

Omorganiseringen skulle ikke alene vise, at den var handlekraftig, den skulle også signalere styrket faglighed, kreativitet samt faglig og organisatorisk udvikling. I denne forbindelse var det vigtigt at påpege, at den demensfaglige chef, var med til at bære fagligheden direkte ind i ledelses- og beslutningssammenhænge i kommunen.

Medarbejderne i demensstaben

I demensstaben er ansat 3 demenskoordinatorer. De 4 overordnede opgaver for de 3 demenskoordinatorer i Århus kommune er at:

- Samarbejde med demensnøglepersoner
- Rådgivning og vejledning af borgere, pårørende og personale i komplekse og komplicerede sager

- Undervisning
- Kvalitetsudvikling
Koordinerende opgaver

I demensstaben er den rådgivende demenskoordinator ansvarlig for at sikre kvalificeret rådgivning, vejledning og sparring til medarbejdere. Dette gælder særligt i forhold til magtanvendelsesområdet. Til denne funktion er tilknyttet en jurist, som har været med til at udarbejde en elektronisk magthåndbog. Endvidere deltager den rådgivende demenskoordinator i undervisning og kvalitetsudvikling, ligesom de øvrige demenskoordinatorer.

I demensstaben har udviklingskonsulent fokus på den faglige udvikling af specialenheder samt den faglige udvikling af den generelle ind-

sats på demensområdet. Endvidere samarbejder udviklingskonsulent med andre enheder i kommunen, på tværs af magistrater og sektorer.

I demensstaben har den faglige konsulent for kommunens specialboliger ansvaret for at varetage specialboliger for borgere med demens, bl.a. i forbindelse med visitationen til specialboliger. Endvidere har den faglige konsulent ansvaret for undervisning og kvalitetsudvikling.

I demensstaben er der ansat to op-søgende medarbejdere. Fokus for disse medarbejdere er at skabe den tidlige kontakt til borgere, med kognitive forandringer. Disse forandringer, skal først for nylig være erkendt eller bemærket og have et særligt behov.

Når demens ikke er den eneste lidelse

Alex Kørner, Overlæge, ph.d., Psykiatrisk Center Nordsjælland, Hillerød

Alex Kørner holdt et interessant oplæg om dobbeltdiagnoser og tilfælde, hvor demens ikke er den eneste psykiatriske lidelse. Den anden lidelse vil oftest være en svær psykisk sygdom.

Demens og dobbeltdiagnoser?

Alex Kørner fortalte, at demenstilstande og andre svære psykiske lidelser, hver for sig forekommer så hyppigt, at et sammenfald med demens er uundgåeligt.

Dette skyldes bl.a. at flere psykiatriske sygdomme medfører en øget risiko for senere demens. Flere ældre borgere, der i dag kommer ind på plejecentrene eller andre sociale tilbud, har således en palet af psykiatriske lidelser.

Fokus på forekomsten af psykiske lidelser hos ældre borgere viser, at omkring 80.000 svarende til 7% har demens.

Tallene for andre forekommende psykiske sygdomme er hhv; skizofreni 0,5%, depression 10%, misbrug 4%, og personlighedsforstyrrelser 10-15%.

I relation til de forskellige kategorier af psykiske sygdomme, mente Alex

Kørner, at det behandlingsmæssigt vil være ideelt at lave en sygdomsafgrænsning i ældrepsykiatrien, eksempelvis efter en opdeling af de psykiatriske sygdomme i henholdsvis:

1. Organiske lidelser, f.eks. demenstilstande
2. Delir
3. Affektive lidelser samt
4. Psykoser

Dette vil sikre en bedre behandling af de psykiatriske sygdomme.

Når blikket vendes mod risici for død og demens ses, at der for visse psykiatriske lidelser er visse sammenhænge. Dette gælder især i forhold til paranoia og akutte psykoser, hvor risikoen for demens er omtrent dobbelt så stor som risikoen for død.

Når der fokuseres på skizofrene lidelser, 40+ og 60+, er sandsynligheden for død og demens omtrent den samme. Dette kan blandt andet skyldes, at sammenhængen mellem demens og skizofreni stadig er uklar, idet næsten alle patienter med skizofreni har kognitive problemer, men ikke nødvendigvis demens.

Forekomsten af demenssygdomme kombineret med dobbeltdiagnoser

rejser spørgsmålet: hvem der skal behandle? og hvilken psykiatriske tilstand er vigtigst at behandle ved dobbeltdiagnoser? Spørgsmålet bliver ikke mindre relevant, når man ved, at organiseringen af behandlingen for denne type sygdomme er meget forskellig mellem regionerne og ikke mindst inden for regionerne. Mange almen psykiatriske vil f.eks. ikke have demente i behandling. Det kan være relevant at oprette en ældrepsykiatri for bl.a. plejehjemsbeboere som netop har en høj frekvens af dobbeltdiagnoser. Alex Kørner påpegede samtidig, at særligt dobbeltdiagnoser er i stigning, især i botilbud.

Ved demens og dobbeltdiagnoser stilles behandleren ofte i et behandlingsmæssigt dilemma: Hvilken sygdom er den vigtigste? Kan/skal man behandle demens hos personer med en svær psykisk sygdom? Hvem skal varetage behandling og omsorg af en patient med disse lidelser – demensklinikker, almenpsykiatri eller almindeligt botilbud?

Alex Kørner ser følgende som værende problematisk for ældre borgere med dobbeltdiagnoser:

- Utilstrækkelige botilbud – blandet beboermasse, forskellige tilgange, forskellige behov
- Risiko for svigt. Dette kan bl.a. skyldes at der ikke er de samme ressourcer som i distriktspsykiatrien, hvilket øger sandsynligheden for at opfølgningen bliver dårligere
- Hvilken tilstand skal veje tungest?
- Ændret (og måske for ringe) psykiatrisk opfølgning



Den demente geriatriske patient – samordning af indsatsen for geriatriske patienter med demens

Søren Jakobsen, Ledende overlæge, geriatrisk afdeling, Sygehus Fyn

Den 12. maj 2010 præsenterede Regeringen og Dansk Folkeparti en handlingsplan for den ældre medicinske patient. Formålet med handlingsplanen er at sikre det bedst mulige forløb for ældre medicinske patienter. Opgaven med udarbejdelsen af handlingsplanen er efterfølgende sendt videre til Sundhedsstyrelsen, som har nedsat en arbejdsgruppe. Denne arbejdsgruppe vil fokusere på: Forløbskoordination, udgående enheder, akutte eller sub-akutte tilbud, arbejdstilrettelæggelse samt udskrivelseskoordination.

Den ældre medicinske patient

Den ældre medicinske patient er kendetegnet ved:

- At de er ældre – typisk over 65 år
- At de lider af flere forskellige sygdomme på samme tid
- Af de har et stort medicinforbrug
- Af de ofte har et nedsat funktionsniveau
- At de ofte har behov for hjælp til daglige opgaver og pleje
- At mange har svage sociale netværk

Samtidig med handlingsplanen for den ældre medicinske patient, er der sket en forstærket indsats for patienter med kroniske sygdomme. Regeringen har således afsat en pulje på ca. ½ mia. kr. til at få alle regioner til

at samarbejde med kommuner og almen praksis om at implementere lokalt tilpassede forløbsprogrammer for patienter med diabetes, muskel og skeletsygdomme, KOL og hjertekar sygdomme. Men hvad med demens? I flere regioner er der udfærdiget samarbejdsaftaler og forløbsprogrammer for demensudredning.

Søren Jakobsen kom i sit hovedindlæg ind på vilkårene for geriatriske borgere med demenssygdomme ved indlæggelser. Der er en tendens til, at man så vidt muligt ønsker, at den svært demente borger undgår indlæggelse, samt at der ved indlæggelse tilstræbes, at den demente borger udskrives så hurtigt som muligt. I denne forbindelse bør der i et patientforløbsprogram for demente patient indgå følgende:

- Anamnese ved primærsektoren og pårørende, om muligt direkte dialog
- Medicingennemgang
- Undgå udvikling af delir
- Om muligt enestue
- Fokus på udskrivelse ved indlæggelsen
- Hensyn til medpatienter

Ønsker til hjemmeplejen

Ud over den aktuelle anamnese, er en livshistorie for den demente borger ønskværdigt i forbindelse med

en indlæggelse. Endvidere vil oplysninger om familieforhold, vaner og rutiner, socialt netværk og eventuelle adfærdsforstyrrelser kunne have en stor betydning for behandlingen af den demente borger.

Etiske problemstillinger

Den medicinske behandling af den ældre demente patient rejser en række etiske problemstillinger: Hvordan skal behandlere forholde sig til en patients manglende indtagelse af føde? Hvordan skal behandler forholde sig, når pårørende ikke kan blive enige om behandlingsniveau? Hvad gør man i situationer hvor der er et behov for tvangsbehandling? En anden væsentlig etisk problemstilling opstår i situationer, hvor patienten ikke forstår konsekvensen af et udredningsprogram for f.eks. anæmi og smerter.

