

Det demensvenlige sygehus – en utopi eller en realistisk mulighed?

Anders Møller Jensen, cand. scient., ph.d.-studerende ved OPEN, Klinisk Institut, Syddansk Universitet / VIA Aldring og Demens, VIA University College - forsker i hospitalsindlæggelsen af mennesker med demens.

Demensvenlighed



I forbindelse med demenshandlingsplanen 2025 er der kommet et nyt barn i klassen – nemlig indlæggelsen af mennesker med demens på sygehuset. Forsøg med at gøre sygehuse demensvenlige er et af mange skridt på vejen mod at sikre at mennesker med demens får en bedre pleje og behandling. Men hvor ligger udfordringerne, og hvad kan vi lære af udlandets forsøg med at indrette sygehuse så patienter med demens får samme høje sundhedsfaglige ud-

Demensindsats

bytte af indlæggelsen, som andre patienter? Artiklen udfolder emnet, og giver bud på muligheder og faldgrupper i dette arbejde.

Sygehuse og patienter med demens i tal

Hovedparten af mennesker med demens er ældre, og kan som andre ældre udvikle livsstilssygdomme og få akutte skader – f.eks. efter fald. Undersøgelser viser dog, at patienter med demens har en lidt anderledes profil end andre patienter, da de er overrepræsenteret i gruppen af skader efter fald, infektioner og betændelsestilstande samt følger virkninger efter væskemangel og mangel på fødeindtag. Den Norske undersøgelse, *Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (2015)* viser, at på en 3. plads finder vi sygehusindlæggelserne med 11,3 pct. af de samlede udgifter ved et demenssygdomsforløb. I danske kroner svarer det til 250.000 kr. ud af de 2,3 mio. kroner som hele sygdomsforløbet koster. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed i Region Hovedstaden viser i en undersøgelse fra 2012, at det gennemsnitlige forbrug af sundhedsydelse for mennesker med demens udgør omkring 51.000 kr. årligt. Heraf udgør de somatiske hospitaler hovedparten med 33.500 kroner. I forhold til patienter uden demens svarer det til en meromkostning på knap 32.000 kr. årligt. De bedste tal vi har fra en dansk kontekst over antallet af patienter med demens på sygehusene, viser at 20 pct. af patienter indlagt med hoftebrud havde en Alzheimers diagnose (C. Jensen-Dahm 2016). Tallet giver et fornuftigt mindsteestimat da andre typer af demens, og patienter med udiagnosticerede demens, ikke er medregnet. Tallet matcher undersøgelser fra udlandet, som peger på, at mellem 20-40 pct. af patienter på sygehusene har demens. OECD har i deres rapport fra 2015 påpeget, at udbyttet af indlæggelsen er væsentligt lavere for patienter med demens. Desuden har *Counting the Costs (2009)* undersøgelsen fra England vist, at personalet ikke føler sig rustet til at håndtere denne gruppe patienter.

Der er således alt mulig grund til, at vi i bestræbelserne på at blive et demensvenligt samfund, retter blikket mod hospitalsindlæggelserne af mennesker med demens. Dels af økonomiske årsager, for vores nuværende praksis er uholdbar dyr, men også i forhold til de menneskelige omkostninger der er for personalet og patienter med demens.

Tvang som et redskab?

Forsøg med demensvenlige sygehuse ligger som en indsats under fokusområdet *Demensvenlige samfund og boliger* i den nye nationale handlingsplan. Nationalt Videnscenter for Demens har fået 6 mio. kroner til i 2017-2019 at arbejde med konceptudvikling, afprøvning, evaluering og udbredelse af erfaringer fra en række forsøgeprojekter. Selv om initiativet er nyt, så var der en forsmag på emnet i den første demenshandlingsplan (2010-2015), hvor et af punkterne lød - *"øgede muligheder for behandling af varigt inhabile patienter herunder personer med demens, som i ord eller handling giver udtryk for modstand mod behandlingen, og som ikke selv er i stand til at overskue konsekvenserne af modstanden"*. Formålet var at sikre klare rammer for sundhedsfagligt personale ageren under sundhedsloven, når varigt inhabile patienter modsætter sig behandling. Som model for lovændringen henviste man til Serviceloven. Med vedtagelsen af 'Tvangsbehandlingsloven' i juni 2017 faldt dette hængeparti på plads.

Emnet har vagt nogen debat, men har bred opbakning fra såvel frivillige som faglige organisationer. Sundhedsminister Ellen Trane Nørby udtaler i en pressemeddelelse i forbindelse med vedtagelse af loven: *"Jeg vil gerne understrege, at tvangsbehandling kun skal anvendes som sidste udvej i vores bestræbelser for at drage omsorg for syge mennesker, der ikke er i stand til at tage vare på sig selv. Alle alternativer til tvang skal med andre ord være forsøgt, før der anvendes tvang"*. Bemærk formuleringen - alle alternativer! For at sundhedssystemet skal kunne efterleve lovens ånd, kræver det en væsentlig indsats, og indsigt, i psykosocial og socialpædagogisk interventioner så det undgås at indlæggelsen udvikler sig til en situation hvor tvang kan komme på tale. 'Tvangsbehandlingsloven' har med andre ord sikret et lovgrundlag for anvendelsen af tvang, men forventningerne til forudgående tvangsforebyggende indsats er ikke blevet mindre af den grund. Der er som i alt demensomsorg tale om en indsats på mange niveauer, og her kan vi med fordel skele til de erfaringer man har gjort sig i udlandet.

Fra speciel viden til værdighedskultur

I England har de i flere år haft fokus på sygehusindlæggelser af mennesker med demens. I denne sammenhæng vil jeg præsentere arbejdet som Dementia Action Alliance har udviklet til det demensvenlige sygehus. Initiativet består ud over et charteret for god praksis, også af en hjemmeside, hvor sygehusende frivilligt kan afrapportere deres aktiviteter og resultater med at blive demensvenlige.

Charteret består af 6 punkter som hver lister målsætninger, og forslag til målepunkter, i arbejdet med at blive demensvenlige:

1. Personale
2. Samarbejde
3. Vurdering af dine behov
4. Pleje og omsorg
5. Omgivelser og indretning
6. Ledelse

Som punkterne viser er indsatsen med at blive et demensvenligt sygehus flerstrengt. Personalet skal have viden om demens og skal være god til at inddrage pårørende under indlæggelsen. Det er vigtigt at patientens behov bliver grundigt vurderet og undersøgt. Dels så der ikke gemmer sig somatiske sygdomme som overses på grund af demens, men også for, at man kan tilrettelægge en omsorg, der retter sig mere mod den enkelte person, gennem personcentreret omsorg. Endeligt er det vigtigt at undersøge om der kan ændres i indretningen og arbejdsgangen så patientens behov imødekommes. Slutteligt understreges det, at ledelsens opbakning, fra afdelings- til sygehusledelsen, er essentiel for at kunne gennemføre nogle blivende ændringer.

Der er ikke noget revolutionerende nyt i budskabet til personalet og ledelsen, som ønsker at blive demensvenlige. Det er samme budskab, om personcentre-

ret omsorg, som er blevet formidlet til plejecentrenes medarbejdere gennem mange år. Der er dog en væsentlig forskel. Sygehuse arbejder ud fra en 'hurtigt-ind' og 'hurtigt-hjem' strategi, og det udfordrer arbejdet med at tilrettelægge en personcentreret omsorg. Desuden er indretningen af afdelingerne, det konstante aktivitetsniveau, som vanskeliggør, at patienten kan finde ro, et højt støjniveau på afdelingen, noget som medvirker til at stresser patienten med demens. En barriere kan også være personalets forforståelse af patienter med demens. Som Counting the Costs (2009) undersøgelsen viser, føler personalet sig dårlig rustet til at håndtere denne type patienter, og mange har netop valgt hospitalssektoren fordi arbejdet med patienter med demens ikke er noget som tiltaler dem. Virkeligheden er dog ved at udfordre dette scenarie. Fremtidens sygepleje i sygehusregi vil altså ikke have demens som et speciale forbeholdt geriatriskafdeling, snarere noget alle afdelinger må kunne forventes at skulle kunne honorere.

I erkendelsen heraf har Queen Elizabeth Hospital i Birmingham arbejdet med at integrere de kundskaber som personalet skal have, i forhold til at pleje patienter med demens, ind i deres værdigplejeprogram som gælder alle afdelinger på sygehuset. Dermed arbejder de hen mod, at uanset hvilken afdelingen mennesket med demens har kontakt til, er personalet og hverdagen indrettet så mennesker med demens kan få det bedst mulige ophold på sygehuset. Det handler ikke om at gøre indlæggelsen længere, men om at bruge den tid, der er nødvendig, så patienten bliver tryk og får sine behov dækket. Alternativt kender vi kun alt for godt med henvisning til vedtagelsen af 'Tvangsbehandlingsloven' og de forhøjede udgifter ved demens. Hvis en patient med demens reagerer så tvang skønnes nødvendig, eksisterer der et grundlæggende misforhold mellem hvad patienten og personalet oplever som ret og rimeligt i den givende situation. Det er det scenarie, der skal adresseres, hvis vi vil arbejde seriøst med at gøre vores sygehuse demensvenlige.

Det kommer til at tage år at nå i mål, men hvis vi mener noget med det demensvenlige samfund, så er der her en betydelig udfordring at tage fat på, både til gavn for mennesket/patienten med demens og personalet.

Referencer

Sundhedsminister Ellen Trane Nørby (2017) - [Klik her](#)

Ressursbrug og sygdomsforløp ved demens (2015) - [Klik her](#)

C. Jensen-Dahm (2016). Postoperative Treatment of Pain after Hip Fracture in Elderly Patients with Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 41(3–4), 181–191.

Counting the Costs (2009). Alzheimer's Society—[Klik her](#)

Dementia Action Alliance (2015) - [Klik her](#)