me brukar og ein del av tinga til erindring.



Aktiviteter

Pasientene er på aktivitetsstova kvar dag. Der driv dei med ulike aktivitetar som song, trim, bingo, høgtlesing og ulike handarbeid. Når det nærmar seg jul er det julebaksten som står i sentrum, og gamle kunster har dei ikke gløymt !

Kvar fredag har me vekeavslutning der pasientane steiker vafler og kosar seg. På avdelingen har me ein aktivitet for kvar ettermiddag og dette prøver me å få til så langt som råd. Me har laga oss ein perm der det står kva me skal gjera og har i

tillegg hengt opp ein plakat slik at pasientane kan sjå kva me skal/kan gjera frå dag til dag. Trim er svært viktig, og her har me ein CD med eit trimprogram som heiter "Toner i glemselens skoger". Dette er svært populær blant pasientene så me må ofte køyra to rundar.

Minnebok

Me har kjøpt inn ei minnebok til kvar pasient. I minneboka vil me lima inn bilete av pasientane i ulike situasjonar og skriva om biletet. Dette vil oppfordra personale til å finna på noko og til å halda pasientane aktive. Det kan og vera kjekt for dei pårørende å få eit minne frå den tida deira nære var på heimen. Me ynskjer og at pårørende som kjem på besøk skal skriva nokre ord.

Sansehage og dyr

For nokre år sidan byrja me på avdelinga å snakka om at det hadde vore kjekt å hatt nokre dyr rundt oss. I tillegg ynskte me å gjera noko med hagen utanfor avdelinga. Dei fleste pasientene våre var oppvaksne på gard og nokon har budd på gard heile livet.

Me skaffa oss ein kattunge som har funne seg godt til rette på avdelinga. Alle syter for at den har det bra og dei er svært opptekne av denne katten.

Sommaren 2007 fekk me spørsmål om me ville ha høns, noko me takka ja til. Eit dokkehus vart ombygd til hønsehus og det vart sett opp gjerde rundt huset slik at hønene kunne gå inn og ut. Ekspertisen på korleis dei skulle stellast hadde me med så mange gardbrukarar på avdelinga.

Etter eit par år døydde nokre av hønene og me måtte få tak i nye. Me fekk då vita at ein barnehage hadde klekka ut kyllingar og at desse trong ein ny heim. Me tok med oss nokre av pasientane og henta kyllingane. Kyllingane var så små att dei måtte vera inne på avdelinga ei stund før dei kunne sleppast ut til dei andre. Dette var stor stas, og det kom besøk frå andre avdelingar for å sjå. Ja det ryktas fort rundt om i bygda om kyllingane, og me hadde mykje besøk

både frå barnehagar og andre.

I dag har me 6 verpehøns som verper flittig. Me er vorte sponsa av Vaksdal Mølle som held oss med kattermat og hønsefor.

Hagen måtte det gjerast noko med og her ville me prøva å laga ein liten sansehage med prydbusker, bærbusker, fruktre og urteplanter. Me byrja med dei middlane me hadde, men såg fort at dette kosta. Då skreiv me brev til ulike lag og organisasjonar i kommunen og spurte om dei kunne bidra litt økonomisk. Me fekk positive tilbakemeldingar og sette i gang med innkjøp av plantar. I tillegg hadde me ein dugnad der me rydda og planta. I hagen har me epletre, ripsbuskar, amerikanske blåbær, litt urteplantar og prydbuskar. Me fekk ein fin trebenk av Lions klubben og har planer om å skaffa ein melkerampe og ein utedo.

Hagen er mykje i bruk om sommaren og pasientane ved heimen likar å komme ut i hagen der dei kan smaka, lukta og plukke litt blomar med seg inn att. Dessutan har me ofte besøk av barnehagen, av småbarnsforeldre og andre som svingar innom når dei er ute på tur. Dette er kjekt for dei eldre.

Det er personellet ved skjerma eining som steller med hagen. Pasientane har me med oss, nokon hjelper til og er svært ivrige, medan andre sit og ser på og kjem med gode råd og mimrar om sin eigen hage.



Tenester og omsorg for personar med demens – utfordringar framover for kommunane

Av Solrun Hauglum, ergoterapeut med spesialistgodkjenning i eldres helse og mastergrad i rehabilitering, leiar for pleie- og omsorgsavdelinga i Voss kommune

Personar med demens utgjer ei stor og veksande gruppe, truleg den største diagnosegruppa i mange kommunar. Det er i dag om lag 66.000 personar med demens i Noreg, og ein reknar med at rundt 250.000 pasientar og pårørande er berørt av sjukdomen.

Om lag 10.000 nye personar får demens årleg, og talet vil auka dei neste tiåra på grunn av det aukande talet eldre. Innan år 2040 reknar ein med at talet personar med demens er dobla, at 135.000 personar i Noreg vil ha ein demenssjukdom (St.meld. nr. 25, 2005-2006).

Tala over viser klart at me står framfor store utfordringar. Det er ei utfordring for dei mange som får sjukdomen, for deira pårørande og for helsevesenet. Når det gjeld helsevesenet, ser eg to hovudutfordringar. Den eine vert å skaffa til veges personell, kompetanse og egna helsetenester og tilbod til denne store og ueinsarta gruppa pasientar og pårørande. Den andre utfordringa er knytt til korleis helsevesen og helsepersonell møter og ser personane bak diagnosa, og kor vidt ein klarar å få fokus over mot meir førebyggjande og tilretteleggjande tiltak.

I ”Demensplan 2015” (Helse- og omsorgsdep.) vert det slått fast at helsetenestene ikkje er tilstrekkeleg utbygt og tilrettelagt for personar med demens og deiras pårørande. Det vert naudsynt med endringar både i forhold til kompetanse, organisering og fysisk utforming. Det vert løfta fram 3 hovudsatsingsområde: dagtilbod, betre tilpassa butilbod og auka kunnskap og kompetanse.

Utfordringa startar gjerne med å få stilt diagnosa. Dette er ikkje alltid like lett, og fastlækjar kan ha god nytte av samarbeid med eit tverrfagleg kommunalt demensteam, noko som manglar i mange

kommunar. Det å få ei diagnose, ei forklaring på dei vanskar ein opplever, kan vera til hjelp. Men diagnosa i seg sjølv vil ikkje letta den daglege fungeringa for personen det dreiar seg om. Han eller ho vil møte på vanskar i kvardagen, og etter kvart som sjukdomen utviklar seg, vil desse vanskane tilta. Helsevesenet må derfor tilby ulike tenester etter kvar i sjukdomsprosessen pasienten er. I tillegg vil miljøet og personane rundt innvirka på trongen for hjelp og tilrettelegging. Det er ikkje utan grunn at det frå spesialisthold vert snakka om ”skreddarsaum” når det gjeld tenester til personar med demens. Her vert stilt krav til planlegging/demensplan/individuell plan i kommunane og til organisering av tenester.

Halvparten av alle personar med demens bur heime, så utfordringane vil gjelda både for heimetenestene og innan institusjonane. Det vil vera trong for godt utbygde heimetenester, dagtilbod og ulike typar tilrettelagde bustadar og institusjonsplassar (både kort- og langtidsplassar). Truleg vil teknologiske hjelpemiddel få meir fokus, dei mogelegheiter dei gir, men også etiske og juridiske problemstillingar rundt bruk av dei.

Juridiske og etiske dilemma dukkar fort opp i omsorga for personar med demens. Når er det rett, juridisk og etisk, å bestemma på vegne av andre? Og korleis får ein lovverk til å stemma overeins med etikk og fagleg forsvarlegheit? Med kapittel 4A i Pasientrettslova som trådde i kraft 01.01.2009, fekk helsepersonell høve

til å nytta tvang for å gje naudsynt helsehjelp til personar utan samtykkekompetanse. Dette stiller krav til diskusjonar og refleksjonar og skriftleggjering i form av vedtak. Ein fare er å nytta tvang for ofte, men ein skal heller ikkje gløyma faren med å oversjå og lata vera å gripa inn når me burde ha gjort det.

Når helsepersonell møter personar med demens, møter me ei gruppe me ikkje kan kurera eller rehabilitera. Tvert imot må pasient, pårørende og helsepersonell forholda seg til at sjukdomen er i utvikling og at det vil verta forverring fram i tid. Ved vurdering, kartlegging og diagnostisering er me langt inne i den medisinske tilnæringsmåten. Me testar og sjekkar og leitar etter svikt for å sjå om denne svikta samsvarar med demenssjukdomar. Når me utformar tilbod til denne gruppa, tenkjer me også på dei som ei gruppe med felles problemstillingar og hjelpetrong. Men når me som helsepersonell møter desse personane, må me bevega oss bort frå den medisinske tilnærminga og problem- og gruppetenkinga og få fokus over på ressursane til den enkelte person og denne sitt nettverk. Korleis kan det tilretteleggast for å nytta dei ressursar akkurat denne pasienten har? Ser me desse ressursane, eller ser me framleis berre svikta? Fokuset må vera korleis personen skal leva livet med minst mogleg problem og størst mogleg grad av deltaking, aktivitet og meistring. For å få til dette, må personen sjølv og pårørende vera aktivt deltakande. Dette er svært likt den tilnærming ein har ved rehabilitering.

Då er me over på ei anna stor utfordring: opptrening eller rehabilitering for personar med demens. Demenssjukdomen og den svikt som følgjer med, kan ein ikkje rehabilitera seg bort frå, men personar med demens kan som andre eldre få trong for opptrening eller rehabilitering etter sjukdom eller skade. Dette kan vera ei

utfordring dersom kravet til pasienten er aktiv deltaking og intakt kognitiv funksjonsevne.

Me vil også møta personar med demens med særskilde problemstillingar og behov: unge personar med demens, psykisk utviklingshemma eller personar med Downs syndrom som utviklar demens, personar med demens og psykiske lidingar eller rusproblematikk og personar utan norsk språk og med anna etnisk bakgrunn. Det er i dag lite kompetanse og erfaring med dette i mange kommunar.

Tiltak for pårørende er mange stader eit forsømt område. Pårørende vil vera avgjerande som støttespelarar for personar med demens, særleg for dei som bur heime. Men pårørende vert også påverka av sjukdomen, og treng støtte og oppfølging. Tiltak her kan vera informasjon og dialog, pårørandeskular, tilbod om samtalegrupper og avlastningsordningar.

Ei anna utfordring vert å gjera seg kjent med forskning, evaluera eigen praksis og jobba meir kunnskapsbasert. Nye utfordringar kan krevja ny tilnærming, og at me endrar våre metodar og tilbod. Fleire internasjonale forskingsprosjekt viser at det er mykje å vinna på å tenkja tilrettelegging og førebygging, både når det gjeld livskvalitet og helse for pasient og pårørende, og også for kommuneøkonomien. Eg vil her dra fram eit prosjekt frå England som viste at støttegrupper for ektepar der den eine hadde demens, utsette sjukeheimsinnlegging med gjennomsnittleg 329 dagar. Dette er eit forholdsvis enkelt tiltak, og i motsetnad til medikament, er det ingen fare for biverknad. Dei som kjenner døgnprisen på institusjon, skjønner fort at tiltaket var svært lønsamt. Ein kan spørja seg om kvifor prosjektet ikkje har fått større merksemd, og kva som hadde skjedd

dersom ein medikamenttype kunne vist til same resultat.

Det vert spanande å følgja utviklinga av demensomsorga framover. Og det vil verta interessant å sjå kor vidt Samhandlingsreformen og dei endringar denne fører med seg i lovverk og praksis,

også kan få positive verknader for demensfeltet. Her finn eg særleg satsing på Frisklivsentralar og kommunale Lærings- og meistringssenter interessant. Tankegang og tiltak her stemmer godt overeins med den tilnærming me treng for å møte utfordringane i demensomsorga framover.

Bokmeldingar

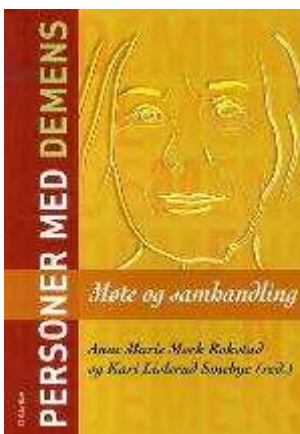


Husker du meg, mormor?

nye opplevelser med Vilja

Torhild Moen
2010

Vilja og mormor har alltid vært bestevenner, men etter at mormor fikk Alzheimer har hun begynt å oppføre seg rart. Vilja synes det er trist at mormor ikke alltid kjenner henne igjen, og hun føler at hun mister henne litt mer for hver dag som går.



Personer med demens

møte og samhandling

Anne Marie Mork Rokstad & Kari Lislerud Smebye

Boka legger vekt på en personsentrert tilnærming i omsorgen for personer med demens. Kommunikasjon, miljøbehandling, utfordrende atferd, samarbeid med pårørende, veiledning av personalet og etiske, juridiske og faglige utfordringer er sentrale tema som blir belyst.

Demente og førarkort

Av Anne Kristin Sjørgård, ergoterapeut i avd. for rehab., læring og meistring, Voss sjukehus

Studiar frå USA der demente er samanlikna med ei kontrollgruppe med friske i same aldersgruppe viser at demente har 2 – 2 ½ gang høgare frekvens av trafikkuulykker. Bilkøyring stiller store krav til mentale funksjonar som til dømes merksemd, reaksjonsevne, hukommelse, dømmekraft og rom/retningssans, funksjonar som ein ofte ser er svekka ved demens. Det er difor viktig at kognitiv funksjon vert vurdert.

Kven er ansvarleg og kva er saksgangen?

Dette er eit ansvar for 1. linetenesta ved fastlegen, men alle legar, psykologar, optikarar, politi og vegstyresmakter har plikt til å varsle Fylkesmannen om personar som ikkje oppfyller helsekrava til førarkort. Legen er pliktig til å sende melding sjølv om bilføraren aksepterer at han eller ho skal slutte å køyre. Bilføraren skal verta informert skriftleg, med kopi til Fylkesmannen. Fylkesmannen skal vurdere meldinga og eventuelt melde vidare til politiet. Politiet vil inndra førarkortet om det ikkje vert levert inn.

Kognitiv vurdering i høve bilkøyring

Sidan kognitiv svikt kan være vanskelig å vurdere reint klinisk, kan det være nyttig å foreta nokon supplerande undersøkingar. Nokre kan ein gjera på fastlegekontoret, medan psykologar, og spesielt nevropsykologar, har et større testbatteri. I veileder (IS1437) til sosial og helsedirektoratet: Regler og veiledning for utfylling av helseattest for førarkort m.v. – 2010 listar dei opp følgjande vurderingsmåtar:

- Mini Mental Status (MMS)
26 - 30 Oftast tilstrekkelig
20 - 25 Vidare utredning
< 20 Diskvalifiserer
- Klokketest
- Trail Making Test
- Praktisk kjørevurdering (berre som eit supplement)

Utredning i spesialisthelsetenesta

I Helse-Bergen er det geriatriisk poliklinikk på Haraldsplass som vurderer demente i høve bil. Der gjer dei desse vurderingane:

- Lege: Klinikk og geriatriisk depresjonsskala
- Ergoterapeut: NorSDSA
- Sjukepleiar: MMS og Trail-Making
- Legen anbefaler kjøretest om nødvendig

Dei treng tilvising frå lege.

Fylkesmannen i Hordaland melder om underrapportering

Det er stor skilnad på fylka når det gjeld tal på førarkortsaker i høve folketalet. Tal viser at Fylkesmannen i Hordaland har relativt få saker om inndraging av førarkort. Særskilt er det få saker i dei eldste aldersgruppene, samanlikna med kva ein kunne vente. Her er det truleg meir som skulle vore meldt til Fylkesmannen.

- http://www.fylkesmannen.no/fago_m.aspx?m=1503
- http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/diverse/om_f_rerkort_237204
- Demens og bilkjøring (1998, Isbn: 82-91054-51-7)



Pasientrettslova kapittel 4A om bruk av tvang

Av jurist og rådgjevar Silje Haaskjold Sætre, Fylkesmannen og Helsetilsynet i Hordaland

Korleis skal helsepersonell te seg i møte med ein dement pasient som ikkje vil ha medisinen sin, eller som ikkje vil stelle seg?

Dette er situasjonar som helsepersonell møter dagleg. Med innføring av nytt kapittel 4A i pasientrettslova 1. januar 2009, kan dei bruke tvang for å gi naudsynt somatisk helsehjelp. Reglane gjeld vaksne som ikkje har samtykkekompetanse og som set seg imot hjelpa. I slike høve kan ein – etter å ha prøvd ut fleire tillitsskapande tiltak – likevel gi medisinen eller stelle pasienten for motverke vesentleg helseskade.

Lova set strenge vilkår for når det kan brukast tvang, og det må gjerast vedtak om tvangsbruken. Vidare gjeld det bestemte reglar for sakshandsaming og kontroll av slike vedtak. I denne artikkelen vil eg gi ei kort innføring i desse reglane.

Reglane i pasientrettslova kapittel 4A

Personar som ikkje har samtykkekompetanse, manglar evna til sjølv å vurdere sin eigen situasjon og kva følgjer det kan få å motsetje seg helsehjelpa. Den som ikkje kan ta vare på seg sjølv, kan utsetje seg for vesentleg helseskade utan å forstå det. I slike situasjonar er det difor helsepersonellet, etter samråd med pårørande, som tek avgjerd i spørsmål om helsehjelp. Dersom pasienten motset seg helsehjelp, må vilkåra i kapittel 4A i pasientrettslova om tvang vere oppfylte for at dette skal skje mot pasientens vilje. Reglane gjeld alle personar over 16 år som manglar samtykkekompetanse, uavhengig av diagnose. Dei vil difor kunne nyttast for personar med til dømes demens, psykisk utviklingshemming, psykisk sjukdom eller hjerneskade. I utgangspunktet gjeld reglane all form for helsehjelp, og uavhengig av kvar. Det betyr ikkje noko om pasienten er i eller utanfor institusjon i spesialisthelsetenesta, i tannhelsetenesta eller kommunehelsetenesta. Unntak gjeld

likevel for tvungen innlegging og tilbakehald i institusjon. Det kan berre skje i helseinstitusjon.

Ei viktig avgrensing er at kapittel 4A berre gjeld for somatisk (kroppslig) helsehjelp. Reglane kan altså ikkje nyttast ved tvungen undersøking eller behandling av psykiske lidningar. Om ein person utan samtykkekompetanse motset seg psykisk helsehjelp, må reglane i psykisk helsevernlova følgjast.

Føremålet med reglar om tvungen helsehjelp er i fyrste omgang å sikre at også personar som manglar samtykkekompetanse, får naudsynt helsehjelp sjølv om dei sjølv ikkje vil ta imot. Derneft skal reglane bidra til å redusere bruk av tvang.

Vilkår for bruk av tvang

Før helsepersonell kan gi helsehjelp til ein pasient utan samtykkekompetanse, skal helsepersonellet ha prøvd tillitsskapande tiltak. Med mindre det er openbert føremålslaust å prøve, skal frivillige tiltak vere prøvd før det kan nyttast tvang. I tillegg må følgjande vilkår vere fylte:

- Det kan føre til vesentleg helseskade for pasienten at han eller ho ikkje får den aktuelle helsehjelpa.
- Helsehjelpa blir rekna som naudsynt.
- Tvangstiltaka står i forhold til behovet for helsehjelp.

Sjølv om vilkåra for å bruke tvang er oppfylte, kan ein berre gi helsehjelp når det etter ei samla vurdering synest å vere den klart beste løysninga for pasienten. I denne vurderinga skal ein mellom anna leggje kor sterk motstanden er og om ein kan vente at

pasienten kan få tilbake samtykkekompetansen sin i nær framtid. Tvangstiltak skal heile tida vurderast og straks stansast om vilkåra i lova ikkje lenger er oppfylte. Her skal ein særleg leggje vekt på om helsehjelpa viser seg å ikkje ha den verknaden ein ønskjer, eller om hjelpa har utføresette negative følgjer. Ved gjennomføring av tvang skal ein alltid velje det tiltaket som er minst inngripande og mest skånsamt for pasienten.

Rettstryggleik med krav til sakshandsaming og vedtak

For å sikre at lovkrava er oppfylte, må det stillast strenge krav til sakshandsaming ved bruk av tvang. Det er den som er ansvarleg for den aktuelle helsehjelpa, som skal vurdere om vilkåra for å bruke tvang er til stades, og som eventuelt skal gjere vedtak om dette. For å kunne vedta bruk av tvang, må ein kunne vurdere alle sider av tiltaka. Dette følgjer og av kravet til kva som er fagleg forsvarleg i helsepersonellovgjevinga. Det vil seie at vedtak om tvungen helsehjelp som inneber medisinske eller odontologiske utgreiingar, skal gjerast av lege eller tannlege. For tiltak der hovudføremålet er pleie og omsorg, vil anna helsepersonell kunne vere ansvarleg, til dømes ein sjukepleiar. Kven som er ansvarleg for helsehjelpa og kvalifisert til å gjere vedtak, må vurderast særskilt. Ansvar for slike vedtak kan ikkje liggje hos ein som berre har ein administrativ funksjon. Dersom helsehjelpa inneber eit alvorleg inngrep for pasienten, skal vedtaket først gjerast etter samråd med anna kvalifisert helsepersonell. Det skal gjerast eit særskilt vedtak om bruk av tvungen helsehjelp, i tillegg til at tiltaka skal dokumenterast i journalen til pasienten. Vedtaket kan ikkje gjelde for meir enn eitt år om gongen.

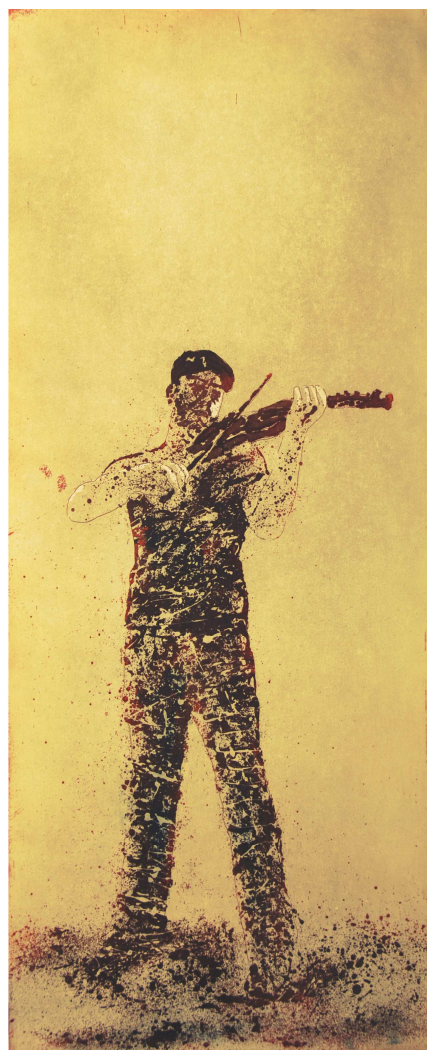
Helsetilsynet i fylket – kontroll- og klageinstans

Det skal sendast kopi av alle vedtak til helsetilsynet i fylket. Tilsynsstyresmakta

skal etterkontrollere vedtaka og om nødvendig overprøve dei. Vedtak som varer lenger enn tre månader, skal uansett etterkontrollerast, men ordninga inneber ikkje førehandsgodkjenning frå helsetilsynet.

Helsetilsynet i fylket skal og handsame klager på vedtak om bruk av tvungen helsehjelp. Pasienten sjølv eller nærmaste pårørande kan klage på vedtaket innan tre veker frå vedkommande fekk eller burde ha fått kjennskap til vedtaket.

Du finn meir informasjon om dette i Rundskriv IS 10/2008 til pasientrettslova kapittel 4A og på www.helsedirektoratet.no. Her finn du og ein elektronisk vedtaksmal med rettleiing.



Den gode tonen

”Det er å mestre hverdagen som teller!”

Av Irmelin Smith Eide, rehabiliteringskoordinator ved Haraldsplass diakonale sykehus

I 2009 hadde ergoterapeutene ved Haraldsplass Diakonale Sykehus et forskningsprosjekt, hvor vi sammenlignet resultat fra to teoretiske tester, Mini Mental Status (MMS), og Trandex, opp mot en praktisk test, Assesment of Motor and Process skills (AMPS). Videre sammenlignet vi resultat på delområdene på den ene av de teoretiske testene, Trandex , med resultatet på den praktiske testen, AMPS. Prosjektet ble presentert med fremlegg på norsk fagkongress i ergoterapi høsten 2009, og med en poster på forskningsdagene høsten 2010.

Demens eller kognitiv svikt er en utfordrende sykdom å leve med. Det er blitt vanskeligere å huske og å holde oversikt over dag og dato. Planlegging og organisering av hverdagslige gjøremål er blitt komplisert, og en klarer ikke lenger å se for seg løsningsmuligheter på små og store utfordringer som dukker opp underveis.

For å kunne vurdere omfanget av svikten og se hvilke områder som er mest skadet, er det for pasienter innlagt ved geriatrisk post på Haraldsplass Diakonale Sykehus vanlig å ta kognitive tester med sykepleier og ergoterapeut.

Som helsepersonell ser vi at enkelte med demens mestrer de hverdagslige gjøremålene, mens andre har store vansker, til tross for lik poeng på en kognitiv test! Dette var noe vi undret oss over, og ønsket å undersøke nærmere. Er det noen sammenheng, og i tilfelle – er det noe vi som helsepersonell skal være spesielt oppmerksomme på?

Undersøkelsen

For å øke vår kunnskap, utførte vi et fagprosjekt hvor vi sammenlignet resultatet for 30 pasienter på to teoretiske tester (Mini mental status og Trandex) opp mot en praktisk test kalt AMPS (Assesment of Motor and Process skills) På den praktiske testen skulle pasienten utføre to hverdagslige oppgaver, som å lage til et brødmåltid, støvsuge, vaske opp og rydde på plass eller lignende. På de teoretiske testene skulle pasientene blant annet kunne oppgi dag og dato, utføre enkle

regnestykker, huske ord eller gjenstander og kopiere figurer.

Resultatet og hva vi tar med oss videre.

Resultatet viste at det var kun moderat samsvar mellom det en klarer på en teoretisk test og det en klarer i en praktisk oppgave. Variasjonene var store, og viser at resultat på en teoretisk test ikke kan forutsi evne til å mestre hverdagslige gjøremål.

Evne til å kopiere figurer eller konsentrere seg hadde liten innvirkning på evne til å utføre praktiske gjøremål. Derimot skilte evne til å huske og å holde seg oppdatert på dag/dato ut. Der var det moderat samsvar. For pasienter hvor en ser at hukommelse og evne til å holde seg oppdatert i forhold til tid er svekket, må en være spesielt oppmerksom på at også evne til å utføre praktiske gjøremål kan være skadet.

Pasienter må vurderes både teoretisk og praktisk for å forutsi hva den enkelte har behov for av hjelp til i hverdagen. For å tilrettelegge en god rehabiliteringsprosess er det en fordel at dette blir kartlagt allerede på sykehuset, slik at tiltak kan følge pasientene tilbake til kommunehelsetjenesten.

Det finnes i dag både ulike tekniske hjelpemidler og kunnskap om hvordan en kan tilrettelegge daglige gjøremål. Det er viktig at de pasienter som kan ha nytte av dette, får nødvendig oppfølging og mulighet for å mestre hverdagen best mulig.

Når jeg blir dement

Når jeg blir dement, skal livet mitt være enklere og overskuelig og forutsigbart. Slik at jeg gjør det samme hver dag og på samme tid, og det vil ta tid for meg å lære å akseptere det.

Når jeg blir dement, da må du snakke rolig til meg, ellers blir jeg utrygg og tror du er sint på meg. Du skal fortelle meg hva du gjør og hvorfor, og du skal gi meg enkle valg og respektere hva jeg velger.

Når jeg blir dement, har jeg vanskelig for å forstå andre. Senk stemmen og se på meg, da lytter jeg best. Bruk korte ord og enkle setninger, og stopp opp og finn ut om jeg har forstått det.

Spør meg ikkje om mer enn èn ting av gangen. Unngå lange instruksjer, jeg kan ikkje hugse dem. Se på meg, rør ved meg og smil før du snakker.

Og husk at jeg glemmer så fort. Så lær meg å stenge av vannet, lær meg å kose meg uten stearinlys, og ta en røyk sammen med meg.

Når jeg blir dement og sier at du er slem, er det fint om du svarer at du forstår at livet er vanskelig for meg i dag.

Når jeg blir dement og sier at jeg vil hjem, er det fint om du svarer at du forstår at jeg føler med utrygg akkurat nå.

Når jeg blir dement og skjeller deg ut, så ta et skritt tilbake, så jeg kan føle at jeg fortsatt kan gjøre inntrykk

Utdrag av dikt av Jenny Hjort-Hansen
(oversett frå dansk av Eva Anfinnsen)

Med utsikt til breen

SAMARBEIDSRÅDET, UNDER- UTVAL I REHABILITERING

KVAM HERAD

Frode Espeland
Kvam behandling og rehabiliteringsavdeling
Nedre Norheim 44, 5600 Norheimsund
tlf. 56558620 / 97730618
Frode.Espeland@kvam.kommune.no

VAKSDAL KOMMUNE

Celine Christensen
Konsul Jepsensgt. 16, 5722 Dalekvam
Tlf. 56594479 / 95987512
Celine.Christensen@vaksdal.kommune.no

GRANVIN HERAD

Magnhild Branstveit
5736 Granvin
Tlf. 56 52 41 40
magnhild.branstveit@granvin.kommune.no

ULVIK HERAD

Reidun Stavestrand
5730 Ulvik
Tlf. 56527092 / 40007191 (ma, on, fr)
reidun.stavestrand@ulvik.kommune.no

VOSS KOMMUNE

Anne Grete Haugen
Voss Sjukeheim
5700 Voss
Tlf. 56521504
Anne.G.Haugen@Voss.kommune.no

PSYKIATRISK REHABILITERINGSTEAM, VOSS SJUKEHUS

Björg Kari Afdal 56533720
Bjorg.Kari.Afdal@helse-bergen.no

REHABILITERINGSTEAMET, VOSS SJUKEHUS

Jorun Sivertsen 56533845
Jorun.Sivertsen@helse-bergen.no

AVDELING FOR REHABILITERING, LÆRING OG MEISTRING, VOSS SJUKEHUS

REHABILITERINGSTEAMET

Avdelingsleiar / sjukepleiar

Jorun Sivertsen 56533845
Jorun.Sivertsen@helse-bergen.no

Fysioterapeut

Britt Madli Manger 56533847
Britt.Madli.Manger@helse-bergen.no

Ergoterapeut

Kikki Sørgård 56533848
Anne.Kristin.Sorgard@helse-bergen.no

Sosionom

Anne Cecilie Kaldefoss 56533849
Anne.Cecilie.Kaldefoss@helse-bergen.no

Sjukepleiar

Ann Jorunn Herre 56533846
Ann.Jorunn.Herre@helse-bergen.no

Ernæringsfysiolog

Hanne Gjessing 56533850
Hanne.Gjessing@helse-bergen.no

LÆRINGS- OG MEISTRINGSSENTERET

Dagleg leiar

Hilde Blindheim Børve 56533842

Brukarkonsulent

Rigmor Berge 56533843

Lms.voss@helse-bergen.no