

Er det misbrug eller demenssygdom?

Det følgende er en praksisbeskrivelse:

Lene kommer med sin søn i Gerontopsykiatrisk ambulatorium, da vi har modtaget en henvisning fra hendes læge.

Sønnen har været meget bekymret, for Lene husker dårligere og dårligere, og han oplever, at hjemmet flyder mere og mere.

Han er bange for, at Lene har en demenssygdom, men han har også brug for aflastning i hverdagen, for Lene kan ringe 20 gange på en dag og tager ikke hensyn til, om han er på arbejde. Lene bor alene, da hun er enke på 10. år.

Min første kontakt til Lene er, da hun kommer i ambulatoriet til forsamlingen. Hun kan selv fortælle om sin dårlige hukommelse, men oplever ikke, at det præger hendes hverdag. Sønnen har en noget anden historie, hvor han fortæller om Lenes mangeårige drikkeri og dårlige korttidshukommelse, som betyder, at han skal ringe og minde hende om aftaler. Lene genkender hans historie, men undskylder den med, at hun har haft en streng mor og en syg søster, som forlanger meget af hende.

For at kunne lave en vurdering af Lenes kognitive funktioner, skal hun være ude af sit misbrug, og det aftales med Lene, at hun ikke må drikke de næste fire uger. Derefter kommer jeg på hjemmebesøg med henblik på test af hukommelsen og en snak med hende om hendes hverdag.

Det aftales med Lene og sønnen, at jeg kontakter demenskonsulenten, så hun kan tage kontakt med Lene og følge hende lidt tæt i en periode for at kunne vurdere på det kognitive funktionsniveau og evt. depressionssymptomer.

Inden det første hjemmebesøg efter fire uger kon-

takter jeg demenskonsulenten. Hun har været på besøg hos Lene en gang, og hun har haft kontakt til de hjælpere, der kommer hos Lene. Dét, de oplever, er, at Lene i disse fire uger har drukket lige så meget, som hun plejer. Der er tomme flasker i hjemmet, og Lene er påvirket, når de kommer om aftenen.

Ved hjemmebesøget deltager Lene, hendes søn, demenskonsulent og jeg. Det er hurtigt tydeligt, at Lene ikke husker, at vi har haft en aftale om alkoholfrihed, hun kan ikke mindes, at vi har talt om, at det skader hendes hukommelse, og hun afviser, at det er et problem, hun skal forholde sig til.

Gennem en anerkendende dialog bliver Lene tryk ved at sætte ord på sine problemer, hun anerkender selv sønnens bekymring for hende, og hun er parat til at starte antabusbehandling. Demenskonsulenten kan støtte denne proces ved at besøge Lene hyppigt til samtaler og være bindeleddet mellem hjemmepleje, patienten, sønnen og mig. Hjemmeplejen kan støtte Lene ved at klare de daglige indkøb for hende, så hun ikke bliver fristet til at købe alkohol. Dette nægter Lene at være med til. Aftalen bliver, at Lene får en uge til at tænke over det i, så vil vi komme igen.

Ved dette besøg har sønnen hørt, hvilke problemområder jeg fagligt kan sætte fokus på. Han har oplevet, at Lene kan motiveres til forandring, og derved har han fået argumenter til at fastholde Lene i sin beslutning om forandring. Som den eneste pårørende bliver det sønnens opgave, med støtte fra fagpersoner, at fastholde Lenes motivation. Før næste møde med Lene viser det sig, at alkoholforbruget er dagligt, hvilket er verificeret af både sønnen og hjemmeplejen. Lenes kontaktperson i hjemmeplejen er bekymret for, om Lene kan over-

holde ikke at indtage alkohol ved antabusbehandlingen, og om hun vil få abstinenser ved alkoholstop.

Jeg vælger at tage Lenes situation op til lægekongference i teamet i forhold til, hvad vi kan tilbyde af behandling. Den faglige drøftelse resulterer i, at antabusbehandlingen udskydes, og at Lene skal have abstinensbehandling ved alkoholstop. For at det kan ske forsvarligt, anbefales det, at Lene bliver tilbudt et af kommunens aflastningsstuer. Dette forelægges demenskonsulenten, der gennem kommunens visitator får en aflastningsplads, som vi kan råde over til Lene i seks uger. Vi vælger at bruge en plads, som ligger langt fra patientens hjem, og hvor der ikke er muligheder for indkøb.

Ved hjemmebesøget, som var aftalt efter en uges tænkepause, forholder Lene sig igen undrende til, at vi oplever, hun har et problem. Ved dette besøg er det nemmere at komme i dialog med Lene om hendes hverdag og alkoholforbrug. Jeg kan bruge min viden om hendes perspektiv fra de øvrige samtaler, og derved få hende motiveret for forandring og aflastningspladsen.

Planen er nu, at Lene skal afruses uden abstinenser, derefter vurderes på sit kognitive funktionsniveau for at kunne udredes for demenssygdom.

Det er en proces, som tager de næste seks måneder for, at vurderingen bliver på et stabilt og habituel grundlag. For at sikre lægeligt fokus på hele processen og Lenes almene tilstand er egen læge informeret gennem hele forløbet. Han vil være den, som skal fortsætte evt. behandlinger efter afslutning fra Gerontopsykiatrisk Team, så det er vigtigt, at han kender grundlaget for vurderinger og behandling.

Hvad er udfordringen i udredningen?

Som udrednings- og behandlingsteam i Gerontopsykiatrien er det en stor udfordring at efterleve pkt. B under ICD-10 kriterierne for demens. Her står, at man skal være så bevidsthedsklar, at man kan vurderes på sin hukommelse og andre kognitive funktioner. Det betyder, at vi skal være opmærksomme på anden kronisk psykisk sygdom som alkohol- eller medicinmisbrug, som det kan være svært for patienterne at tale om. Ved misbrugsproblemer er det vigtigt at have et tværgående samarbejde mellem Gerontopsykiatrisk team, patientens praktiserende læge og kommunen, for at det kan lykkes at hjælpe patienten ud af misbruket. De pårørende er også meget vigtige samarbejdspartnere i denne sammenhæng, men de er ofte meget pressede af situationen og har selv brug for professionel støtte for at komme videre. Dem er det derfor vigtigt, at vi er opmærksomme på og ikke belaster yderligere i forløbet. Samarbejdet med dem vil være afhængig af deres ressourcer og overskud.

Hvorfor kan patienten ikke beholde sit misbrug?

Det kan han/hun måske også, men han/hun skal tilbydes gode muligheder for at kunne gennemskue konsekvenserne af sit valg. Demensdiagnosen er en meget alvorlig diagnose, men der er medicinsk behandlingsmulighed ved Alzheimers demens sygdom, hvorfor den er vigtig at få diagnosticeret. Derudover er der sygeplejefaglige og socialpædagogiske tiltag, som kan hjælpe patienten til at bedre at sikre livskvalitet.

Vi ved, at alkohol- eller medicinmisbrug kan give demenssymptomer, men misbrug i sig selv kan også have følgevirkninger som vitaminmangel, fejl-

ernæring, depression og psykotiske oplevelser. Vi ved også, at problemstillingerne vil forværres over tid, såfremt patienten fortsætter sit misbrug. Derfor er det vigtigt, at motivere patienten til et afvænningsforløb.

Hvad kan vi gøre for at hjælpe patienten ud af alkoholmisbrug?

Udfordringen er, at alkohol er lettilgængeligt og muligt for de fleste at skaffe sig. Patienten kan ikke huske en aftale om ikke at drikke. Det er derfor aktuelt med daglig støtte fra hjemmeplejen til ikke at drikke, observere for abstinenser, styre abstinensbehandling og følge op på de almindelige daglige funktioner. Det kan være problematisk at opstarte med antabusbehandling til patienter, som er hukommelsessvækkede, da man risikerer, at de drikker sammen med behandlingen og bliver dårlige.

For nogle patienter, som bor alene, er det nødvendigt med aflastningsophold, så patienten er under døgnobservation og får optimal støtte.

Hvad kan vi gøre for at hjælpe patienten ud af medicinmisbrug?

Udfordringen ved medicinmisbrug er, at der kan være risiko for abstinenser i meget lang tid. En tommelfingerregel er, at patienten skal aftrappes over lige så mange måneder, som misbruget har varet i år. Til gengæld kan processen styres meget tæt i et samarbejde mellem patient, læge og sygeplejerske. Medicinen kan administreres af sygeplejersken, og da adgangen til selv at skaffe medicin er vanskelig for de fleste, er der ikke risiko for, at patienten får mere medicin end det ordinerede. Sygeplejersken skal i samtalen med patienten spørge ind til de fysiske og psykiske abstinenser, inspirere til i samarbejde med kommunen at tilbyde

patienten støttende hjemmebesøg eller udadrettede aktiviteter. Her er fysisk træning ofte en god ide, da det giver patienten velvære. Nedtrapningen af medicin sker i samarbejde med patienten, hvor princippet er, at man godt kan holde pauser i nedtrapningen, hvis det går for hurtigt, men dosis kan aldrig øges igen.

Hvad er formålet med afvænningen?

Der er flere forskellige formål med indsatsen. Som tidligere nævnt skal man kunne opfylde pkt. B i ICD-10 kriterierne, men det er også en hjælp til patienten til at kunne træffe et kompetent valg på egne vegne. Patienten skal have muligheden for at sige ja eller nej tak til udredning og behandling. Der vil også være mulighed for at finde en evt. årsag til patientens misbrug. Vi oplever, at mange har angstproblemer, personlighedsforstyrrelser eller posttraumatisk stress, hvor de dækker symptomerne med misbruget. Ved at behandle evt. tilgrundliggende sygdom fjerner man årsagen til misbruget.

Hvordan oplever patienterne, at det hjælper dem?

Erfaringer fra egen praksis er, at patienterne lærer meget om sig selv, får styrket deres selvværd, får større livskvalitet, fordi de husker bedre, og kan klare sig selv bedre i hverdagen. De oplever bedre at kunne være noget for familien. For de fleste patienter er det en sej kamp at gennemføre et afvænningsforløb, men oplever de at få god støtte fra kommunen og hjælp til behandling af evt. grundsygdom, så holder de fleste ud. Det er en meget koncentreret indsats, der skal gøres for disse patienter, over en kortere eller længere periode, men det er af stor betydning for et menneske, om det kan diagnosticeres med en demenssygdom eller ej, så det er indsatsen værd.