



Håndbok

# Demens på sykehus



Håndbok

---

# Demens på sykehus

© Forlaget aldring og helse, 2020

1. utgave / 1. opplag 2020

ISBN 978-82-8061-538-1 (trykt)

ISBN 978-82-8061- 539-8 (PDF)

Foto: Martin Lundsvoll

Alle bilder er illustrasjonsfoto. Det er ingen sammenheng mellom personene på bildene og innholdet i boka.

Illustrasjoner: Stein Likvern/Headspin AS

Layout: Headspin AS

Trykk: ETN Grafisk

Denne boka tar utgangspunkt i *Om demenssjukdom på sjukhus*,  
© 2017 Svenskt Demenscentrum.

*Håndbok – Demens på sykehus* er utarbeidet av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse på oppdrag fra Helsedirektoratet. Boka er oversatt til norsk av Samtext Norway AS og bearbeidet til norske forhold av fagpersoner hos Aldring og helse.

*Det må ikke kopieres fra denne boka i strid med åndsverkloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.*



Alle henvendelser om boka kan rettes til:

**Forlaget aldring og helse**

Postboks 2136, 3103 Tønsberg

Tlf: 33 34 19 50

E-post: [post@aldringoghelse.no](mailto:post@aldringoghelse.no)

[www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no)

# Forord

I jobben din på akuttmottaket, avdelingen eller poliklinikken møter du sikkert mange pasienter som opptrer forvirret eller har andre kognitive symptomer. Det er ikke lett å gjøre jobben sin når det er vanskelig å kommunisere, eller hvis pasienten er redd og feiltolker situasjoner. Med kunnskap om hvordan demens og forvirringstilstander påvirker pasienten, samt om hva personsentrert tilnærming innebærer, har du imidlertid mye bedre forutsetninger for å håndtere situasjonen.

Stadig flere eldre med en kombinasjon av somatiske sykdommer og demens blir behandlet på sykehus. I flere land har man begynt å jobbe for mer demensvennlige sykehus, og det må vi også kunne gjøre her hjemme.

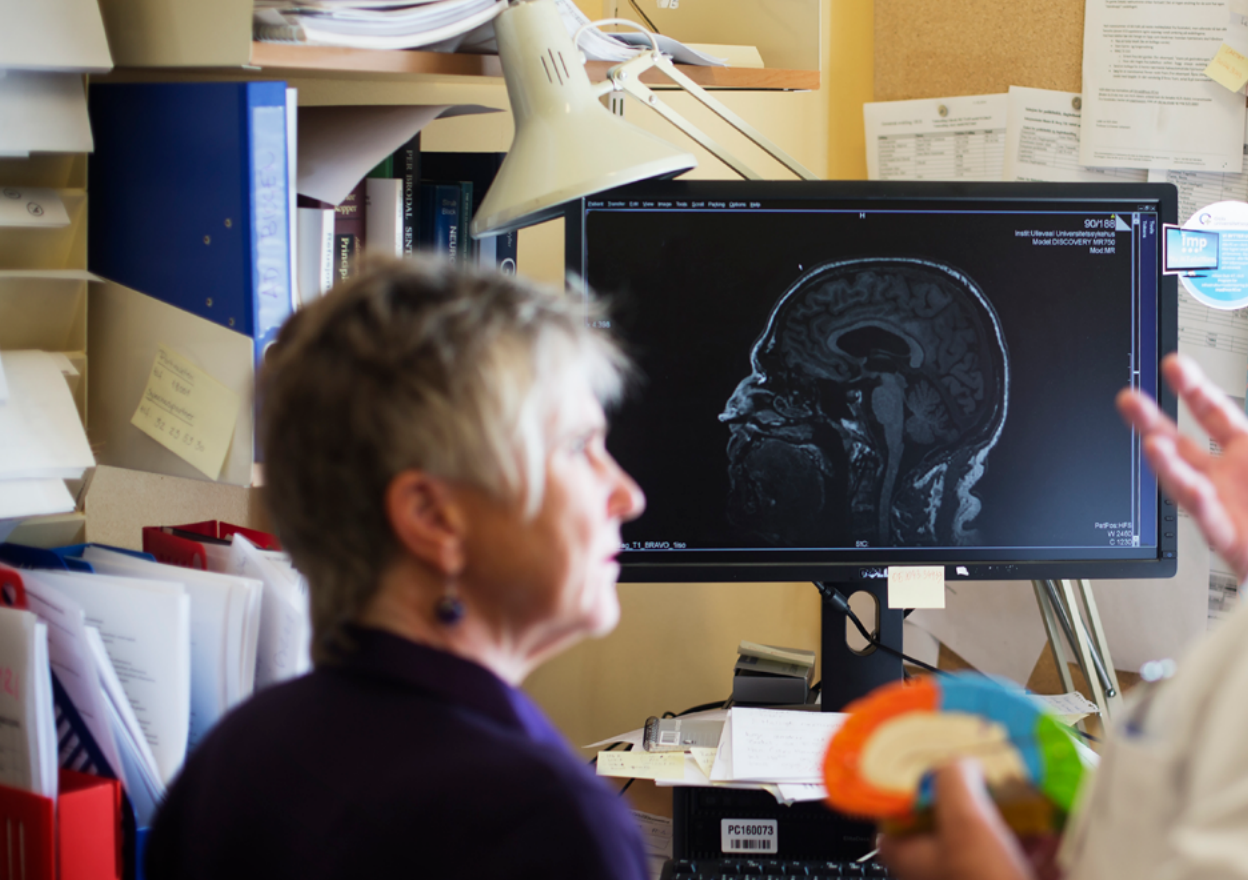
Denne håndboka er utarbeidet ved Svenskt Demenscentrum, og er basert på intervjuer med spesialister og eksperter på området. Håndboka er oversatt og tilpasset til norsk av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, på oppdrag fra Helsedirektoratet som del av *Demensplan 2020*. Håndboka har til hensikt å gjøre det enklere for helsepersonell ved norske sykehus å tilnærme seg personer med demens med tanke på diagnostisering, behandling og oppfølging. Her forklarer vi begreper som kognitiv svikt, delirium og demens. Du får også råd om tilnærming og tilrettelegging av miljø. Vi bruker eksempler fra sykehus som har utarbeidet rutiner for oppfølging av kognitiv svikt, og som har gitt personellet opplæring i hensiktsmessig tilnærming.

Vi håper at denne håndboka vil gjøre det lettere å gi omsorg og behandling til pasienter med demens på sykehus. Som supplement til boka anbefaler vi deg å lese mer om demens på [www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no).

# Innhold

	<b>Innledning</b>	6
	Ta kognitiv svikt på alvor	
	Dårligere etter sykehusbehandling	
	Bokas oppbygning	
<b>Kapittel 1</b>	<b>Akuttmottaket</b>	9
	Miljøer er vanligvis uegnet	
	Uklare svar	
	Geriatrici på akuttmottaket	
	Planlegg for kognitiv svikt	
	Fotografer lokalene	
	Jobb personsentrert	
	Lytt til pårørende	
	Kognitiv svikt	
	Identifiser skrøpelige pasienter ved innleggelse	
	Flere årsaker til delirium	
	Rask utredning nødvendig	
	Tolk tegn til smerte	
	Alternativer til akuttmottaket	
<b>Kapittel 2</b>	<b>Avdelingen</b>	20
	Identifiser kognitiv svikt tidlig	
	Tilrettelegging av sykehusmiljøet	
	Måltider skaper struktur	
	Kunsten å kommunisere	
	Styrk selvfølelsen	
	Kroppsspråket er viktig	
	Personlig hygiene er et følsomt tema	
	Munnhelse blir ofte forsømt	
	Særlig utfordrende atferd	
	Aggressivitet kan skape frykt	
	Tverrfaglig teamarbeid anbefales	
	Slik oppdager du kognitiv svikt	
<b>Kapittel 3</b>	<b>Poliklinikken</b>	34
	Ikke gi for mye informasjon	
	Pårørende kan forklare problemer	
	Vær også oppmerksom på yngre pasienter	
	Vanskelig undersøkelse ved alvorlig demens	
	Bra å være to	
	Pårørende har behov for å bli sett	

<b>Kapittel 4</b>	<b>Utskriving og oppfølging</b>	38
	Planlagt oppfølging Modell som kommer pasient og sykehus til gode Planlegging av oppfølgingstiltak	
<b>Kapittel 5</b>	<b>Legemidler</b>	40
	Spesielt følsomme for legemidler Miljøbehandling fremfor medisin	
<b>Kapittel 6</b>	<b>Vanlige symptomer</b>	43
	Alle får ikke samtlige symptomer Kognitive symptomer Innsikt og skjønn Motoriske symptomer Nevropsykiatriske symptomer Prøv å finne årsaken Type demens kan ha betydning Bekymring og angst Seksuelle uttrykk	
<b>Kapittel 7</b>	<b>Møte og tilnærming</b>	52
	Sykdommens faser Mild demens Moderat demens Alvorlig demens	
<b>Kapittel 8</b>	<b>Jus</b>	59
	Samtykke Brukermedvirkning Taushetsplikt Involvering av pasientens pårørende	
<b>Kapittel 9</b>	<b>Demenssykdommer</b>	63
	Tre grupper demenssykdommer Alzheimers sykdom Vaskulær demens Demens med lewylegemer Demens ved Parkinson sykdom Frontotemporal demens Slik stilles diagnosen	
	<b>Nyttige kilder til informasjon</b>	70



# Innledning

## Ta kognitiv svikt på alvor

Du som jobber på sykehus, har sikkert møtt pasienter med uro og forvirring som verken kan oppgi navnet sitt eller forklare hvordan de har det. Det kan være en person med demens og hoftebrudd, eller en multisyk pasient som ikke har demens, men som er rammet av midlertidig forvirring (delirium) som følge av en alvorlig infeksjon. Hos eldre kan depresjon også gi liknende symptomer.

Uansett hva som forårsaker symptomene, har pasienten kognitiv svikt, og årsakene må undersøkes. Det er sjelden praktisk mulig å utføre en demensutredning på et sykehus i en akutsituasjon, men selv om den kognitive funksjonsnedsettelsen er midlertidig, må pasientene gis omsorg og behandling av helsepersonell med kunnskap om hva vanskene deres innebærer. Mange pasienter har kognitiv svikt allerede før de kommer på sykehuset. Andre utvikler delirium under sykehusoppholdet.





## Dårligere etter sykehusbehandling

Risikoen for å utvikle en demenssykdom øker med alderen. Demenssykdommer er vanlige, og siden det i dag ikke finnes noen kur for dem, er de også til syvende og sist dødelige.

Ettersom en økende andel av befolkningen er eldre, havner stadig flere personer med demens på sykehus. Der kommer de til et miljø som er ukjent for dem, lokalene er fremmede, og de kjenner ikke personene som behandler og yter omsorg. Mange kan da få ytterligere vanskeligheter med å motta og bearbeide informasjon, og de er helt avhengige av at du som helsepersonell tilpasser informasjonen og tilrettelegger omgivelsene best mulig.

Selv med god tilrettelegging kan innleggelse på sykehus føre til at kognitive symptomer forverres.

På akuttmottaket dreier det seg først og fremst om å redde liv. De som ikke har alvorlige medisinske problemer, må ofte vente. På en sykehusavdeling med mange alvorlig syke pasienter er det vanskelig å finne tid til å ta seg spesielt av de som er forvirrede og kanskje har demens, men som ikke har en tilstand som krever øyeblikkelig tilsyn.

## Bokas oppbygning

Boka begynner med kapitlene *Akuttmottaket*, *Avdelingen* og *Poliklinikken*. Vi anbefaler å lese alle tre, uavhengig av hvor på sykehuset du jobber. Boka fortsetter med *Utskrivning og oppfølging* og *Legemidler*. Tilnæringsstrategier løper som en rød tråd gjennom hele boka, men har også fått et eget avsnitt for den som vil lære mer. Kapitlene *Vanlige symptomer*, *Juss* og *Demenssykdommer* er ment som fordypning, men også som oppslagsdeler.

Bokas innhold er basert på intervjuer både med yrkesaktivt helsepersonell som har særlig erfaring med å jobbe med personer med demens, og med eksperter på området. Du og kollegene dine har sannsynligvis også egne ideer og knep for å tilrettelegge for pasienter med kognitiv svikt. Arbeidsmåtene og organiseringen av arbeidet varierer mellom forskjellige sykehus og mellom ulike avdelinger på samme sykehus. Derfor må du ta utgangspunkt i de mulighetene og ressursene som er tilgjengelige på nettopp din arbeidsplass.

### Noen ordforklaringer:

**Kognitiv svikt** – En nedsettelse av én eller flere kognitive funksjoner, for eksempel hukommelse, taleevne eller orienteringsevne.

Kan ha mange forskjellige årsaker, for eksempel legemiddelbivirkninger eller konfusjon. Kan også være et symptom på alvorlig sykdom, for eksempel hjernesvulst eller demens.

**Delirium** – Også kalt forvirring. Rammer ofte eldre pasienter som blir utsatt for fysiske og psykiske påkjenninger, for eksempel i forbindelse med en infeksjon eller etter en operasjon. Noen ganger er det en bivirkning av legemidler. Delirium er vanligvis en midlertidig tilstand, men den er svært alvorlig og krever riktige tiltak.

**Demens** – Kognitiv svikt kan være et tegn på demens.

Av demenssykdommene er Alzheimers sykdom den vanligste.

Husk at også personer med demens kan rammes av forvirring. Dette kan være vanskelig å oppdage, siden symptomene på demens og delirium kan likne hverandre.





## Kapittel 1

# Akuttmottaket

### Miljøet er vanligvis uegnet

Pasienter som ikke anses å ha livstruende skader eller sykdommer, kan oppleve å måtte vente lenge på akuttmottaket. Det kan selvfølgelig tære på tålmodigheten, og mange må holde ut med smerter mens de venter på behandling. For personer med demens kan ventetiden få alvorligere konsekvenser. Miljøet på akuttmottaket er vanligvis uegnet for personer med demens og kan forverre demenssymptomene.

Det er bedre hvis det finnes alternative veier inn på sykehuset som er bedre tilpasset personer med kognitiv svikt, men det er sjeldent tilfelle. Derfor er det viktig å prøve å forbedre miljøet og forkorte ventetiden på akuttmottaket for personer med demens og kognitiv svikt.

«Hallo, hallo, hallo ...» Grete roper og roper. Hun ser ut til å være i midten av 80-årene og kom til akuttmottaket med politiets hjelp. Hun hadde falt på gaten og virket forvirret. Grete, som er veldig tynn, er dårlig kledd for årstiden.

Selv kan hun ikke redegjøre for hva som har skjedd. Det ser ikke ut til at hun har brukket noe, sier sykepleieren som møter henne først.

Det er mye folk på akuttmottaket denne kvelden, og Grete blir lagt på en bære i korridoren, slik at personellet kan holde et øye med henne. Men Grete står opp, vandrer rundt og virker stadig mer urolig og forvirret. Siden det er stor aktivitet og mye løping i korridoren, finner de et rom der hun kan ligge alene. Snart begynner hun å rope: «Hallo!» Det nytter ikke å be henne vente en stund.

En sykepleier som kommer på jobb, kjenner igjen Grete, for hun har vært på sykehuset før. Sykepleieren forteller at Grete har Alzheimers sykdom. Når Gretes sønn til slutt dukker opp, tar han henne i hånden og setter seg ved siden av henne mens de fortsetter å vente. Prøver og undersøkelser viser at Grete har lungebetennelse.

## Uklare svar

Dette er et eksempel på hva som kan skje på akuttmottaket. Det viser hvor lett det kan gå galt selv når alle prøver å gjøre sitt beste. Personer som har kognitiv svikt og kommer alene til akuttmottaket, har ofte vanskelig for å gi informasjon. De kan ha problemer med å formidle hva problemet er. Svarene er ofte uklare og noen ganger helt feilaktige, men personellet må likevel danne seg en oppfatning av situasjonen raskt. Ofte dreier det seg om eldre pasienter, men personer i yrkesaktiv alder kan også ha demens.

Arbeidstempoet er ofte høyt. Helsepersonell haster rundt, og dette kan oppleves som stressende. Ventende pasienter må sitte i en stol på venterommet sammen med andre eller ligge på en bære eller seng i korridoren. I verste fall kan de gå seg bort på sykehuset. Pasientene som er forvirret, kan i tillegg ha store smerter, samtidig som de ikke forstår eller kan forklare hvor smertene er. Da er det ikke nok å si: «Kom og sett deg», når de reiser seg fra benken gang på gang.

Når det er tid for undersøkelse, kan personellet bli møtt med nye utfordringer. Det kan være vanskelig å undersøke en person som har kognitiv svikt, som kanskje har smerter og heller ikke har spist eller drukket på lenge. Pasienten kan sette seg til motverge og nekte undersøkelsen. Situasjonen kan bli enda mer låst hvis vedkommende blir møtt med stress eller irritasjon. Du vil ha større sjanse for å få gjennomført en undersøkelse dersom du er rolig og tålmodig.

Forvirring og andre symptomer på kognitiv svikt kan komme til uttrykk i form av rop og skrik og annen atferd som forstyrrer omgivelsene. Dette kan irritere og skremme de andre pasientene og deres pårørende. Du må også huske at selv om en pasient venter stille og rolig og svarer bekreftende på spørsmålene dine, kan vedkommende være forvirret.



## Symptomer hos eldre er ofte annerledes

Det er som regel eldre mennesker som rammes av forvirring og demens. Eldre har ofte andre symptomer enn yngre. Her er noen eksempler:

- Eldre kan ha infeksjon uten feber, også ved lungebetennelse i et tidlig stadium. Ved svært alvorlige infeksjoner kan eldre reagere med senket kroppstemperatur.
- Urinveisinfeksjon kan forårsake delirium hos eldre mennesker. Dette er velkjent, men hvis personen har demenssykdom, kan infeksjonen likevel være vanskelig å oppdage. Da er det fare for at forvirringen oppfattes som et symptom på demens.
- Over halvparten av dem over 80 år som får hjerteinfarkt, opplever ikke brystmerter. Delirium kan være det eneste symptomet.

*Jeg har jobbet som lege i rundt 40 år, og jeg lar meg fremdeles overraske over hvordan pasientene 'lurer' meg, de følger ikke lærebøkene. Aldring kan forandre betingelsene for omtrent hva som helst som påvirker kroppens funksjoner.*

Yngve Gustafson,  
professor i geriatri, Umeå

## Geriatric på akuttmottaket

På sykehuset der geriater Wilhelmina Hoffman jobbet tidligere, hadde akuttmottaket geriatriisk kompetanse, på samme måte som de hadde ortopedisk, kirurgisk og medisinsk kompetanse.

De hadde geriater på vakt og sykepleiere som kunne identifisere pasientene som trengte spesiell omsorg. Det var også undersøkelsesrom som var direkte knyttet til geriatriisk avdeling.

«Når det kom inn eldre personer som var i dårlig forfatning, sørget vi for at de fikk ligge på en trykkavlastende madrass, at de ikke lå der det var mye støy, og at alle prøver ble tatt raskt», forteller hun.

Hoffman forteller om en avmagret og forvirret pasient som kom til akuttmottaket. Benet hans lå i en unaturlig stilling, og det var tegn på brudd. Likevel kom han til den geriatriiske delen av akuttmottaket, der det ble tatt blodprøver og gitt intravenøs væsketilførsel. Da alle undersøkelsene var gjort, kom det en ortoped som foreskrev røntgen. Pasienten ble umiddelbart innlagt på en geriatriisk avdeling i påvente av operasjon, og returnerte til samme avdeling straks etter operasjonen. «På den geriatriiske avdelingen hadde vi kontroll på fallrisiko etter operasjonen og foretok legemiddelgjennomgang for å redusere risikoen for delirium», forteller Hoffman.

## Planlegg for kognitiv svikt

Det kan være lettere sagt enn gjort å gjennomføre omorganiseringer og finne spesialister med geriatriisk kompetanse. Det er imidlertid mulig å forbedre

omsorgen, selv på et akuttmottak uten geriatriisk spesialkompetanse. Hvis dere har en plan for hvordan pasienter med kognitiv svikt skal mottas på sykehuset, kan arbeidsmengden og de negative konsekvensene av sykehusoppholdet reduseres.

En pasient som viser tegn på demens eller delirium, bør ikke ligge i en trafikkert sykehuskorridor. De kan også oppleve det som ubehagelig å ligge helt alene blant ukjent medisinteknisk utstyr. Prøv å finne plass i et rom der du kan ha godt tilsyn med personen.

Det er en stor fordel å ha helsepersonell med kompetanse på demens som kan fungere som kontaktpersoner for pasienter med kognitiv svikt. En må sørge for at pasientene føler seg trygge og ikke fryser, og kanskje bre en kule-dyne over personer som er urolige. Det handler om å hjelpe uten å støte pasienten. Alle skrøpelige eldre bør slippe å ligge på harde bårer og i stedet få ligge på trykkavlastende madrasser.

## Fotografer lokalene

Et godt tips når dere skal skape et mer demensvennlig miljø på akuttmottaket, er først å fotografere det. Deretter diskuterer dere fotografiene. Tenk over hvordan en pasient med kognitiv svikt kan oppleve miljøet, for eksempel fargepaletten. Er det for mye hvitt? Pasienter med demens kan trenge kontraster for å oppfatte omgivelsene. Er det mørke partier på gulvet? De kan oppfattes som grøfter eller avgrunner. Hva med skiltingen? For mange skilter kan virke forvirrende.

Husk at et roligere og mer harmonisk miljø er bra for alle pasienter på akuttmottaket, ikke bare for dem med kognitiv svikt.

*Det handler også om å være bevisst på farger og tekstiler, og på at utsmykningen er figurativ. Kanskje kan man også ha hodetelefoner med rolig musikk, slik at pasientene kan skjermes og slippe å bli bombardert av alle inntrykkene.*

Margareta Skog,  
pleieutviklingskoordinator,  
Karolinska Universitetssjukhuset

## Jobb personsentrert

Nasjonal faglig retningslinje for demens legger vekt på en personsentrert arbeidsmåte (Helsedirektoratet, 2019). Det er personen med diagnosen som skal stå i sentrum. Selv om personen kommer først, er det viktig med kunnskap om demenssykdom og symptomer ved kognitiv svikt for å kunne kommunisere med og tilnærme seg personen på best mulig måte.

Det er viktig å skape ro og unngå å bli stresset, uansett hvor travelt du har det. Demens gjør personen mer følsom for stress. Jo mer støy det er i omgivelsene, og jo flere spørsmål personen blir stilt, desto mer komplisert kan det være å få gjennomført en undersøkelse. En engstelig pasient kan trekke ut nålen til det intravenøse dryppet eller kateteret.

## Husk på dette:

- Tilnærm deg personen på en måte som gjør det lett for vedkommende å beholde verdigheten.
- Se personen som en aktiv samarbeidspartner.
- Se personligheten som «preget av sykdommen», ikke som bortkommen.
- Skap et levende forhold til personen.
- Oppmuntre personen til å være med og bestemme stort og smått om sitt eget liv.
- Prøv å hjelpe personen med å beholde personligheten sin, til tross for at hukommelsen og andre funksjoner svikter.
- Bekreft personens opplevelser av verden.
- Hjelp personen med å orientere seg i tid og rom hvis vedkommende ønsker det.
- Prøv å forstå hva som er best for personen fra hans eller hennes perspektiv.
- Prøv å forstå atferd som er vanskelig å tolke, ved hjelp av kunnskap om personen.
- Tilpass både det fysiske miljøet og innholdet i behandling og omsorg etter personens behov.
- Oppfordre pårørende og andre i det sosiale nettverket til å delta i omsorgen.
- Ta hensyn til spesielle språklige og kulturelle behov.

«Personellet må forstå at personer med kognitiv svikt kanskje ikke får med seg det som blir sagt, og at svarene man får, kanskje ikke gjelder dagens situasjon eller ikke engang årets, men noe som har skjedd tidligere.» Wilhelmina Hoffman, geriatriker og leder for Svenskt Demensentrum.

Prøv å gjøre situasjonen så forståelig, håndterbar og meningsfull som mulig. Bruk gjerne kroppsspråk for å forklare og skape ro. Vis og pek mens du for eksempel ber pasienten sette seg eller strekke ut armen.

## Lytt til de pårørende

Pårørende har vanligvis uvurderlig informasjon om sine næreste. Spør dem hvordan personen vanligvis er, om tidligere sykdommer og om hvordan man tilnærmer seg vedkommende på beste måte.

Dra nytte av de pårørendes kunnskap og evne til å få personen til å føle seg trygg, men unngå å legge så mye ansvar på de pårørende at de blir bekymret.

Husk også å se de pårørendes behov – ofte er det de små tingene som er viktige. Eldre pasienter har ofte med seg en eldre pårørende som også kan ha behov for å hvile, helst i samme rom som pasienten. Husk å sørge for at de pårørende får noe å spise og drikke.

Pårørende trenger også informasjon og muligheten til å stille spørsmål. Ofte dukker det opp viktige spørsmål etter samtalen med legen. De kan dreie seg om hva den nye sykdommen betyr for pasienten direkte, men også for den pårørende. Mange ønsker og trenger noen å snakke med om sine tanker og bekymringer. Forsikre deg om at det er lagt frem brosjyrer og informasjon om hvilken støtte de pårørende kan få, for eksempel fra Nasjonalforeningen for folkehelsen.





## Kognitiv svikt

En demensdiagnose kan ikke stilles på akuttmottaket. Det er nødvendig med en demensutredning som omfatter en rekke prøver og undersøkelser, og som ofte tar flere uker. Derimot kan man stille diagnosen kognitiv svikt, en diagnose som deretter kan følge pasienten på veien til undersøkelser og innleggelse samt utskrivning fra avdelingen.

Delirium kan ha ulike årsaker, for eksempel depresjon eller infeksjon. Personer med demens kan også få forvirringstilstander. Dette kan bli oversett fordi forvirringen forveksles med symptomer på demens.

Hvis det er en pårørende til stede, kan du spørre: «Pleier moren din å være slik?» Hvis svaret er nei, dreier det seg sannsynligvis om et akutt delirium som krever oppfølging fra en lege.

## Identifiser skrøpelige pasienter ved innleggelse

Ved sykehusinnleggelse trenger dere raskt å identifisere hvilke eldre pasienter som trenger spesiell omsorg fordi de er fysisk eller mentalt skrøpelige. Umiddelbart etter ankomst på akuttmottaket kan dere gjøre en kartlegging ved hjelp av fem spørsmål. Det gjøres unntak for de som åpenbart er akutt syke.

Målet med rask avklaring av disse spørsmålene er å gi bedre omsorg både på akuttmottaket og avdelingen. Pasientene skal også følges opp ved utskrivning.

### Spørsmålene skal avdekke om

- utholdenheten og allmentilstanden er redusert
- generell tretthet har forekommet den siste tiden
- pasienten ofte faller eller tror han eller hun skal falle
- pasienten trenger hjelp til å gå på butikken og gjøre innkjøp
- pasienten har vært på akuttmottaket minst tre ganger det siste året

Hvis svaret er ja på minst to av spørsmålene, eller hvis pasienten ikke klarer å svare på spørsmålene, blir vedkommende ansett som skrøpelig. Da kan en geriatrisk sykepleier gjøre en geriatrisk vurdering. Vurderingen gjøres på akuttmottaket. Deretter går dere mer detaljert gjennom blant annet pasientens bakgrunn og symptomer, og finner ut om vedkommende har hjemmehjelp eller hjemmesykepleie.

*Kognitiv svikt er nok til at man skal vite at dette er en person som trenger en spesiell tilnærming og omsorg. Deretter må man finne ut om tilstanden er ny. Foreligger det en underliggende demenssykdom?*

Wilhelmina Hoffman, geriatr og leder for Svenskt Demenscentrum

Når akuttmottaket identifiserer skrøpelige pasienter, kan de komme raskere til en passende avdeling. Hvis det ikke er nødvendig å legge inn pasienten, må det være kommunikasjonsveier til kommunehelsetjenesten, slik at disse får vite hva som har skjedd på sykehuset.

## Flere årsaker til delirium

En person som kommer inn i akuttmottaket og er forvirret, må undersøkes raskt. Først må dere finne ut om det er tegn til traumatisk hodeskade eller hjerneslag. Når dette kan utelukkes, går dere videre for å finne den bakenforliggende årsaken. Delirium skal tas svært alvorlig. Det er vanligvis en midlertidig, men alvorlig tilstand, og ubehandlede tilfeller kan medføre døden. Forskning viser at på akuttmottak er nesten 40 prosent av pasientene over 75 år i en forvirringstilstand (delirium). Som nevnt tidligere kan delirium tolkes som et symptom på demens. Husk at få mennesker kommer til akuttmottaket bare på grunn av demenssykdommen sin.

Nylig oppstått forvirring, angst, uro, aggressivitet eller hallusinasjoner er vanlige symptomer på annen sykdom eller infeksjon, noen ganger av alvorlig karakter.

Personer med demens rammes lettere enn andre av delirium når kroppen belastes med en infeksjon eller annen fysisk skade. Kanskje dere finner en urinveisinfeksjon eller en blodpropp i benet, og nøyer dere med det. Men hvis forvirringstilstanden ikke går over, må dere lete videre.

Noen ganger tar det tid før hjernen henter seg inn igjen. Av og til forsvinner ikke forvirringen før flere dager etter at behandlingen begynte.

## Mulige årsaker til delirium:

- infeksjon
- hjerneinfarkt
- hjerteinfarkt
- svingninger i blodsukker
- blodpropp
- elektrolyttforstyrrelser
- legemiddelbivirkninger
- brudd
- gallesten
- blindtarmbetennelse
- divertikulitt
- magesår
- tannpine

## Rask utredning nødvendig

Akutt oppstått delirium krever alltid en rask og bred utredning. Spør gjerne pårørende eller om mulig, helse- og omsorgspersonell i kommunen som kjenner pasienten om pasienten tidligere har reagert på liknende måte.

En annen faktor å ta hensyn til er om den eldre pasienten bruker legemidler, for eksempel smertestillende midler, som kan påvirke symptomene.

Et mye benyttet kartleggingsverktøy for å identifisere en sannsynlig forvirringstilstand er 4AT. Skjemaet er å finne på [www.aldringoghelse.no/skalaer-og-tester](http://www.aldringoghelse.no/skalaer-og-tester)

## Tolk tegn på smerte

For pasienter som er forvirret eller befinner seg i en moderat eller alvorlig fase av demens, er det vanskelig – ofte umulig – å forklare om de har smerter, og i så fall hvor det gjør vondt. Derfor må helsepersonell rundt dem tolke pasientens signaler. Smerte kan uttrykkes som uro, aggressivitet, opphisselse og roping, men en pasient som er passiv, kan også ha smerter. Kjernejournalen er en god hjelp. «Pårørende kan fortelle om tidligere problemer eller sykdommer. Det samme kan personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Be dem om hjelp til å tolke symptomene», sier geriater Wilhelmina Hoffman.

På nettsiden [www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no) under Skalaer og tester finner du smerteskalaen Mobid-2, som kan brukes til å vurdere smerter hos personer med demens.

## Husk på dette:

- Prøv å finne ut når pasientens symptomer oppsto.
- Hva kan ha vært den utløsende faktoren?
- Eliminer forstoppelse, urinveisinfeksjon og tannpine eller andre munnrelaterte problemer.
- Sammentrekninger, stivhet eller rykninger i muskler kan tyde på smerter.

## Alternativer til akuttmottaket

Enkelte steder har de, i stedet for å prøve å tilpasse akuttmottaket til skrøpelige eldre pasienter, laget rutiner for direkte overføring fra akuttmottaket til geriatri eller sykehusavdelinger. Enkelte sykehus har også direkte innleggelse, det vil si pasienter som ikke går via akuttmottaket, men kommer rett til den aktuelle avdelingen.



# Finn nøkkelen til pasienten

Hvordan kan vi tilnærme oss og utrede pasienter med forvirringstilstand på akuttmottaket? På Danderyds sjukhus i Sverige har de satset på å lære mer om og tilrettelegge bedre for disse pasientene. Resultatet er roligere pasienter, tryggere pårørende og mer motivert personell.

Figurativ kunst pryder korridorveggene, og røde rekkverk gjør det lettere å orientere seg. Tapet med avslappende bjørkemotiver kamuflerer skap, og et stort sikringsskap er skjult bak et bokhylletapet. Røde toalettlokk og andre røde detaljer gjør det lettere å finne frem på toalettene. Et dobbeltrom er spesielt innredet med tanke på pasienter med delirium eller kognitiv svikt.

Vi er på avdeling 76, en indremedisinsk avdeling hvor pasientene som regel er eldre. Mange er multisyke og har kognitiv svikt. De har for eksempel infeksjoner, kols eller lungebetennelse, sykdommer som innebærer at mange rammes av delirium. Det gjelder både pasienter med demens og pasienter uten tidligere kognitiv svikt.

Noen av dem vil rømme, tror de er i fare, eller har andre vrangforestillinger. Det er vanlig at pasienter med delirium blir dårligere om natten og blir gitt beroligende midler da.

«Den som tror at han sitter i en båt og holder på å drukne, blir kanskje ikke hjulpet av legemidler. I stedet kan du prøve å ta vedkommende med til den andre siden av korridoren og si: 'Nå er vi på land.'» Dette sier Johan Ejerhed, som er medisinsk ansvarlig lege på avdelingen.

Det fungerer heller ikke å si til den som vandrer rundt, at han er på sykehus og skal legge seg i sengen sin, og det hjelper absolutt ikke å gjenta beskjeden med stadig høyere stemme. Pasienten blir ofte enda mer forvirret i det fremmede sykehusmiljøet. Det er også vanlig å utvikle forvirring i løpet av tiden på sykehuset. Flytting mellom avdelinger er én faktor som kan forverre tilstanden.

Avdeling 76 fikk midler til å forbedre både arbeidsmiljøet og tilnærmingen til denne pasientgruppen. Alt personell har fått opplæring i demens. Veiledere og arbeidsledere har fått spesialopplæring. Veilederne – to helsefagarbeidere og én sykepleier – skal lede refleksjonsstunder på avdelingen samt veilede og støtte andre avdelinger.

«De ansatte her setter seg virkelig inn i pasientens verden. Det handler om å unngå å motsi og irettesette. Hvis situasjonen ser ut til å kunne medføre utagering, trekker man seg litt tilbake.

Kanskje man kan komme tilbake noen minutter senere og begynne på nytt. Kanskje du kan avlede ved å sitte nær pasienten, høre på musikk eller synge», sier Charlotte Julius, som inntil nylig var oversykepleier på avdelingen. «Det handler om å få en annen forståelse av pasientene, om å avlede pasienter som for eksempel vil bort herfra, og prøve å leve seg inn i hvordan de oppfatter situasjonen», sier hun. I gjennomsnitt oppholder pasientene seg fire dager på avdelingen. Det betyr at personellet har veldig kort tid til å bli kjent med dem. Derfor er det viktig å finne en «nøkkel» til pasienten. Her kan pårørende være til stor hjelp.

Pasienter og pårørende er veldig fornøyde, spesielt med deltakelse og trygghet. Liggetiden er kortere sammenliknet med andre medisinske avdelinger, og det er færre konsultasjoner med psykiatrien. «Gjeninnleggelsesfrekvensen er lavere, vi ser også på hva som trengs etter utskrivning», sier Johan Ejerhed. Han opplever en stor interesse på hele sykehuset og også fra andre sykehus. Ejerhed er ofte ute og holder foredrag.

Avdeling 76 er Sveriges første sertifiserte demensvennlige sykehusavdeling.





## Kapittel 2

# Avdelingen

### Identifiser kognitiv svikt tidlig

Pasienter med kognitiv svikt bør gis høy prioritet, og de bør slippe å vente på prøver og undersøkelser. Det kan være lettere sagt enn gjort, for det er mange andre pasienter som også trenger hjelp raskt, men under planleggingen bør dere huske at denne pasientgruppen har spesielle behov.

Det er også viktig at de blir lagt inn direkte på riktig avdeling. Den som står for transporten, må være klar over at

pasienten har kognitiv svikt. Hvis det dreier seg om en sengetransport, er det en fordel om en person kan gå ved siden av sengen.

Allerede ved innskrivning på avdelingen bør man finne ut om pasienten viser tegn på kognitiv svikt, og dette må journalføres. Vær også klar over at selv en pasient som ikke gjør så mye ut av seg, kan være forvirret.

Les mer om delirium på [www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no).

Pasienter som har kognitiv svikt, skal helst forholde seg til så få mennesker som mulig. Det betyr at det er mindre hensiktsmessig at en hel gruppe deltar på en legevisittrunde. Det kan være nok med én eller to personer. På Sahlgrenska sjukhuset i Gøteborg er det en akuttgeriatriisk avdeling. Mange av de eldre pasientene blir innlagt her. De kan for eksempel ha hjertesvikt, pustevansker eller forskjellige typer infeksjoner. Noen av dem har også demens. Her legger de vekt på kontinuitet i personellet som pasientene møter. Varigheten på innleggelsene er imidlertid ofte kort, slik at de uansett møter mange forskjellige mennesker.

Geriatr Lena Holmquist Henrikson sier at en «vanlig» legevisittrunde ikke er nok når man har med en person med demens eller forvirring å gjøre. «Man må prøve å komme tilbake igjen. Ellers risikerer man å bli 'lurt', siden mange kan skjærpe seg og opprettholde fasaden en stund. Da kan vi feilvurdere og ikke få med oss at det kan være snakk om en demenssykdom», sier hun. «Jeg er også klar på å undersøke hvor orienterte de er. Jeg spør dem om hvilken dag det er, og hvor de befinner seg.»

## Tilrettelegging av sykehusmiljøet

For mange med kognitiv svikt passer det bra å bo på et tomannsrom. Det å dele rom med en annen person kan oppleves tryggere og dempe eventuell angst. Da blir det også lettere å følge en normal døgnrytme.

Kontakt med omverdenen gir en styrket forankring i virkeligheten. Det er ikke gunstig å ligge på firemannsrom der det ofte er mer støy. Det kan også være pasienter som trenger enkeltrom, så dette må vurderes fra person til person. Hvis en pårørende kan være med, kan det skape trygghet.

En klokke på rommet, helst en som viser om det er natt eller dag, og et rødt hjerte på toalettdøren som gjør det lettere å finne frem, er eksempler på enkle tiltak for å forbedre miljøet. En god måte å analysere miljøet på kan være å fotografere det og diskutere bildene med tanke på hemmende faktorer.

Sysselsetting og struktur på dagen er bra for pasienter med kognitiv svikt. Å ligge alene på rommet kan øke risikoen for at pasienten blir mer urolig og forvirret. Det kan føre til at pasienten får forskrevet en sovepille eller et beroligende middel, noe som igjen kan øke forvirringen og til og med forårsake fallulykker.

## Måltider skaper struktur

Måltider er en måte å organisere dagen på. Noen pasienter trenger å spise på rommet sitt, men det å være alene under måltidene kan medføre særlige problemer for personer med demens. De kan ha glemt hva de gjør når de spiser, for eksempel hvordan de bruker bestikket, og hvis de er alene under måltidet, har de ingen til å veilede seg.

Dekk gjerne bordet med kontrastfarger. Personer med demens kan ha vanskelig for å se lys mat på en lys tallerken og vann i et gjennomsiktig glass.

I de senere fasene av sykdommen kan det også være vanskelig å tolke signaler som sult og tørst. Pasienten kan også få problemer med å gjenkjenne glass, bestikk og andre gjenstander. Vedkommende ser på tallerkenen sin, men forstår ikke at det er mat som ligger der.

Neglekt, som er vanlig etter hjerneslag, kan også forekomme ved demens. Da har pasienten problemer med å føle den ene siden av kroppen og ser kanskje bare halve tallerkenen. Ved alvorlig demens har pasienten ikke sjelden problemer med å tygge og svelge.

## Tips for måltider:

- Rødt er en farge som ofte vekker interesse for maten.
- Unngå mønstrede duker, spiseunderlag og tallerkener.
- Fjern alt som ikke er nødvendig der og da, det kan bare forvirre.
- Unngå spørsmål med flere valg, som: «Vil du ha melk eller vann?»
- Server én rett om gangen, og fortell hva slags mat det er.





# Ta på deg demensbrillene

På sykehuset i Trelleborg har de ansatte øvd seg på å se med «demensbriller». Gjennom et samarbeidsprosjekt mellom sykehuset og kommunen har de fått økt kunnskap om demenssykdom.

Ved å fotografere omgivelsene på avdelingene ble det lettere for personellet å forestille seg hvordan pasienter med kognitive vansker kan oppfatte miljøet.

«Når vi ser på bilder av korridorene våre, ser vi at gulvene er mørke bortsett fra langs sidene, og at de noen ganger glinsker som om de var såpeglatte», sier sykepleieren Kristina Edvardsson, som ledet prosjektet. «Hvis vi forstår at pasientene kan oppfatte det mørke som en av grunn, kan vi prøve å avlede, snakke med dem og se dem i øynene mens vi går.»

Sykehusmiljøet er hektisk og kan oppleves uegnet for pasienter med demens, og noe av dette er vanskelig å forandre. Det kan være høyt tempo og fullt av vogner i korridorene, noe som skaper uro hos mange pasienter.

Når alt er hvitt på badet, kan det hende at pasienten ikke ser toalettet. Nå er døren markert med et stort rødt hjerte, og rød tekstilteip viser håndtak og toalett. Nede i toalettskålen viser blå neglelakk hvor mennene skal rette strålen.

«Vi skriver Agda på et rødt eller grønt ark og fester det på døren, slik at hun finner rommet sitt.

En pasient som ikke kjente igjen navnet sitt, visste imidlertid adressen sin, og da skrev vi den på døren», forteller ergoterapeuten Karin Norlin.

Bilder av ting er en god hjelp for pasienter som har vanskelig for å uttrykke seg med ord. Det kan være bilder som viser at man er trist, tørst eller har smerter, men også bilder av mat og drikke.

«På min avdeling er det flere pasienter som har hjertemonitor. De både ses og høres, og det kan vekke uro», sier sykepleier Marie Toring. «Vi prøver å unngå å legge pasienter med demens i nærheten av slike apparater og for eksempel skyllerommet, der det er mye aktivitet.»

Alle avdelinger har fått en pose med ting som kan brukes til å roe ned og sysselsette pasienter med kognitiv svikt. Posen inneholder blant annet bøker med bilder, penn og papir samt en kosehund med varmepute i magen. Hunden blir noen ganger så populær at den følger med pasienten hjem.

Siv Nordström, som er helsefagarbeider og demensombud, har sydd et såkalt plukkeforkle som er nyttig for pasienter som er urolige og liker å fikle med ting. «De kan ha det på seg eller legge det foran seg», sier hun. «De kan trekke ned glidelåsen, plukke opp perlene og fikle med slipset, muffen av fuskepels eller halskjedet.

Mange av tingene hjelper oss med å få i gang en samtale.»

Det handler ofte om å avlede de som har angst og kanskje vil bort fra sykehuset.

«Vi kommer langt med å spørre dem hva de har jobbet med», sier Toring. «En kvinne som rev i stykker papirlapper, hadde jobbet i bank. Hun fikk penn og papir. Det er viktig å prøve seg frem til noe som fungerer.»

Mange pasienter har problemer med å sove og blir urolige av å våkne opp i et nytt miljø. I stedet for å gi sovemedisiner kan du tilby varm melk med honning. Når pasientene er sysselsatt og ikke slumrer hele dagen, sover de bedre om natten.

Alt personell på sykehuset skal prøve å tenke over hvordan de snakker med pasienter med kognitiv svikt. Det handler om å bruke kroppsspråk – ikke bare snakke, og om å bruke korte setninger. Det er også viktig ikke å gi for mye informasjon på én gang.

Den som spiser dårlig, kan få desserten først, eller kanskje bli med til matvognen og peke på det han eller hun har mest lyst på – bare kjøttboller er helt OK. Pårørende oppfordres til å komme når det er tid for måltider eller kaffe, for pasientene spiser vanligvis bedre i deres selskap.



## Kunsten å kommunisere

Helsepersonell er som regel generelt flinke til å informere pasienter detaljert om hva som skal skje under sykehusoppholdet. For pasienter med kognitiv svikt kan det være krevende å forstå og forholde seg til detaljert informasjon i en slik situasjon. Hvis pasienten i tillegg ikke snakker norsk, innebærer dette en særlig utfordring for personellet.

Prøv å finne ut mest mulig om pasienten. Hos de som kommer fra en omsorgsbolig eller sykehjem, følger det vanligvis med navn og telefonnummer til relevante kontaktpersoner.



Noen ganger kan de ha med seg en legemiddelliste eller journal. For deg som jobber på en sykehusavdeling, er det imidlertid også andre ting som er viktige å vite. Hva gjør pasienten sint? Hvordan roer jeg ned vedkommende? Spør pårørende eller personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Bor pasienten i en omsorgsbolig eller et sykehjem, kan disse kontaktes for informasjon.

Det finnes ingen nøyaktig oppskrift på hvordan man skal tilnærme seg personer med demens. Det varierer avhengig av person og situasjon, men alle bør behandles med respekt. Husk også å lytte til de pårørende og deres behov.

## Styrk selvfølelsen

I all demensomsorg er det et mål å styrke personens selvfølelse og ta vare på det friske i pasienten. Dette gjelder også i løpet av sykehusoppholdet. Som helsepersonell kan du prøve å leve deg inn i hvordan en som har demens og dårlig hukommelse, opplever virkeligheten. Den som blir godt behandlet, blir ofte roligere. Derfor må du prøve å unngå å vise at du er stresset – personer med demens er ekstra følsomme overfor det. Det handler om å jobbe på en personsentrert måte (se side 16).

Det er viktig å formidle at du jobber for, ikke mot personen. Når vedkommende føler at dere er et team som hjelper hverandre, kan du ofte løse selv vanskelige situasjoner. Syke skal ikke føle seg mindreverdige hvis de for eksempel ikke klarer å ta på seg sokkene. Oppmuntre ved å si: «Så vanskelige de sokkene var, da, kan jeg hjelpe deg?»

Når du gir informasjon til en person med demens, skal den være enkel, tydelig og så kortfattet som mulig. Ikke prøv å si for mye i samme setning, for eksempel: «Skal jeg lage en brøds\_kive til deg, hvis du er sulten?» Spør heller: «Er du sulten?» Vent på svar og si: «Vil du ha en brøds\_kive?» Et annet råd er å snakke så konkret som mulig og unngå abstrakte eller symbolske uttrykk. Ikke spør: «Er du forsynt?» hvis du egentlig mener: «Vil du ha mer mat?» Uttrykk som «opp og hopp» eller «det går som en lek» kan tolkes bokstavelig.

Ved demens svekkes gradvis evnen til å forstå hva ord betyr, og hva ting heter. I mange tilfeller fungerer derfor kommunikasjonen bedre om du understreker det du sier med gester og annet kroppsspråk. Samtidig må du huske at du snakker med en voksen som skal behandles med respekt.

## Kroppsspråket er viktig

Det er mange eksempler på at personer med demens er følsomme for hvordan andre har det og føler seg. Hvis du er stresset, legger de ofte merke til det øyeblikkelig. Det vises i måten du sitter og står på, og de merker det mer på ansiktsuttrykket enn på det du sier.

Nærm deg alltid en pasient med demens forfra – legg aldri en hånd på skulderen bakfra. Forsikre deg om at du har øyekontakt, og prøv å være i samme høyde som pasienten.

## Husk på dette:

- Still bare ett spørsmål om gangen. Unngå spørsmålet: «Husker du?»
- Avslutt setninger, og gi tid til å svare. Unngå å bytte samtaleemne for raskt.
- Bekreft følelser. Ikke motsi pasienter som for eksempel sier at noen har stjålet klokken deres. Spør i stedet: «Er det en fin klokke?» Prøv å avlede.
- Unngå å påpeke mangler og irttesette, det kan oppleves som støtende.
- Hvert møte er et nytt møte.
- Fortell alltid hvem du er. Si personens navn ofte, bekreft vedkommende.
- Du snakker med en voksen, selv om språket må forenkles.

Sett deg på huk hvis vedkommende ligger i sengen. Si alltid hvem du er, og hva du skal gjøre. Smil og myk berøring kan skape trygghet.

Husk også at personer med demens ofte er følsomme for sanseintrykk, for eksempel bakgrunnsmusikk, lyden fra en TV eller mange som snakker samtidig.

Alle som pleier personer med demens eller akutt forvirring, må være forberedt på å gjøre ting i en annen rekkefølge. La oss si at maten kommer til avdelingen samtidig som en pasient ønsker oppmerksomhet. Hvis du lar pasienten vente mens du deler ut maten, kan vedkommende bli mye mer urolig. Det kan også smitte over på andre pasienter. Derfor er det bedre å håndtere pasientens uro før du serverer maten.

«Uansett hvor stresset vi er, må vi prøve å gi disse pasientene litt bedre tid og la dem gjøre ting i sitt eget tempo.

Det er viktig ikke å kjøre over dem. Hvis jeg setter meg ned en liten stund, tar Hans kanskje tablettene sine selv», sier Annika Jogbäck, helsesøster ved Sahlgrenska sjukhuset. Jogbäck forteller om en pasient som hun visste hadde demens, og som var veldig urolig om kvelden. «Det var en rolig kveld på avdelingen. Jeg slo på nattlampen hans og satt hos ham i ti minutter, så sovnet han uten sovepille.»

## Personlig hygiene er et følsomt tema

Du trenger både fintfølelse og empati for å hjelpe til med personlig hygiene. Det er vanlig at personer med demens ikke forstår at de trenger hjelp.

La oss si at Grete nekter å dusje, selv om det har gått flere uker siden forrige gang.

## Husk på dette:

- Prøv å tolke personens kroppsspråk – understrek ditt eget ved å peke og vise.
- Forestill deg at hvert spørsmål er nytt, selv om det er tiende gang pasienten spør.
- Hvis pasienten er på vei ut av sengen, spør om han eller hun er tissetrengt, og prøv å følge vedkommende på toalettet.
- Hvis en pasient vandrer mye rundt, bør du tenke over hvem det kan være forstyrrende for.
- Hvis pasienten vil pakke sakene sine og dra hjem, bekrefter du følelsen og prøver å avlede: «Kanskje du vil ha en brødskiye først?»
- Gjør ting i en annen rekkefølge.

Motviljen kan skyldes at Grete faktisk tror hun allerede har dusjet, at hun synes det er kaldt og ubehagelig på badet, eller at dusjstrålen er for hard. Det er mulig Grete synes det er ubehagelig med mannlig personell, eller kanskje hun ikke vil vise seg naken for en ukjent. En annen mulig forklaring er at hun ikke forstår hva en dusj betyr, og at hun derfor svarer nei for sikkerhets skyld.

Hvis det er tilfellet, er det neppe særlig lurt å spørre om hun vil dusje. Svaret hennes blir nesten garantert nei. Generelt trenger du ikke stille så mange spørsmål. Som alltid handler det også om at personen skal stole på deg og forstå hva du mener.

Siden eldre mister underhudsfett, har de lettere for å fryse. Derfor bør du la varmtvannet renne en stund før personen

begynner å kle av seg, slik at badet får en behagelig temperatur. Legg gjerne frem såpe og håndkle på forhånd.

Med eldre kvinner fungerer det ofte bedre hvis du begynner med å spørre om de vil bli fine på håret. Et annet knep er å synge, helst en sang du tror at den du hjelper, vil kjenne igjen. Plutselig kan personen slappe av og begynne å synge. Da blir dusjen både enklere og mer lystbetont.

Noen klarer å dusje selv med litt hjelp. Pass på ikke å ta over for mye. Gi bare nødvendig hjelp, slik at personen fremdeles har opplevelsen av å håndtere dusjingen selv. Husk at hvis det er umulig å dusje en dag, er det bare å prøve igjen dagen etter. En annen løsning kan være å bruke vaskekluter.



# Noen vanlige situasjoner og eksempler på tiltak

**Line vil ikke gå inn på badet.**

Prøv dette: Heng et håndkle over speilet. Kanskje hun ikke kjenner igjen speilbildet sitt, men tror det er en fremmed i rommet. Forsikre deg om at det ikke ligger en mørk matte på badegulvet, den kan oppfattes som et hull eller en grøft.

**Erik finner verken toalettet eller såpen.**

Prøv dette: Merk toalettdøren, for eksempel med et rødt hjerte. Forsikre deg om at lyset er tent om natten, og at døren står på gløtt. Kontrastfarger som rødt og blått fungerer bra på toalettlokk og såpekopp. Mal en prikk – for eksempel med neglelakk nede i klosettet. Det fungerer bra for menn som ofte tisser utenfor.

**Hanna vil ikke dusje.**

Prøv dette: Forsikre deg om at det er varmt på badet. Hvis hun venter besøk, kan du si: «Nå skal vi gjøre deg fin på håret». Ordet «bade» fungerer ofte bedre enn «dusje», selv om det i praksis blir en dusj. La gjerne undertøyet være på i dusjen, det kan byttes senere. La personen holde i dusjslangen, selv om du blir våt selv. Unngå å kle av alle klærne på en gang, så det ikke føles så kaldt. Bruk eventuelt vaskekluter i stedet for å dusje.

**John blir sint når han skal bytte inkontinensbeskyttelse.**

Prøv dette: Kom tilbake litt senere, eller be noen andre prøve. Tenk over hvordan du står eller oppfører deg, kanskje Erik oppfatter situasjonen som et overgrep.

## Munnhelsen blir ofte forsømt

Det å ta vare på det friske går som en rød tråd gjennom omsorgen for og pleien av personer med demens. Dette gjelder også tenner og munn. Munnhelsen blir imidlertid ofte forsømt, særlig hos de som fremdeles bor hjemme og ikke følges opp av helse- og omsorgspersonell.

Den som nekter å spise, kan ha tannverk eller betennelse i munnen. Aggressivitet og angst kan skyldes smerter i munnen. Også feber kan skyldes tanninfeksjon.

Det er viktig å finne ut hvordan pasientenes munnhelse er, og om de har egne tenner eller proteser. Tidligere, da mange hadde gebiss, var det enklere med tannpussen. I dag har mange implantater som krever grundig stell.

Pasienter med demens kan trenge hjelp med tannpussen. Hvis de ikke husker hvordan man pusser tennene, kan det være nok med litt starthjelp.

## Her er noen tips som kan gjøre tannpussen lettere:

- Bruk den typen tannbørste som personen er vant til. Legg den i hånden på pasienten og prøv å få i gang pussingen.
- Demonstrer gjerne ved å pusse dine egne tenner.
- Kanskje du kan syng «Bedre og bedre dag for dag» eller en annen sang som pasienten kjenner igjen. Blås i om det virker litt dumt; hvis det fungerer, er det bra!
- Prøv å stryke litt over kinnet, det kan stimulere refleksen til å åpne munnen.
- Et alternativ til tannbørster er pinner med skumgummi, som du kan prøve å fjerne matrester med.





## Særlig utfordrende atferd

Ni av ti personer med demens får nevropsykiatriske symptomer i løpet av sykdomsforløpet. Eksempler på slike symptomer er vandring, plukking, roping, angst, uro, vrangforestillinger, mistenksomhet, aggressivitet samt syns- og hørselshallusinasjoner.

I et fremmed sykehusmiljø øker risikoen for nevropsykiatriske symptomer. Pasienten kan for eksempel bli aggressiv eller engstelig på grunn av frykt og usikkerhet. Dette kan i sin tur føre til uro hos andre pasienter og deres pårørende, og de ansatte kan bli stresset. Det er alltid viktig å se etter årsaker til nevropsykiatriske symptomer, og om mulig forebygge det som utløser symptomene.

Vandring er en vanlig atferd ved demens. Det trenger ikke å være noe problem hvis du kan sørge for at pasienten ikke skader seg, får nok næring og ikke forstyrrer andre. Faren er at pasienten forlater avdelingen og går seg vill. Det kan kanskje virke som en god idé å gi pasienten et rom ved ekspedisjonen eller et annet sted der personalet har tilsyn. Dette bør dere imidlertid unngå, siden dette ofte er et hektisk miljø der mange forskjellige mennesker kommer og går.

Å plukke på ting er også vanlig atferd hos personer med demens. Skaff gjerne en kasse med ting eller et såkalt plukkeforkle til avdelingen. Unngå å la skarpe og andre helsefarlige gjenstander ligge fremme. Det er ikke sikkert at pasienten kjenner igjen gjenstandene, for eksempel kan håndsprit forveksles med saft.

## Aggressivitet kan skyldes frykt

Aggressivitet bunner ofte i frykt. Pasienten kan ha smerter uten å forstå hvorfor. Miljøet kan oppleves fremmed og vanskelig å forstå. Ved demens er korttidshukommelsen vanligvis veldig svekket. Så snart du går ut døren, kan pasienten glemme at du har vært der, og bli redd hvis du plutselig kommer inn igjen.

«Hvis jeg forstår at pasienten er redd, slipper jeg å være redd for vedkommende. I en slik situasjon handler det om å være rolig og tilstedeværende og ha en trygg øyekontakt. Det er viktig at jeg ikke bryter pasientens komfortsone før jeg merker at vedkommende oppfatter meg som vennligsinnet», sier Margareta Skog, som er fagutviklings- sykepleier. Skog påpeker at pasienter med demens som er helt stille og innadvendte, kan trenge like mye oppmerksomhet og hjelp som de som for eksempel roper om og om igjen.



«En pasient med demens som er apatisk, er jo ikke noe problem for personellet. Pasienten kan imidlertid ha smerter og lide. Det er viktig å ha god kommunikasjon med de pårørende for å forstå om dette er et nytt symptom. I så fall bør alarmklokkene ringe.»

Det er ofte vanskelig å finne en forklaring og gode tiltak når en pasient roper. En løsning kan være å la pasienten ligge på et eget rom. Da må du huske å vise at du hører og ser pasienten. I tillegg er det fint hvis du har mulighet til å sitte sammen med vedkommende en stund. Musikk og kosedyr kan hjelpe.

## Tverrfaglig teamarbeid anbefales

Eldre pasienter med demens eller annen kognitiv svikt kan med fordel tas hånd om av et tverrfaglig team på sykehuset. Jo større kompetanse på demens og aldersrelaterte sykdommer, desto bedre. Teamet må minst inkludere lege og sykepleier. Det kan også ha med ergoterapeut og fysioterapeut med kunnskap for eksempel om hvordan fallulykker kan forebygges. En ernæringsfysiolog kan også sammen med legen gå gjennom hvilke legemidler som for eksempel kan reduserer appetitten.

Det er også viktig at eldre pasienter med demens får tilgang til rehabilitering, og ikke rutinemessig anses som «ikke rehabiliterbare». Flere studier har vist at høyintensiv fysisk trening har god effekt på pasienter med demens.

## Slik oppdager du kognitiv svikt

På somatiske sykehus er det somatiske sykdommer som vanligvis står i fokus. Dette er sannsynligvis en viktig forklaring på hvorfor mange eldre pasienter, for eksempel på medisinske og ortopediske avdelinger, har kognitiv svikt som ikke er påvist eller utredet. Det er viktig å oppdage kognitiv svikt så tidlig som mulig hos eldre som legges inn på sykehus. En smart rutine er å be alle pasienter som er 65 år eller eldre, svare på spørsmålet: «Hvilket år og hvilken måned er det?» Denne metoden er prøvd ut ved flere sykehus.

Hvis svaret er feil, og pasienten tilsynelatende har problemer med tidsorienteringen, må vi prøve å finne ut om problemet har opptrådt tidligere. Spør gjerne de pårørende hvis dette kan gjøres innenfor taushetspliktens regler. Hvis problemet har opptrådt tidligere, kan det være snakk om en kognitiv sykdom, som Alzheimers sykdom eller en annen demenssykdom.

Hvis pasienten ikke har hatt slike problemer tidligere, dreier det seg sannsynligvis om delirium, en midlertidig forvirring. Da prøver dere å finne årsakene. For eksempel kan ergoterapeutene på de medisinske avdelingene utføre ADL-vurderinger og kognitive tester. Når det er tid for utskrivning og planlegging av videre oppfølging av pasienten i kommunen, bør de kognitive problemene stå i fokus. Mistanke om kognitiv svikt skal føres i journalen.

## Fakta om demens

Demens er et samlebegrep for en rekke symptomer som skyldes sykdom eller skade på nervecellene i hjernen.

Nesten hundre forskjellige skader og sykdommer kan forårsake demens. De vanligste typene er Alzheimers sykdom og vaskulær demens. Andre eksempler er demens med lewylegemer og frontotemporal demens.

Demens fører til svekkelse av kognitive funksjoner som hukommelse, taleevne og tenkeevne. Dette skjer vanligvis langsomt og snikende. Symptomene kan variere, men de må ha blitt observert i minst seks måneder for at vi skal kunne stille en demensdiagnose.

I Norge har over 80 000 mennesker demens.

Folk flest forbinder demenssykdom med alderdom, men demens forekommer også blant dem som er yngre enn 65 år. I Norge har over 2000 personer under 65 år en demensdiagnose. Fra andre undersøkelser vet vi at det ofte kan ta lang tid, to–tre år, fra første kontakt med helsevesenet til endelig diagnose er avklart. Det reelle antallet personer under 65 år med demens, kan derfor være noe høyere.

Det er flere som i dag lever med udiagnostisert demens.





## Kapittel 3

# Poliklinikken

### Ikke gi for mye informasjon

Når en person med kjent kognitiv svikt eller demens skal innkalles til poliklinikken, bør de oppfordres til å ta med en pårørende til timen.

Under legetimen må dere tilpasse informasjonen til den enkeltes forutsetninger. Det kan være lurt å skrive ned det dere blir enige om, slik at pasienten får med seg skriftlig informasjon hjem. Husk at personer med demens ofte kan skjerpe seg i korte perioder.

Pasienten kan vise en fasade under legebesøket, og på denne måten skjule at nesten ingenting fungerer hjemme. En annen mulighet er at når pasienten svarer, befinner vedkommende seg mentalt i en tid hvor alt virkelig fungerte. Derfor skal du aldri si deg fornøyd med et svar som: «Nei, jeg har ingen problemer.»

«Det er viktig å vite at ingen personer med demens fører andre bak lyset med vilje», sier geriater Wilhelmina Hoffman.



## Husk på dette:

- Snakk direkte til pasienten.
- Husk at det er en voksen du har å gjøre med.
- Prøv å ha en egen samtale med pårørende.
- En person med demens kan ofte skjerpe seg i korte perioder.
- For en person med demens kan hvert besøk oppleves som et første besøk.
- Ikke gi for mye informasjon på én gang. Forsikre deg om at skriftlig informasjon også blir sendt.

Snakk direkte til pasienten under besøket. Det er uetisk å snakke med en pårørende over hodet på pasienten. Derimot kan det være bra og ofte nødvendig å ha en egen samtale på tomannshånd med den pårørende. Demenssykdommen gjør det stadig vanskeligere å tale sin egen sak. Hvis dere skal ta prøver fra Kalle før en operasjon, kan du spørre: «Er det greit at jeg snakker med kona di en stund?» Det er sjelden noen som nekter. Da kan du snakke med den pårørende under fire øyne mens prøvene tas.

## Pårørende kan forklare problemer

Pårørende kan ofte hjelpe til med å forklare problemer: «Ja, dette er akkurat som da han hadde gallestein for ti år siden.» Det kan være verdifull informasjon som reduserer risikoen for å feiltolke symptomer som noen ganger feilaktig tilskrives demenssykdommen (se også side 17).

## Vær også oppmerksom på yngre pasienter

Det kan være vanskelig å oppdage at en pasient er i en tidlig fase av demens, særlig hvis det dreier seg om en forholdsvis ung, middelaldrende person. I slike situasjoner kan det være lett å overse at pasienten har vanskeligheter med for eksempel å ta til seg informasjon. «Pasienten har tross alt ikke noe skilt i pannen der det står 'Alzheimers'. Det handler ofte om personer som bor hjemme og fungerer i samfunnet, selv om de ikke lenger jobber», sier Margareta Skog, som er pleieutviklingskoordinator ved Karolinska Universitetssjukhus.

Det er viktig at personellet får kunnskap og blir bevisste på at demens ikke bare rammer eldre mennesker. Skog forteller om en kvinne som kom til en poliklinikk.

Kvinnen var velkledd og knapt 60 år gammel. Da legen stilte et spørsmål som hun ikke kunne svare på, fortalte hun at hun hadde Alzheimers sykdom. Den unge legen hadde vanskelig for å tro henne, smilte og svarte at moren hans pleide å si det samme.

«Det hender også at personellet sier: 'Jeg har også litt Alzheimer light.' De sier det sikkert av omtanke for pasienten, for at vedkommende ikke skal føle seg flau. For den som faktisk har sykdommen, kan det imidlertid oppleves som en respektløs mangel på medfølelse», sier Skog. Det kan være vanskelig å oppdage kognitiv svikt, selv hos eldre pasienter, men av flere grunner er det viktig at det blir gjort.

## Vanlige tidlige tegn på demens:

- har vanskelig for å huske datoer og klokkeslett
- gjentar seg selv
- kler seg ikke etter forholdene, kan se litt uflidd ut
- har vansker med å finne ord
- har vansker med å finne frem i kjente miljøer
- har vansker med å holde tråden og konsentrere seg over lengre tid

## Vanskelig undersøkelse ved alvorlig demens

Det er særlig utfordrende å undersøke pasienter i en alvorlig fase av demenssykdom. Pasientene forstår ofte ikke hensikten med undersøkelsen. De blir redde og føler seg fornærmet og dårlig behandlet når legen berører dem. Reaksjonen kan være voldsom, noen ganger aggressiv. Forbered gjerne undersøkelsen ved å spørre en pårørende, en helsefagarbeider eller en annen som kjenner pasienten, hvordan man tilnærmer seg pasienten på beste måte.

Unngå å vise stress. Personer med demens er spesielt følsomme for det. Bruk et dempet kroppsspråk. Snakk med rolig stemme og ikke for mye. Sett deg i høyde med pasienten før undersøkelsen. Prøv å skape en relasjon. Pass på at hendene dine er varme.

Husk at pasienten kan ha flere somatiske sykdommer i tillegg til demenssykdommen. Hvis pasienten er aggressiv, spør du noen som kjenner vedkommende om hva som kan fungere beroligende. Husk at pasienten kan ha smerter uten å kunne formidle det. «Hvis det er vanskelig å skape nok ro til å gjøre en grundig legeundersøkelse, kan du prøve å nynne eller synge», sier Wilhelmina Hoffman. «Jeg har gjort dette selv for å skape en mer avslappet stemning, og noen ganger har det fungert.»

Gå gjennom pasientens legemidler og unngå å gi midler som sannsynligvis vil svekke kognisjonen.

## Bra å være to

Unngå å la pasienten være alene mens han eller hun venter på å bli undersøkt. Det er et spørsmål om pasientsikkerhet. Noen sykehus har frivillige som kan hjelpe til i slike situasjoner.

Noen ganger kan det være greit å være to for å ta prøver. Den ene kan gjøre det praktiske arbeidet, mens den andre småprater og prøver å distrahere pasienten. Nynning eller sang er ofte en god måte å roe ned pasienten på.

Fortell hva som skal skje, men ikke si for mye på én gang. Vær forberedt på å gjenta det du sier, flere ganger. Hvis pasienten spør om og om igjen, må du huske at vedkommende kan tro at det er første gang han eller hun stiller spørsmålet.

Hvis pasienten er urolig, spør du hva han eller hun er bekymret for. Det kan godt være noe helt annet enn prøvetakingen eller undersøkelsen. Hvis du må gå ut av rommet for å hente noe, må du huske at pasienten kanskje ikke kjenner deg igjen når du kommer tilbake. Det beste er å sørge for å ha alt på plass på forhånd. Pasientens symptomer kan forverres av lokalenes utforming. Sykehus er sjelden tilpasset pasienter med kognitiv svikt, men med enkle midler kan man faktisk forbedre det fysiske miljøet.



## Pårørende har behov for å bli sett

Urolige pasienter som skal på røntgenundersøkelse, har det ofte bedre i selskap med en pårørende eller personell som de føler seg trygge på. En ektefelle eller sønn kan få et blyforkle og være til stede ved undersøkelsen. Husk at de pårørende ikke er profesjonelle, og at de derfor trenger å bli informert og sett.



## Kapittel 4

# Utskrivning og oppfølging

### Planlagt oppfølging

Det er ikke mulig å stille en demensdiagnose på akuttmottaket. En demensutredning omfatter en rekke tester og undersøkelser og tar ofte flere uker. Under sykehusopphold er det viktig å påvise kognitiv svikt som kan være et tegn på demens, men også andre sykdommer. Pasienter der det er påvist kognitiv svikt, skal ikke skrives ut fra sykehuset uten planlagt oppfølging.

Skal pasienten følges opp videre av kommunen, er det viktig at dere gir den aktuelle enheten i kommunen tilstrekkelig informasjon om observasjoner og behandling som ble gitt under sykehusoppholdet.

Geriatr Wilhelmina Hoffman sier at på noen tyske sykehus får pasienter med kognitiv svikt et blått merke i legejournalen, som deretter følger med til de ulike avdelingene.



Før utskrivning tar de opp spørsmålet om hvorvidt pasienten trenger en utredning for eventuell demens. Hun mener det hadde vært bra med noe liknende også på norske sykehus, forutsatt at pasientens integritet respekteres.

«Man kan for eksempel skrive at pasienten kom til akuttmottaket med forvirring og kognitiv svikt. Ved utskrivning har forvirringen opphørt, men man anser at det er viktig at kommunehelsetjenesten følger opp den kognitive svikten. Foreligger det en begynnende demensutvikling? Omtrent slik kan det stå i den informasjonen som deretter, med pasientens samtykke, blir rapportert videre til kommunehelsetjenesten», sier Hoffman.

## Modell som kommer pasient og sykehus til gode

Skånes universitetssjukhus har prøvd nye metoder for å møte pasienter med kognitiv svikt. En del av dem har handlet om å skape bedre forutsetninger for pleie og støtte etter utskrivning, noe som på sikt også kommer sykehuset til gode gjennom færre gjeninnleggelser. Med utgangspunkt i sykehusets erfaringer kan en modell for utskrivning og oppfølging se slik ut: En kontaktsykepleier ved sykehuset møter pasienter med kognitiv svikt både under sykehusoppholdet og ved utskrivning. Pasientene får med seg en brosjyre med sykepleierens bilde og telefonnummer. I brosjyren oppfordres pasienten til å ringe sykepleieren hvis det oppstår problemer etter utskrivning.

Erfaringen viser at få pasienter faktisk ringer. Derfor tar kontaktsykepleieren uansett kontakt med pasienten etter en uke.

## Eksempler på spørsmål som sykepleieren kan stille:

- Hvordan har du hatt det siden du kom hjem fra sykehuset?
- Har du opplevd noen problemer, og i så fall med hva da?
- Hvordan går det med medisinene?
- Vet du hvem du kan henvende deg til for å få hjelp?

Ut fra svarene kan sykepleieren om nødvendig hjelpe pasienten, for eksempel med kontaktopplysninger til ansvarlig for å iverksette tiltak i kommunen.

## Planlegging av oppfølgingstiltak

Etter endt sykehusopphold sendes det epikrise til innleggende eller henvisende helsepersonell, til det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, og til pasientens fastlege. Unntaket fra dette er tilfeller der pasienten ikke ønsker at slik epikrise skal sendes, og pasienten vurderes som samtykkekompetent til å ta en slik beslutning.

## Kapittel 5

---

# Legemidler

### Spesielt følsomme for legemidler

Forskning viser at pasienter med demens har større risiko enn andre for komplikasjoner under sykehusoppholdet. For eksempel er forvirring vanlig ved infeksjon og etter en operasjon. Det kan også skyldes legemidler eller kombinasjoner av legemidler.

De fleste mennesker med demens er eldre, og som andre eldre har de ofte flere sykdommer som må behandles. Personer som er 80 år eller eldre, tar i gjennomsnitt fem til seks legemidler daglig, noen betydelig flere. Legemiddelbehandlingen vanskeliggjøres av at eldre ofte er mer følsomme for legemidler, samtidig som de individuelle forskjellene kan være store. Bivirkninger av legemidler er i dag en vanlig grunn til at eldre blir innlagt på sykehus.

Aldring påvirker i seg selv kroppens evne til å ta opp og kvitte seg med legemidler. Muskelmassen og andelen vann i kroppen reduseres, mens andelen fett øker.

Fettløselige medisiner, for eksempel sovemidler, kan derfor bli værende lenge i kroppen og påvirke personen selv dagen etter.

Leveren og særlig nyrene svekkes med årene. Det betyr at det ofte tar lengre tid for kroppen å kvitte seg med legemidler. Nyrenes funksjon begynner å avta allerede i 30–40-årsalderen, og ved 80 års alder kan kapasiteten være halvert. Legemidler som skilles ut direkte gjennom nyrene, inkluderer mange hjerte- og karmedisiner, visse antibiotika og en rekke medisiner mot smerte og inflammasjon.

Eldre mennesker er mer følsomme enn yngre for blodtrykkssenkende midler. De kan føre til svimmelhet og øke risikoen for fall. Vær også forsiktig med legemidler som påvirker sentralnervesystemet, delvis fordi hjernen er mer følsom hos eldre mennesker, og delvis fordi legemidlene ofte blir lenger i kroppen.



Alle legemidler som påvirker hjernen, innebærer økt risiko for bivirkninger. Dette omfatter blant annet beroligende midler og sovemidler.

Når det gjelder beroligende midler, bør særlig langtidsvirkende og såkalt antikolinerge midler unngås. Personer med demens er særlig følsomme for slike. Antikolinerge legemidler kan påvirke de kognitive evnene og gjøre personen forvirret.

Det er ikke uvanlig at personer med demens også har depresjon. Den skal i så fall selvfølgelig behandles. Anti-depressiver bør imidlertid brukes med forsiktighet, og behandlingen skal evalueres og følges opp. Dette gjelder for all legemiddelbehandling, som bør være grundig gjennomtenkt for å redusere risikoen for alvorlige bivirkninger.

Smertestillende midler av NSAID-typen, for eksempel Ibuprofen og Voltaren, kan forårsake magesår og blødninger i mageslimhinnen hos eldre. De kan også raskt redusere nyrenes funksjon. Morfinliknende preparater, såkalte opioider, øker risikoen for tretthet, fall og forstoppelse.

*Når det gjelder medisiner, er det nødvendig å utvise spesiell forsiktighet. Man bør være klar over at alle legemidler kan påvirke disse personene ekstra mye.*

Wilhelmina Hoffman, geriater og leder for Svenskt Demenscentrum.

## Miljøbehandling fremfor medisin

Ni av ti personer med demens får før eller senere nevropsykiatriske symptomer. Når dette skjer, er det viktig å prøve å finne årsaken til symptomene raskt. Legemiddelbivirkninger, feil tilnærming, miljøfaktorer og smerter som personen ikke kan kommunisere, må analyseres. Da kan dere sette inn passende tiltak så fort som mulig. Ved psykose eller alvorlig aggressivitet kan det i enkelte tilfeller være nødvendig med anti-psykotiske legemidler. Først skal imidlertid alle tenkelige pleietiltak og tilpasninger av miljøet ha vært prøvd. Antipsykotiske medisiner forutsetter en kort behandlingsperiode og at effekten evalueres i løpet av to uker.

Hvis behandlingen fortsatt anses som nødvendig, må den følges opp regelmessig. Målet er å kunne seponere legemiddelet så snart som mulig.

Legemidler kan bidra til å redusere lidelse og alvorlige symptomer, men de kan også forverre situasjonen og gjøre mer skade enn godt. Det finnes legemidler med antikolinerge effekter som er uegnet for eldre, men det finnes også andre legemidler som påvirker hjernen og medfører risiko for bivirkninger hos personer med kognitiv svikt. Alle typer psykofarmaka skal brukes restriktivt og i tråd med aktuelt lowverk for ytelse av helsehjelp.



## Kapittel 6

# Vanlige symptomer

### Alle får ikke samtlige symptomer

Demens er en sykdom som gradvis blir verre. Personen med demens mister stadig flere evner etter som sykdommen utvikler seg. Hjelp- og støttetiltakene må derfor intensiveres etter hvert og følges opp gjennom hele sykdomsperioden.

Her er noen eksempler på ulike sykdomssymptomer samt tanker og råd om hvordan du kan gjøre problemene litt lettere å leve med.

Alle får ikke samtlige symptomer.

Symptomene varierer avhengig av den aktuelle demenssykdommen og hvor i hjernen skadene befinner seg (les mer i kapitlet Demenssykdommer).

Hva som er den beste måten å støtte og pleie på, varierer selvfølgelig fra person til person. I dette kapitlet gjennomgår vi noen hovedsymptomer.

## Kognitive symptomer

Kognitive evner er knyttet til tenkning og intellekt. Kognitive symptomer innebærer at blant annet hukommelsen, språket og tidsoppfatningen blir dårligere. Symptomene kan variere mye mellom forskjellige demenssykdommer og mellom ulike personer.

### Hukommelse og læringsevne

Hukommelsesforstyrrelser (amnesi) viser seg ofte tidlig i sykdomsforløpet. Det som vanligvis rammes først, er evnen til å huske hva som nettopp skjedde – «sist inn, først ut». Minner om ting som skjedde tidligere i livet, beholdes vanligvis lenger. Den episodiske hukommelsen blir imidlertid dårligere etter hvert som sykdommen utvikler seg (episodisk hukommelse = hendelseshukommelse).

Den semantiske hukommelsen – kunnskapshukommelsen – beholdes vanligvis ganske langt inn i sykdomsforløpet. Den omfatter ting vi har lært, men som ikke er direkte personlige, for eksempel at Oslo er Norges hovedstad.

Det er lett å feilbedømme og tro at en person ikke har demens, hvis vedkommende for eksempel kan deklamere et langt dikt som han eller hun lærte seg i ungdommen. Det kan også være vanskelig for pårørende å forstå at personen ikke husker kona og barna, men kan ramse opp alle innsjøene i landet.

Den typen hukommelse som vanligvis beholdes lengst, er den som kalles prosedural hukommelse (bevegelses-hukommelse). Dette er ting som «sitter i ryggmargen», og som vi en gang har øvd opp, for eksempel å gå, sykle eller spille et instrument.

### Eksekutiv evne

Vanskeligheter med å tenke, planlegge og utføre er et av de tidligste symptomene på Alzheimers sykdom. Det er lett å bli passiv og sitte hjemme. Hvis du skal kjøpe mat, må du for eksempel vite hva du skal kjøpe, og du må finne frem og håndtere penger når du skal betale.

### Orienteringsevne

Først finner man kanskje ikke frem utendørs, og senere ikke hjemme heller. Ett tips er å ha toalett døren åpen og la lyset stå på.

Fargesansen er vanligvis intakt lenge. Bruk derfor gjerne kontrastfarger for å gjøre det lettere å finne ting, for eksempel fargede toalettseter og såpekopper. Husk at mørke felt på gulvet kan oppfattes som hull eller grøfter. Det er vanlig å snu døgnnet og ha problemer med å forstå hvor kroppen befinner seg i forhold til ulike objekter. Den som for eksempel ikke klarer å bedømme hvor langt det er mellom seg selv og stolen, risikerer å sette seg ved siden av den.

### Tenkeevne og oppmerksomhet

Personer med demens kan ofte konsentrere seg en kort stund, men lar seg lett distrahere av lyder og andre sanseintrykk.

### Afasi

Når språkevnen svekkes, kan det bli vanskelig å omforme tankene sine til ord og forstå hva andre sier. Det å glemme ord, anomisk dysfasi, begynner ofte tidlig og forverres gradvis. Det betyr at man begynner å forklare hva noe er, heller enn å benytte det enkelte ordet.

For eksempel kan man si «en sånn man varmer maten i», i stedet for «stekeovn» eller «mikrobølgeovn».

### Apraksi

Apraksi er manglende evne til å utføre tidligere innlærte motoriske bevegelser. Det blir for eksempel gradvis vanskeligere å kle på seg, håndtere kniv og gaffel eller pusse tenner og etter hvert også å gå.

### Agnosi

Senere i sykdomsforløpet dukker det ofte opp vansker med å tolke og forstå hva man ser, hører, smaker eller lukter. Kanskje man ikke kjenner igjen et bestikk eller forstår hvordan det brukes.

Evnen til å etterlikne holder seg ofte lenge, så personer med demens har lettere for å spise hvis de har selskap av andre.

På senere stadier av demens kan sugerefleksen bli aktivert. Da er det lett å feiltolke og tro at den som kniper sammen munnen, ikke er sulten.

## Innsikt og skjønn

Innsikt og skjønn påvirkes ved demens, og dette kan komme til uttrykk på forskjellige måter. Tidlig i forløpet har de fleste innsikt i sykdommen sin, noe som kan skape uro og angst. Senere i sykdomsforløpet kan denne innsikten bli redusert. Når det gjelder fronto-temporal demens, er sykdomsinnsikten ofte nedsatt allerede tidlig.

## Eksempler på kognitive egenskaper:

- hukommelse – både langtids- og korttidsminne
- eksekutiv evne – hvordan vi tenker, planlegger og utfører en handling
- orienteringsevne – sted, tid, rom og personer
- regneevne
- språkevne
- abstraksjonsevne – evne til å tolke ikke-konkret informasjon
- evne til å tolke sanseintrykk
- utøvelse – evne til å utføre innlærte motoriske handlinger
- innsikt og skjønn



## Motoriske symptomer

Litt utover i sykdomsforløpet kan det også dukke opp ulike fysiske symptomer, som stivhet og parkinsonisme. Inkontinens, kramper og muskel-sammentrekninger er andre eksempler.

## Nevropsykiatriske symptomer

Eksempler på nevropsykiatriske symptomer er uro, hallusinasjoner, aggressivitet og søvnforstyrrelser. Ni av ti personer med demens får ett eller flere nevropsykiatriske symptomer i løpet av sykdomsforløpet. De samme symptomene kan ha forskjellige forklaringer, avhengig av person og situasjon. Det er viktig å se etter årsaken til symptomene.



Det kan for eksempel dreie seg om smerter forårsaket av sykdom eller midlertidig forvirring som følge av en infeksjon. Symptomene kan også skyldes et stressende miljø med høye lyder, eller at pasienten føler seg ydmyket. Hvordan symptomene skal møtes og behandles, avhenger selvfølgelig av den bakenforliggende årsaken.

På et sykehjem bør man prøve å kartlegge symptomene hos personen det gjelder. På et sykehus kan det være vanskelig å finne tid til dette, men dersom pasienten bor på sykehjem er et råd å kontakte personellet på sykehjemmet.

### Vandre og plukke

Hvileløs vandring er et ganske vanlig symptom. Andre pasienter kan bli forstyrret og til og med urolige av dette. Smerter må som alltid utelukkes som årsak. Et miljø med lange korridorer kan også oppmuntre til vandring.

Vandringen i seg selv trenger ikke å være noe problem, med mindre personen virker bekymret. «Vandrere» kvitter seg med mye energi, så de må få i seg nok næring. Husk også at skoene skal være komfortable og ikke gi gnagsår. Fallrisiko må også reduseres til et minimum.

På sykehuset kan det være et problem hvis «vandreren» forstyrrer og for eksempel går inn på andres rom. Beroligende musikk, varme, berøringsmassasje og sang er eksempler på ting som kan avlede og skape ro.

Pasienter som plukker mye, kan få en kasse med ting som vekker interessen deres, eller kan ha glede av et såkalt plukkeforkle.



## Rope

Rop og skrik – «Hjelp meg, hjelp meg!» eller «Mamma, mamma!» – er blant de vanskeligste symptomene å finne årsakene til. Slik atferd kan forårsake mye angst og uro i omgivelsene. Først og fremst er det viktig å prøve å utelukke at det skyldes smerter. Skrik kan også for eksempel skyldes en følelse av hjelpeløshet eller ha sammenheng med angst, hallusinasjoner eller vrangforestillinger. Enkelte holder ganske enkelt ikke ut å være alene, men kan ikke uttrykke det på annen måte enn å rope.

*«Enkelte personer med demens klarer ikke å føle at de selv eksisterer, hvis de ikke har et annet menneske ved siden av seg.»*

Jane Cars, psykolog

Hvis det dreier seg om en person som ikke kan være alene, gjelder det selvfølgelig å prøve å være sammen med vedkommende så mye som mulig. Kanskje personen kan være med i ekspedisjonen og sitte og bla litt i papirer. Kanskje du kan holde vedkommende i hånden mens du snakker i telefonen. Noen ganger hjelper det bare å sitte og prate.

Roping er en atferd som er vanskelig å bryte. Noen ganger er personene selv ikke klar over at de roper. Prøv om mulig med rusleturer, musikk eller berøringsmassasje. Såkalte kuledyner kan også prøves.

Hvis atferden ikke har pågått så lenge, kan den kanskje brytes ved at du hele tiden bekrefter personen: «Jeg ser og hører deg.»

## Husk at

- For mange inntrykk kan skape uro
- Den som har demens, kan være spesielt følsom for høye lyder eller mange inntrykk

## Vrangforestillinger og hallusinasjoner

Det er veldig vanlig at personer med demens tror at de blir bestjålet. Det kan selvfølgelig skje, men vanligvis er det en vrangforestilling. Også da handler det om å bekrefte følelsen. Snakk om det som har forsvunnet, og spør gjerne om dere skal lete sammen. Kanskje er det lettere å holde ut tanken på at man har blitt bestjålet, enn å innrømme at man har glemt hvor man la pengene sine.

Andre eksempler på vrangforestillinger er å tro at man er i fare, at partneren er utro, eller at folk på TV eller i aviser faktisk er til stede.

Det er meningsløst å motbevise vrangforestillinger og hallusinasjoner. For de som tror at de er blitt bestjålet, eller at fremmede kommer hjem til dem om natten, er dette virkelig. Hallusinasjoner kan være lystbetonte. Det kan være en vennlig svart katt som sitter på gulvet og maler, eller det kan være slektninger som er på besøk.

Da trenger det ikke være noe problem. Men hvis det handler om ekle kryp eller besøkende de er redd for, må du prøve andre strategier. Noen ganger er det også behov for legemidler.

Du kan bekrefte følelsen uten å late som du opplever det samme: «Det må være veldig vanskelig for deg at noen gjemmer seg under sengen, men jeg ser ingen der.» Hvis det dreier seg om hallusinasjoner, bør du også finne ut om de kan skyldes legemidler.

«En dame hadde dekket på med smørbrød og ventet på at noen skulle komme. 'Men de kommer kanskje ikke ennå – skal vi sette smørbrødene i kjøleskapet?' foreslo jeg. En annen kvinne ville vise meg små dyr som hun så i sengen. 'Men de viser seg kanskje bare for deg', sa jeg. 'Ja, slik er det nok', sa hun. Du kan ikke si at dyrene ikke er der heller, for henne er de jo det.» Inga-Lill Andersson, hjemmebaserte tjenester i Tibro

### Aggressivitet og sinne

Den du skal hjelpe, kan bli aggressiv eller truende. Ofte er det mulig å finne årsaken, og da kan du også unngå at situasjonen gjentar seg. Ble pasienten redd? Har vedkommende vondt? Er han eller hun sulten? Har sykdommen blitt verre? Har pasienten en infeksjon eller skremmende hallusinasjoner?

Det kan også handle om at vedkommende ikke ble forstått eller følte seg krenket og ydmyket. Det kan til og med hende at han eller hun slår til deg. Folk slår imidlertid ikke uten videre. Kanskje skyldes det at pasienten ikke har blitt behandlet på riktig måte, eller at vedkommende vil uttrykke frustrasjon – han eller hun vil ikke ha det på denne måten.



## Prøv å finne årsaken

Det er alltid viktig å prøve å finne ut hva aggressiviteten skyldes. Det viktig å tenke over sin egen atferd. Stiller du spørsmål som personen ikke kan svare på? Føler vedkommende at han eller hun ikke blir bekreftet eller sett?

Det kan også være miljøet som er stressende. Når den indre verden er full av rot, og man ikke klarer å tolke og forstå den, er det viktig at det ytre miljøet er så rolig og tydelig som mulig. En annen årsak kan være noe så trivielt som at klærne sitter for stramt. Se alltid etter en forklaring.

Husk at den som har en skadet hjerne, trenger hvile. Kanskje personen rett og slett er sliten og derfor blir lettere sint. Prøv å tilby en lur om ettermiddagen. Tenk også over kroppsspråket ditt. Prøv å være i samme høyde som personen. Kanskje du kan sette deg på sengekanten og snakke om noe du vet interesserer vedkommende? Snakk rolig og forsiktig.

Noen ganger fungerer man ikke sammen med en person, og da får noen andre ta over. Ikke se på dette som et nederlag.

## Typen demens kan ha betydning

Symptomene henger også sammen med typen demenssykdom. For eksempel kan man med frontotemporal demens mangle eller ha nedsatt empati. Da kan det handle om å sette grenser og kanskje irtettesette i enkelte situasjoner. Unngå å gjøre dette foran andre, for det kan oppleves veldig støtende. Negative følelser varer ofte lenge hos personer med demens. Prøv å avslutte med en god følelse.

*Vi hadde et vanskelig tilfelle der jeg jobbet før. En beboer fløy på oss. Det skyldtes sannsynligvis frykt, smerte og at hun hadde mistet språket. Vi snakket om dette i hele arbeidsgruppen, og vi ble tildelt ressurser. En som var utdannet veileder, kom og ga oss tilbakemeldinger. Vi bestemte oss for å gjøre så lite som mulig. Må man dusje? Nei. Må man bytte til nattkjole? Nei. Vi byttet genser om morgenen. Vi skiftet bleie, men vasket bare når det var absolutt nødvendig. Siden kom jeg på at vi kunne synge 'Vem kan segla ...', og til slutt sang hun med.*

Helene Bodell, Rozeliahemmet

## Forsøk dette:

- Prøv å arrangere felles teammøter der dere diskuterer dere frem til den beste måten å tilnærme seg en som for eksempel er urolig eller aggressiv på.
- Dokumenter, slik at alle ansatte kan gjøre ting på samme måte.

*En mann ville til bilen sin, som han sa var feilparkert, og han var veldig urolig. Til slutt sa jeg: 'Jeg kjørte den inn i garasjen, den skal på verksted i morgen.' Da ble han rolig.*

Yvonne Andersson Trastell,  
Mälarbackens vård- og omsorgsboende

## Bekymring og angst

La oss si at Aina vil hjem til mor, som har vært død i 30 år. Eller kanskje Karl har det travelt med å komme seg på et møte på jobben, selv om han er pensjonert for lenge siden.

Uro som manifesterer seg i at man vil hjem, til mor eller til familien, er vanlig hos personer med demens. Det samme er å leve i fortiden eller å bytte mellom fortid og nåtid. Det er vanligvis meningsløst å fortelle hvordan det egentlig henger sammen. Hvis Aina vil hjem til mor, kan du prøve å snakke om moren: «Hvordan har moren din det?» La Aina være i den tiden hun er.

Hvis hun er urolig, prøver du å avlede: «Har du tid til å sette deg ned en stund?» Det er viktig å se og bekrefte personen. Ikke undervurder bekymringen, men se og bekreft personen og hans eller hennes følelser. Det kan være veldig skremmende å bekymre seg for eksempel for barna sine.

*Du kommer langt ved å vise at du forstår uroen deres. Du tar over og «huser» den. 'Du, dette skal jeg virkelig sjekke.' Ett triks som kan fungere, er å ta frem en skriveblokk og sette seg ned og skrive. 'Nå vil jeg vite, fortell meg nå ...' og lat som du skriver. 'Jeg skal gjøre det jeg kan, kan jeg komme tilbake til deg?' Da har jeg overtatt byrden.*

Kajsa Båkman, Silviasjuksköterska  
(sykepleier med spesialisering i demens)

Det kan være vanskelig å håndtere at en pasient er veldig urolig. Uro sprer seg også ofte til omgivelsene. Det er også vanskelig å håndtere at en person hele tiden følger etter deg inn og ut av alle rom. Du kan prøve å avlede, gi personen en klem og si at du snart er tilbake. Hvis du snakker i telefonen, kan du holde personen i hånden samtidig, eller kanskje vedkommende kan sitte sammen med sykepleieren i ekspedisjonen?

Tøydukker eller kosedyr, varmtvannflaske, kuledyner og plukkeforklær er hjelpemidler som kan motvirke uro. Du kan også prøve berøringsmassasje.

Det handler også om å se når uroen begynner å komme, og så umiddelbart prøve å roe ned personen. Ofte begynner uroen om ettermiddagen eller kvelden.

## Seksuelle uttrykk

Seksuelle tilnærminger kan være et problem, men det som en frisk person oppfatter som tilnærminger eller tafsing, trenger ikke å være ment som det. Kanskje er det ikke noe seksuelt med at noen klapper deg bak – det er mulig vedkommende like gjerne kunne ha klappet deg på armen. Det kan jo bare handle om å ønske kontakt. Da er det viktig å avlede, kanskje ved å tilby en rusletur. Det er heller ikke anbefalt å irettesette en som har demens. Prøv å avlede uten dramatik. Si nei uten å være sint. Du kan si ifra, men prøv å unngå at andre overhører det eller å gjøre det på en måte som fører til at personen føler seg støtt.

Nei, det finnes ingen presise råd å gi. Det er individuelt, men de som bor her, skal jo også få utløp for de seksuelle behovene sine. Hvis noen for eksempel onanerer, avbryter vi dem ikke. Vi lukker døren og går. Dette er noe vi snakker om på refleksjonsmøtene. Vi som jobber her, er oppvokst i ulike kulturer og med forskjellige religioner, og vi har ulike syn på disse tingene. Hvis en av beboerne tar meg på baken, sier jeg bare nei, jeg blir ikke sint, men det avhenger jo også av hvordan det skjer.

Yvonne Andersson Trastell,  
Mälarbackens vård- och omsorgsboende



## Kapittel 7

---

# Møte og tilnærming

### Sykdommens faser

Som tidligere nevnt er kognitiv svikt i noen tilfeller en forbigående tilstand, hvis den blir behandlet riktig. Andre ganger er det et tegn på Alzheimers sykdom eller en annen uhelbredelig demenssykdom. Tilnærmingen må varieres avhengig av person og situasjon, men respekt for personen og en personsentrert holdning er alfa og omega. Når sykdommen utvikler seg, forverres både de kognitive funksjonene og sykdomsinnsikten.

### Mild demens

Ved mild demens er mange evner i behold, men personen har også symptomer som påvirker hverdagslivet.

Prøv å svare nøyaktig på det personen spør om. Ta én ting om gangen og ikke gi for mye informasjon på en gang, for eksempel om hvorfor vedkommende er på sykehuset, og hva som skal skje. Tilpass ordvalget slik at personen forstår deg, men husk samtidig at det er en voksen du har foran deg.

### Moderat demens

#### Når bevisstheten om egen sykdom svekkes

Sykdomsinnsikten svekkes som regel gradvis, etter hvert som demenssymptomene blir mer dominerende. Det kan være vanskelig å vite fra gang til gang hvor bevisst personen er på egen sykdom.

Personer som har svekket bevissthet om egen sykdom, kan bli urolige og redde av å bli konfrontert med at de har demens. De kan ha glemt at de har fått den beskjedne før. I denne fasen handler det for mange om å unngå å «tape ansikt», slik at de ikke føler seg flau eller mislykkede.

Når språket begynner å bli dårligere, og personen mister ord og kanskje snakker usammenhengende, skal dere ikke late som ingenting. Fang i stedet opp de ordene som er forståelige, og prøv å følge med på assosiasjonene. Så gjelder det å svare på en måte som gjør at personen føler at dere fører en samtale.



Demenssykdommen rammer den logiske og den abstrakte tenkning. Derfor er det utfordrende å argumentere og resonnerer med en person med demens på samme måte som du ville gjort med en person som ikke har demens. Evnen til selv å føle og lese følelser som tristhet, glede og frykt, kan imidlertid være like stor som før.

### Snakk, lytt og bekreft

Personen kan miste ord, ofte substantiver, tidlig i sykdomsforløpet. De glemte ordene erstattes av og til med ord som vedkommende finner på selv. Tidlig i sykdomsforløpet legger personen merke til dette selv, men kanskje ikke i like stor grad i sykdommens senere faser.

Dette betyr imidlertid ikke at du skal ta initiativ til en fantasi eller oppmuntre en vrangforestilling. Det er en viktig grense, understreker Båkman.

Mange ganger handler det om å bekrefte følelsen. Hvis noen vil til moren sin, er den følelsen sann. Kanskje du kan spørre personen om vedkommende savner moren, om han eller hun kan fortelle om henne.

Etter hvert kan det bli vanskeligere å følge med i assosiasjonene og forstå hva personen mener. Da handler det om å late som, komme med bekreftende «mhm», snappe opp ord, lytte og bekrefte.

«Man kan ha en kommunikasjon der man ikke forstår ordene, men likevel forstår hverandre og bekrefter den følelsen den andre uttrykker gjennom kroppsspråk og betoning. Jeg har snakket svensk med en som ikke hadde svensk opphav, og som bare kunne sitt eget morsmål. Selve ordene er ganske uvesentlige», sier Båkman.

*Når ordene svikter, kan hullene fylles med fantasier. Da er det viktig at personellet ikke ippetsetter eller korrigerer, siden det kan oppleves støtende. Det er viktig at vi som personell bygger opp om deres selvfølelse og minner dem om hvem de er og historien deres.*

Kajsa Båkman, Silviasjukskötterska  
– en sykepleier med spesialisering  
i demens.

### Hjemløs i tiden

Personer med demens kan forflytte seg i sitt indre mellom nåtid og fortid og forskjellige aldre. De kan glemme at de er gamle, og at foreldrene for lengst har gått bort. Hver gang de får høre at foreldrene er døde, kan det være som å få dødsbudskapet for første gang.

Noen ganger kan minnet om å ha fått et dødsbudskap forsvinne, mens følelsen av tristhet og uro forblir. Negative følelser sitter ofte lenge i hos personer med demens. Hvis en eldre person spør bekymret etter moren sin, kan du snakke om moren og deretter forsiktig prøve å bytte samtaleemne.

Kanskje dere kan prate om hvor vedkommende bodde som liten, eller noe annet som interesserer ham eller henne. Da går gjerne uroen over.

Psykologen Jane Cars sier at mange med demens blir «hjemløse i tiden» – de mister fotfestet i tiden og kan også være i flere tider samtidig. Hun forestiller seg at det er omtrent som å drømme.

Da kan man i det ene øyeblikket være et lite barn, og i det neste en person på 70, uten at det i det hele tatt virker ulogisk.

### Hvem sin virkelighet?

Det er som regel meningsløst å korrigere personen med demens og prøve å føre vedkommende tilbake til dagens virkelighet. Hvis en kvinne sier at hun skal på jobb, kan du spørre hva hun jobbet med. Hvis en mann spør etter kona si, som har vært død i mange år, er det ofte best å prøve å avlede. Hvis du sier at hun er død, kan han føle det som å få dødsbudskapet på nytt. Hvis personen er lei seg for ikke å huske, kan du si at du også glemmer ting noen ganger.

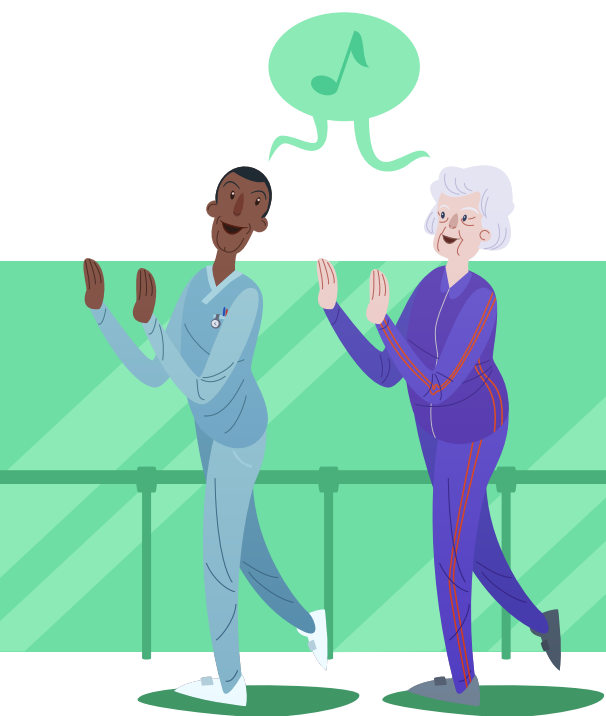
### Sist inn, først ut

Det er lett å tro at en person som husker enkelte ting godt, ikke har demens. Kanskje vedkommende lærte seg et langt dikt utenat som ung, og fremdeles kan deklamere det. Det man lærte seg tidligere i livet, kan bli værende i hukommelsen lenge. Ting som har skjedd nylig, forsvinner ofte betydelig raskere. En tommelfingerregel er «sist inn, først ut». Minner som «sitter i ryggmargen» – som er knyttet til kroppslige funksjoner – blir vanligvis værende lengst. For eksempel kan evnen til å spille et instrument være intakt langt ut i sykdomsforløpet.

Ved moderat demens kan man ofte snakke om samme tema gang på gang, uten at det er kjedelig for personen. Vedkommende lever i stor grad i nået og har ofte glemt det dere snakket om tidligere.



Hvis man har bygd opp et tillitsforhold, er det ofte mulig å berolige den som er urolig ved for eksempel å si: «Vet du hva, det skal jeg sjekke, og så kommer jeg tilbake til deg. Jeg skal ordne opp i det, du trenger ikke å bekymre deg.» Dette kan gjentas om og om igjen. Slik kan du som fagperson overta ansvaret for det som skaper uro. Du «huser» uroen. Sang og dans er ofte en god måte å avlede uro på. Med sang kan man redusere både aggressivitet og forvirring. Selv de som har problemer med å finne ord når de snakker, kan huske alle versene i en gammel sang.



## Alvorlig demens

### Å bevare sin identitet

I en senere fase av demensforløpet forsvinner språket vanligvis nesten fullstendig. Ansatte og pårørende oppfatter kanskje sjelden noen ordentlige ord eller mening i det som blir sagt. Likevel er det ofte mulig å oppfatte den følelsen som personen uttrykker. Du kan si: «Jeg ser at du er glad», eller «Jeg forstår at du er bekymret», og vise med kroppsspråk og ansiktsuttrykk at du lytter og forstår. Dette kan også fungere for den som kommer fra et annet land og har gått tilbake til å snakke morsmålet sitt.

Demens utgjør en trussel mot identiteten. Med riktig hjelp og støtte kan man imidlertid bevare deler av den langt ut i sykdomsforløpet. Tenk på en russisk tredukke, en slik med mange mindre dukker inni. Ett dukkeskall om gangen forsvinner, men helt innerst er den lille, udelelige kjernen intakt.

«Når du omgås personer med demens, må du tenke over hva du utstråler, hva du har med deg i bevegelsene og toneleiet ditt. De oppfatter og reagerer på slikt», sier Båkman. «Derfor bør du stanse opp og trekke pusten før du går inn til dem», er hennes råd.

### Klare øyeblikk i den siste fasen

Selv langt inn i demenssykdommen bevarer personen sin identitet. Både ansatte og pårørende kan gi mange eksempler på klare øyeblikk også i de siste stadiene av sykdommen.

For å bevare identiteten og beholde evner så lenge som mulig, må de som pleier, støtte personens identitet og legge til rette for mestring. Hvis personellet behandler personen som hjelpeløs og forvirret, kan det bli en selvoppfyllende profeti.

Det handler hele tiden om å gi tilpasset støtte og oppfølging. I begynnelsen handler det mye om å motivere, dytte på, minne om og oppmuntre. Personene med demens kan ha lett for bare å sette søkelys på problemene. Derfor er det viktig å legge vekt på det som faktisk fungerer. Det er også viktig å lytte og «huse» vanskelige følelser hos personene.

Når sykdommen utvikler seg, er det ikke nok bare å gi støtte. Da må pårørende og personell fungere som et såkalt hjelpego. Det å ta over og hjelpe en person med å klare ulike ting krever stor grad av lydhørhet og kunnskap om personen.

### Å føle tilhørighet

Jo sykere og mer avhengig av hjelp personen blir, desto mer sårbar blir integriteten til vedkommende. Hjelp kan for noen oppfattes som en krenkelse. Alle mennesker ønsker innerst inne å føle tilhørighet og at de er til nytte for andre, og derfor er det viktig å styrke selvfølelsen.

Hukommelsen kan være veldig kort. Du kan sitte ved siden av en person og deretter forlate rommet en stund, og så husker vedkommende deg ikke lenger.



Hvis du går inn på toalettet for å hente noe, kan personen med demens bli redd når du kommer ut igjen. Hvert møte er et nytt møte.

Det er viktig å finne ut om pasienten vet at du er der. Bruk stemmen eller legg en hånd på vedkommende mens du snakker. Den korte hukommelsen betyr at det er ganske lett å bytte samtaleemne og avlede den som er urolig, men følelsen henger ofte i lenger enn minnet.



Det er viktig å bekrefte personens følelser, men å avlede den som for eksempel vil skynde seg hjem til barna sine.

### **Bra å gjenta seg**

Noen ganger kan du si: «Dette ordner jeg, jeg tar meg av det, jeg kommer tilbake.» Det kan ofte være nok til at personen blir fornøyd. Hvis vedkommende spør om det samme igjen, kan du gjenta. Det mottas sjelden negativt, siden pasienten ofte har glemt at du har sagt det samme før.

«Noen ganger ser jeg at de har glemt hvem jeg er, eller at jeg plutselig har blitt en helt annen», sier Båkman.

«Da er det viktig å vite hvem de tror jeg er. En datter eller kanskje noen hun ikke liker? I det siste tilfellet er det bra hvis noen andre kan ta over. Det handler om å spille på lag med de som trenger hjelp, slik at de føler at vi er sammen med dem.»



**NORGES  
LOVER**

STUDENTUTGAVE

1687-2012



**NORGES LOVER**

1687-2012

STUDENTUTGAVE



## Kapittel 8

---

# Jus

### Samtykke

Utgangspunktet for all helsehjelp, både i somatikken og psykiatrien, er at hjelpen kun kan gis når pasienten gir sitt samtykke. Samtykke til helsehjelp inkluderer alt fra undersøkelse, innleggelse og behandling til pleie og omsorg. For at et samtykke fra pasienten skal være gyldig, må pasienten ha fått tilstrekkelig med informasjon om egen helse-tilstand, innholdet i helsehjelpen og konsekvensene av eventuelt å takke nei. Dette kalles et informert samtykke. All informasjon om innholdet i helsehjelpen må tilpasses hver enkelt pasients forutsetninger, som alder, erfaringer, kognitiv funksjonsevne, modenhet og kultur- og språkbakgrunn. Ved språkbarrierer skal kvalifisert tolk benyttes. Det er helsepersonellet som har ansvar for å skaffe kvalifisert tolk.

For å samtykke til helsehjelpen eller medvirke til denne må pasienten vurderes som samtykkekompetent i den aktuelle situasjonen. Begrepet samtykkekompetanse legger vekt på pasientens evne til selv å ta avgjørelser i spørsmål knyttet til den konkrete helsehjelpen.

Ulike medisinske tilstander, for eksempel kognitiv svikt, kan påvirke en persons evne til å ta egne beslutninger. En pasient kan ha samtykkekompetanse på ett område, men ikke et annet – i én situasjon, men ikke en annen. Vi sier gjerne at et samtykke er betinget av situasjonen. Det er viktig å legge til rette for at den enkelte kan samtykke så langt det lar seg gjøre. For personer med kognitiv svikt kan dette ofte innebære at det er behov for flere og kombinerte virkemidler for å gjøre informasjonen forståelig. Slik kan dere optimalisere muligheten for at pasienten forstår situasjonen og hva det skal samtykkes til. For personer med kognitiv svikt vil det ofte være viktig å bruke god tid i samtalen, snakke om et tema av gangen, bruke et enkelt språk og unngå abstrakte begreper og forklaringer.

Det er den som er ansvarlig for helsehjelpen, som skal vurdere pasientens samtykkekompetanse. Det er ikke slik at samtykkekompetanse vurderes ved hver pasientkonsultasjon, men slike vurderinger er aktuelle i situasjoner der det er tvil om hvorvidt pasienten forstår hva hjelpen innebærer, eller forstår konsekvensen av å takke ja eller nei.

Det er ingen enkel oppgave å vurdere samtykkekompetanse, og en slik vurdering vil alltid inneholde skjønns- messige og etiske overveielser.

I situasjoner hvor vurdering av pasientens samtykkekompetanse er aktuelt, trekker rundskrivet «Pasient- og bruker-rettighetsloven med kommentarer, IS-8/2015» frem fire områder som det er særlig viktig å legge vekt på i vurderingen:

- evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutning om helsehjelp
- evnen til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt knyttet til egen lidelse og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsalternativene
- evnen til å resonnerer med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsalternativene
- evnen til å uttrykke et valg

I nevnte rundskriv finner du også verktøy som kan brukes i vurderingen av samtykkekompetanse. Rundskrivet kan lastes ned fra [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no).

Pasienten kan når som helst trekke sitt samtykke tilbake. I slike tilfeller er det viktig at helsepersonellet som yter helsehjelpen, gir tilstrekkelig informasjon til pasienten om betydningen av at helsehjelpen ikke gis.

Det må dokumenteres i pasientens journal at slik informasjon er gitt. Dersom helsepersonellet er i tvil om pasientens samtykkekompetanse i den aktuelle situasjonen, skal pasienten ha rett til å samtykke til behandlingen, eventuelt nekte å motta behandling.

## Brukermedvirkning

Etter pasient- og brukerrettighetsloven har den enkelte pasient rett til å medvirke ved utforming og gjennomføring av helsehjelpen. Denne medvirkningsretten kalles ofte for *brukermedvirkning* og innebærer blant annet at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasienten selv. Pasienten har også rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og ulike undersøkelses- og behandlingsmetoder. Det er opp til pasienten selv i hvor stor grad hun eller han ønsker å medvirke. Retten til å medvirke vil ikke under noen omstendighet fritta helsepersonellet fra å treffe avgjørelser som sikrer forsvarlig behandling av pasienten.

Også pasienter som ikke vurderes som samtykkekompetente, har medvirkningsrett. I slike tilfeller har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

## Taushetsplikt

Helsepersonell er pålagt en omfattende taushetsplikt gjennom helsepersonelloven. Den omfatter både en passiv plikt til å tie og en aktiv plikt til å hindre at



vedkommende får tilgang til taushetsbelagt informasjon. Taushetsplikten er en yrkesplikt og varer hele livet. Dette innebærer at helsepersonellet ikke kan videreformidle informasjon selv etter at de har trådt ut av aktiv tjeneste.

Taushetsplikten gjelder alle opplysninger man mottar i kraft av å være helsepersonell. Også elever eller studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører helsefaglige handlinger, er underlagt helsepersonellovens taushetsplikt.

Taushetsplikten begrenser ikke helsepersonellens «lyttefrihet». Det er lov å lytte til andre som har opplysninger helsepersonellet mener er relevante for situasjonen, men skal helsepersonellet dele taushetsbelagt informasjon, må det foreligge et rettslig grunnlag for å sette taushetsplikten til side.

For at taushetsplikten ikke skal være til hinder for utøvelse av nødvendig og forsvarlig helsehjelp eller ivaretagelse av liv og helse, har helsepersonelloven gjort flere unntak fra taushetsplikten. Det finnes situasjoner hvor helsepersonell enten kan (opplysningsrett) eller skal (opplysningsplikt) videreformidle taushetsbelagt informasjon.

Det vanligste og absolutt viktigste unntaket er der den som har rett på taushet, samtykker til at informasjonen deles med nærmeste pårørende eller andre. Pasienten må være samtykkekompetent og innforstått med hvilke opplysninger som gis videre, hvem som mottar opplysningene, og til hvilket formål de skal benyttes. Det er viktig at det ikke gis ut flere opplysninger eller til andre personer/instanser enn det pasienten har samtykket til.

Et annet viktig unntak fra taushetsplikten er der videreformidling av taushetsbelagte opplysninger til samarbeidende personell er nødvendig for å kunne gi pasienten forsvarlig helsehjelp. Samarbeidende helsepersonell kan for eksempel være helsepersonell i andre avdelinger, ved andre sykehus eller utenfor sykehuset, eller i andre virksomheter som samarbeider om helsehjelpen til den konkrete pasienten, for eksempel den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Slik videreformidling til samarbeidende personell forutsetter at pasienten ikke motsetter seg det.

For å sikre at en pasient mottar forsvarlig helsehjelp etter endt sykehusopphold, har helsepersonelloven en egen bestemmelse om oversendelse av pasientens epikrise til annet helsepersonell. Pasientens epikrise skal sendes til innleggende eller henvisende personell, til det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig behandling, og til pasientens fastlege. Dette gjelder ikke der pasienten motsetter seg at epikrisen sendes videre, og pasienten er samtykkekompetent til å ta en slik beslutning.

I visse tilfeller *skal* helsepersonell videreformidle taushetsbelagt informasjon. Dette gjelder blant annet der opplysninger til politi og brannvesen er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom. Helsepersonell har også en opplysningsplikt til barnevernet der det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet, utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller annen alvorlig omsorgsvikt eller annet.

Uavhengig av rettsgrunnlag for å sette taushetsplikten til side skal helsepersonellet aldri gi ut flere opplysninger enn det som er absolutt nødvendig i den aktuelle situasjonen. Helsepersonellet må videre dokumentere i pasientens journal hvilke opplysninger som er gitt, og på hvilket grunnlag. Utfyllende informasjon om unntak fra taushetsplikten finnes i rundskrivet «Helsepersonellens taushetsplikt – rett og plikt til å utlevere pasientopplysninger til politiet». Rundskrivet kan lastes ned fra [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no).

## Involvering av pasientens pårørende

Pasientens nærmeste pårørende har etter pasient- og brukerrettighetsloven rett til informasjon om pasientens helsetilstand og den aktuelle helsehjelpen dersom pasienten samtykker til det. Også uten pasientens samtykke har pasientens nærmeste pårørende rett på slik informasjon dersom forholdene tilsier det, og det ikke er grunn til å tro at pasienten ville motsatt seg det. Det kan typisk være når pasienten er bevisstløs etter en ulykke. Nærmeste pårørende har også rett på informasjon dersom pasienten åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemning.

Denne håndboka gir flere eksempler på hvordan pårørende kan spille en sentral rolle ved ytelse av helsehjelp til en pasient. Slik involvering av pasientens pårørende må alltid skje i tråd med gjeldende regler om taushetsplikt.





## Kapittel 9

# Demenssykdommer

### Tre grupper demenssykdommer

I dette kapitlet går vi gjennom de vanligste demenssykdommene og ser på likhetene og forskjellene mellom dem. Til slutt ser vi på hvordan en demensutredning gjøres.

#### Degenerative hjernesykdommer

Degenerative hjernesykdommer forårsaker demens ved at hjerneceller begynner å skades og dør i et unormalt omfang.

Typisk for disse sykdommene er at de kommer snikende. Tilstanden forverres gradvis i takt med at hjerneskaden sprer seg. Prosessen kan ikke stoppes, men i enkelte tilfeller kan symptomene lindres.

Symptomene varierer, blant annet avhengig av hvilken del av hjernen som er skadet. Eksempler på degenerative hjernesykdommer er Alzheimers sykdom, demens med lewylegemer, demens ved Parkinsons sykdom og frontotemporal demens.

## Vaskulær demens

Denne typen demens forårsakes vanligvis av at blodpropper eller blødninger stanser oksygentilførselen til hjernen. Det kan oppstå skader i forskjellige deler av hjernen. Demenssymptomene kommer ofte plutselig, ikke sjelden etter et hjerneslag. Tilstanden kan være stabil i en periode for så plutselig å forverres.

Det er ikke uvanlig å ha mer enn én demenssykdom samtidig, spesielt blant de aller eldste. Noen ganger kan det være vanskelig å identifisere årsakene til symptomene. Studier har vist at en stor andel av de som er diagnostisert med vaskulær demens, også har Alzheimer-forandringer i hjernen.

## Sekundære sykdommer

Det er mange sykdommer og skader som kan, men ikke nødvendigvis vil, føre til demens. Noen av dem kan behandles, og demenssymptomer kan lindres hvis tiltak settes inn i tide. Eksempler på sekundære sykdommer er alkoholskader, løsemiddelskader, hjernesvulster, gjentatt vold mot hodet, alvorlig ulykke som har ført til skade på hjernevev, eller forstyrrelser i hjernehulen (hydrocephalus).

Metabolske forstyrrelser, for eksempel over- eller underproduksjon av skjoldbruskkjertelhormoner, kan forårsake demenssymptomer. Det samme kan visse infeksjoner som hiv, herpes, syfilis og borreliose. Mangeltilstander som vitamin B12-mangel kan også forårsake demenssymptomer.

I de fleste tilfeller skyldes demens imidlertid degenerative hjerne-sykdommer eller vaskulær demens.

Her følger korte beskrivelser av de vanligste demenssykdommene.

## Alzheimers sykdom

Alzheimers sykdom er den desidert vanligste av alle demenssykdommene. Den står for 60 til 70 prosent av alle tilfeller av demens. Sykdommen utvikler seg som regel snikende over mange år.

Ved Alzheimers sykdom begynner proteinet beta-amyloid å klumpe seg sammen og avleire seg mellom nerve-celler i senile plakk. Inne i cellene dannes det fibrillære floker, små garnnøster som forhindrer transport av viktige næringsstoffer. Nerveceller skades og dør raskere enn normalt, og hjernevev ødelegges. De patologiske forandringene sprer seg, og gradvis blir en stadig større del av hjernen skadet, hovedsakelig tinningslappene og isselappen, men også andre deler av storhjernen.

Siden særlig korttidshukommelsen påvirkes, begynner det ofte med glemsomhet, konsentrasjonsvansker og problemer med å orientere seg utenfor nærområdet.

Andre tidlige symptomer kan være læringsvansker, nedsatt eksekutiv evne (vansker med å tenke ut, planlegge og gjennomføre ting), vanskeligheter med å finne ord (anomisk dysfasi), uro og angst.

Etter hvert reduseres også andre evner. Oppfatningen av tid påvirkes, og vurderingsevnen kan bli dårligere. Det blir vanskelig å forme tanker til ord og si det man vil si (afasi). Agnosi, som ofte dukker opp ganske sent i sykdomsforløpet, gjør det vanskeligere å gjenkjenne gjenstander og personer samt å tolke sanseintrykk.



Sent i sykdommen øker apraksien, og man klarer ikke lenger å kle på seg, ivareta hygienen, spise selv og så videre. Oral apraksi betyr at svelgerefleksen rammes.

I moderat fase hører ofte hallusinasjoner, vrangforestillinger og atferdsendringer med til sykdomsbildet. Sent i sykdommen kan det utvikles motoriske symptomer.

Det finnes ingen behandling som kurerer sykdommen, men mange har nytte av de legemidlene som kan lindre symptomene. Stress bør unngås, siden det forsterker symptomene. God pleie og omsorg samt hjelpemidler kan gjøre hverdagen lettere.

## Vaskulær demens

Den nest vanligste av demenssykdommene er vaskulær demens, som kommer av skader og patologiske forandringer i blodkarene i hjernen.

Egentlig er det snakk om flere ulike former som til sammen forårsaker 25 til 30 prosent av alle demensstilfeller. I høy alder er det vanlig å ha både vaskulær demens og Alzheimers sykdom samtidig, det vil si blandet demens.

Vaskulær demens kan ha ulike årsaker. Det vanligste er at ulike deler av hjernebarken rammes som følge av hjerneslag. Bak et hjerneslag ligger det vanligvis et hjerneinfarkt, som oppstår når en blodpropp setter seg fast og tetter et blodkar i hjernen.

Hjerneslag kan også skyldes hjerneblødning, når blod fra lekkende blodkar trenger inn i hjernevevet og ødelegger det. I begge tilfeller oppstår det oksygenmangel i deler av hjernen. Konsekvensene er ofte talevansker og fysiske funksjonshemninger. Hjerneslag kan imidlertid også føre til demens.

Det finnes også andre, sjeldnere årsaker til vaskulær demens, men felles for dem alle er at det handler om skade på blodkar i hjernen.

Ved ren vaskulær demens er det mulig å tidfeste sykdommens begynnelse nesten på dagen. Symptomene kommer plutselig. Deretter kan tilstanden holde seg uendret en tid, før den plutselig forverres igjen. Sykdommen utvikler seg altså trinnvis, ikke smygende. Vanlige symptomer er vanskeligheter med å ta initiativ, nedsatt eksekutiv evne og personlighetsforandringer.

Forløpet og symptomene varierer hos ulike personer, avhengig av hvilke områder i hjernen som er skadet. Noe forenklet kan man si at dømmekraft, impulskontroll og konsentrasjon forverres hvis skaden oppstår i pannelappen. Skader i tinninglappen fører til glemsomhet samt vansker med å kommunisere og lære nye ting. Skader på de dypere delene av hjernen, i de

minste blodkarene, fører ofte til langsomme bevegelser og vansker med å planlegge og utføre ting.

Det finnes ingen kur, men legemidler kan forebygge skader på nye blodkar. Blandet demens er veldig vanlig, og da kan symptomlindrende legemidler hjelpe.

## Demens med lewylegemer

Denne sykdommen forveksles ofte med andre demenssykdommer og har visse likheter med Parkinsons sykdom. Den ble først oppdaget på slutten av 1980-tallet.

Lewylegemer er mikroskopiske proteinansamlinger som oppstår i nervecellene i både hjernestammen og hjernebarken hos de som rammes. Demens med lewylegemer forekommer også ved Parkinsons sykdom.



De som rammes, er som oftest personer over 65 år. Demens med lewylegemer kommer snikende. Et første sykdomstegn kan være forstyrret drømmesøvn – personen sover urolig og roper og feker i søvne. Personen kan føle seg forvirret uten grunn. Glemsomhet eller vansker med å finne ord er imidlertid ikke vanlig i begynnelsen.

Typiske symptomer er synshallusinasjoner og nedsatt oppmerksomhet. Den syke blir lett sliten og kan også falle, tilsynelatende uten grunn. Symptomene kan variere fra milde til alvorlige i løpet av samme dag eller fra dag til dag. Også blodtrykket, som ofte er for lavt, kan pendle uforklarlig. Etter hvert påvirkes både fysiske og mentale funksjoner. Personen føler seg ofte sliten. Problemer med hukommelsen er også vanlige, men hovedsakelig i den siste fasen av sykdommen og ikke så fremtredende som ved Alzheimers sykdom. Det kan være vanskelig å bedømme avstander og oppfatte ting tredimensjonalt.

Stive muskler og langsomme bevegelser er vanlig, som ved Parkinsons sykdom, men ved demens med lewylegemer kommer de motoriske symptomene omtrent samtidig som de kognitive vanskene.

I begynnelsen kan symptomlindrende legemidler hjelpe, som ved Alzheimers sykdom. Parkinsons-legemiddelet L-dopa kan lindre de motoriske symptomene. Antipsykotika skal unngås, siden de kan gi alvorlige bivirkninger.

## Demens ved Parkinsons sykdom

Parkinsons sykdom forårsakes av mangel på signalstoffet dopamin. Typiske kjennetegn er stive ledd, skjelving, langsomme bevegelser og andre motoriske symptomer.

Sykdommen kan også føre til demens (men gjør det langt fra alltid), og i så fall alltid i løpet av de siste delene av sykdomsforløpet. De motoriske symptomene kommer alltid minst ett år før demenssymptomene viser seg.

Man antar at denne demenstypen utgjør 1,2 til 3 prosent av alle demenstilfeller. Personer med Parkinsons sykdom har fire til seks ganger høyere risiko for å rammes av demens enn normalbefolkningen. Risikoen påvirkes av hvor lenge man har hatt sykdommen, høy alder og sykdommens alvorlighetsgrad.

Personer med Parkinsons får gjerne konsentrasjonsvansker, hukommelsesforstyrrelser og manglende energi. Det blir vanskeligere å planlegge og ta initiativ, det vil si at den eksekutive evnen blir dårligere. Atferdsforstyrrelser og hallusinasjoner kan forekomme.

Hukommelsesforstyrrelsen er mindre alvorlig enn ved Alzheimers sykdom. Evnen til innlæring forverres ikke like mye, og med ledetråder er det ofte mulig å hente frem og huske en episode.

Det finnes ingen kur for sykdommen. Symptomlindrende legemidler som brukes ved Alzheimers sykdom, ser ut til å ha god effekt i enkelte tilfeller.



## Frontotemporal demens

Sykdommen fører til nedbrytning av nerveceller, hovedsakelig i hjernens pannelapp og den fremre delen av tinninglappene. Det finnes forskjellige former av sykdommen, der den vanligste er frontotemporal degenerasjon av ikke-Alzheimers-typen. ALS, progressiv afasi (som rammer språket først) og Huntingtons sykdom er eksempler på andre tilstander som kan gi symptomer som minner om frontotemporal demens. Sykdommen skiller seg fra andre former for demens ved at den ofte også rammer yngre mennesker. De berørte kan være 50 til 60 år og noen ganger enda yngre. Det er uvanlig å få sykdommen etter 70 år.

Sykdommen har et snikende forløp. Den begynner ikke med hukommelsesproblemer. Siden hjerneskade rammer hjernens fremre del, er de første symp-

tomene vanligvis manglende dømmekraft og personlighetsforandringer. Andre symptomer kan være plutselige raserianfall og følelsesmessig avstumpethet. Den syke blir gjerne rastløs og selvopptatt.

Mot slutten av sykdomsforløpet blir talen enda mer monoton og mimikken stiv og uttrykksløs. Hukommelse og orienteringsevne beholdes ofte lenge. Frontotemporal demens forveksles ofte innledningsvis med depresjon, psykose eller andre psykiske lidelser. Pasientene må henvises til spesialisthelsetjenesten snarest mulig.

Det finnes ingen kur. Noen ganger kan angstdempende legemidler hjelpe, men de bør brukes forsiktig, siden de som rammes av denne sykdommen, også er ekstra følsomme for den typen medikamenter.

## Slik stilles diagnosen

Demensutredningen gjøres av fastlegen i samarbeid med hukommelsesteam i kommunen eller på en hukommelses-klinikk. Først og fremst gjør de det som kalles en basal demensutredning. Det tar vanligvis fire til seks uker. I tillegg til lege og sykepleier deltar ofte en ergoterapeut i utredningen.

Ifølge nasjonale retningslinjer skal følgende inngå i en basal demens-utredning:

### Sykdomshistorie

Spørsmålene inkluderer: Finnes det tilfeller av demens i familien? Hvilke sykdommer har pasienten hatt? Når kom de første symptomene? Hvilke legemidler bruker pasienten?

### Intervju med pårørende

De pårørende kjenner pasienten best og kan bidra med verdifull informasjon.

### Vurdering av fysisk og psykisk tilstand samt funksjons- og aktivitetsevne

Her inngår kroppsundersøkelse av hjerte, lunger og blodtrykk. De nevrologiske funksjonene blir også undersøkt. Ergoterapeuten undersøker vanligvis funksjonsevne og aktivitetsevne i hjemmemiljøet.

### Kognitive tester

Norsk revidert Klokketest og MMSE-NR3 er to enkle tester som gir en pekepinn om hvordan hukommelsen og andre kognitive evner fungerer.

### Blodprøver

Det tas blodprøver som blir analysert for å utelukke andre årsaker til problemene. For eksempel kan vitamin B12-mangel eller forhøyede nivåer av kalsium også forårsake demensliknende symptomer. Det samme kan forstyrrelser i skjoldbruskkjertelens funksjon, borreliose og hiv.



### CT og MR

Bilder av hjernen tas først og fremst for å oppdage andre mulige årsaker til pasientens symptomer, for eksempel hjernesvulst. MR kan også gi viktig informasjon for å differensiere mellom demenstyper og stille riktig demensdiagnose.

### Utvidet demensutredning

Hvis symptomene er vanskelige å vurdere, kan den grunnleggende undersøkelsen suppleres med en utvidet demensutredning i spesialisthelsetjenesten. Personer under 65 år bør som hovedregel alltid henvises til spesialisthelsetjenesten.

## Nyttige kilder til informasjon

Det finnes kvalitetssikrede nettressurser hvor du kan finne mer informasjon om de forskjellige demenssykdommene og typiske demenssymptomer.

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, driver kunnskapsutvikling og kompetansespredning om demens. På [www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no) finner du informasjon om hele demensforløpet og om den seneste forskningen på feltet.

Nasjonalforeningen for folkehelsen er en interesseorganisasjon for personer med demens og deres pårørende. På [www.nasjonalforeningen.no](http://www.nasjonalforeningen.no) finner du informasjon om demens. Nasjonalforeningen driver også Demenslinjen. På telefon 23 12 00 40 kan du få snakke med spesialsykepleiere om demens. Telefonen er åpen fra mandag til fredag, mellom klokken 09 til 15.

På Helsedirektoratets nettsider, [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no), finnes også informasjon om demens. Der finnes blant annet et rundskriv med utfyllende informasjon om informasjonsdeling og samarbeid.









Det somatiske sykehuset slik vi kjenner det, er vanligvis et lite egnet sted å oppholde seg for personer med demens. Løping i korridorer, mange nye ansikter og lang ventetid på undersøkelser er ofte en belastning, både psykisk og fysisk. Hukommelsvansker og andre kognitive symptomer kan derfor forverres, selv om pleien i seg selv er av høy kvalitet.

*Håndbok – Demens på sykehus* henvender seg først og fremst til deg som jobber på sykehus. Boka belyser vanskene som pasienter med kognitiv svikt står overfor, og viser hvordan du kan gjøre det lettere både for dem og for deg selv – slik at du kan gi en så god pleie og behandling som mulig. Hvordan kan vi oppdage kognitiv svikt? Hva gjør vi når pasientene ikke kan forklare hvor de har vondt, eller motsetter seg å bli undersøkt? Dette er bare noen av spørsmålene som tas opp. Boka inneholder også tips og råd, blant annet om hvordan det fysiske miljøet med enkle midler kan tilpasses bedre for personer med demens.

Denne boka tar utgangspunkt i *Om demenssjukdom på sjukhus*, utgitt av Svenskt Demenscentrum i 2017. Aldring og helse har på oppdrag fra Helsedirektoratet, oversatt og bearbeidet innholdet til norske forhold.



**Aldring og helse**

Nasjonal kompetansetjeneste

**Forlaget aldring og helse**

Postboks 2136, 3103 Tønsberg

[www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no)

ISBN 978-82-8061- 539-8