

Case til lokalt fagnettverk om psykiske lidelser og utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming

Hvordan demens ble oppdaget, diagnostisert og hvilke følger det fikk for brukers omsorgstilbud og kompetansebehov i kommunen

Annette Holen

Sosionom, Gjesdal kommune

Case

- * Mann, 50 år, med Downs syndrom.
- * Fikk diagnosen Alzheimer demens for snart to år siden

Tidlige tegn

- * Verktøy for å kartlegge endringer hos bruker over tid. Det er utarbeidet med tanke på å oppdage tidlige tegn på funksjonsfall og sykdom hos eldre personer med utviklingshemming. For å kunne fange opp endringene tidligst mulig, anbefales det å lage en «base line». For personer med Downs syndrom bør denne lages mellom 35 og 40 år, den bør startes når personen er i en stabil fase i voksen livet. Verktøyet skal brukes over tid, gjennomføres som en årlig rutine.
- * Dette verktøyet er beregnet for alle grader av utviklingshemming.
- * Før en tar i bruk dette verktøyet skal det innhentes samtykke fra bruker og/eller pårørende/verge.

Utfylling av Tidlige tegn

- * Kartleggingen skal gjøres av minst to personer som kjenner brukeren godt. Det noteres ned hvem som er med på hver kartlegging.
- * Etter å ha laget en base line ved første kartlegging, blir de neste vurdert opp mot denne.
- * Alle delene bør gjennomføres samlet.
- * For å få kontinuitet i registreringene bør det tilstrebes at minst en av personene er med på den neste.

Del A: Generelle opplysninger

- * I denne delen går en gjennom diagnoser, hjelpemidler, spesielle trekk ved syndrom eller utviklingsforstyrrelse og historiske opplysninger.

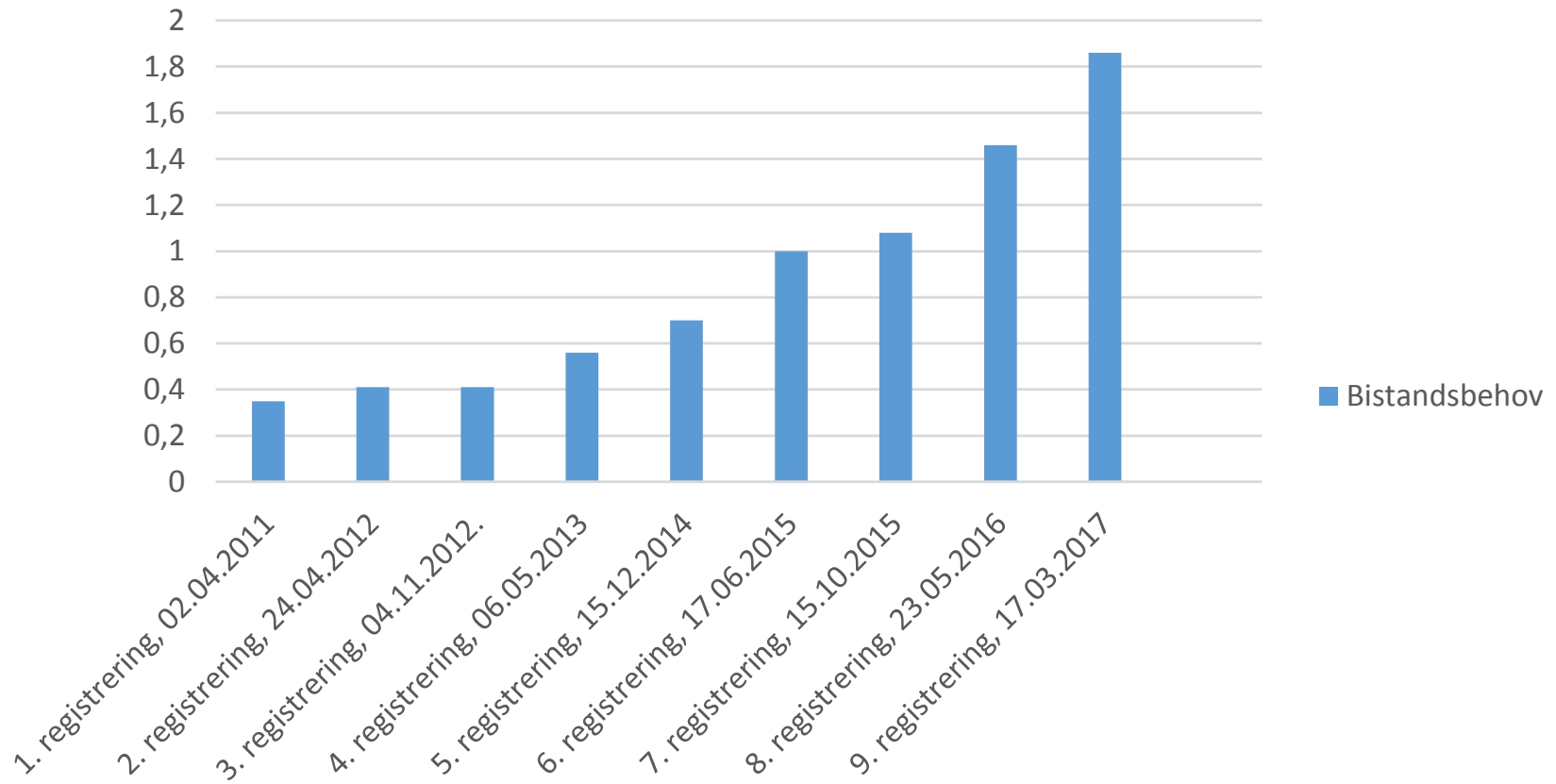
Del B: Sjekkliste for helse

1. Del en skal kvalitetssikre at det gjennomføres regelmessige helseundersøkelser. Datoer for siste konsultasjon hos lege, tannlege, spesialisthelsetjeneste osv. påføres her.
2. Den andre delen ser på den alminnelige helsetilstanden og om det har vært endringer. Her krysser en av for om det har vært endringer på de ulike spørsmålene, og dette visualiseres ved at man ser om det har vært stigende, synkende eller stabilt.

Del C: Kartlegging av endring i ferdigheter

- * Her skal man kunne fange opp endringer i evnen til å mestre praktiske ferdigheter.
- * Denne bygger på et døgnmønster på 4 perioder: morgen, dag, kveld og ukentlige gjøremål.
- * Etter at punktene er besvart, tegnes det inn i et søylediagram.

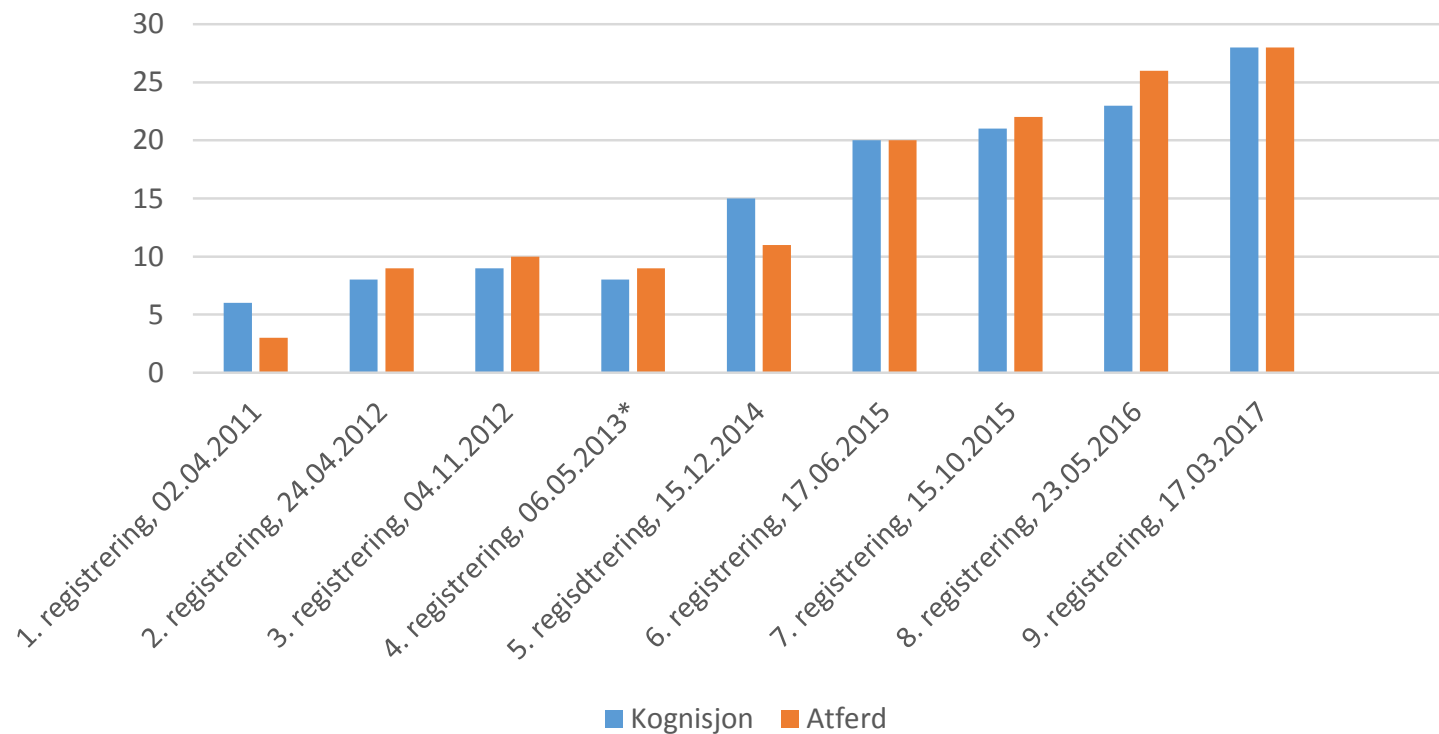
Bistand



Del D: Sjekkliste for endring av kognisjon (hukommelse, kommunikasjon og konsentrasjon) og atferd

- * Sjekklisten er bygget opp rundt de vanligste psykiske lidelsene som oppstår ved aldring og ser på symptomene på disse. Eks på disse er: depresjon, demens, delirium, psykose og angst.
- * Her registreres forekomst av de ulike symptomene den siste måneden. Delene summeres og settes inn i et stolpediagram.
- * Stolpediagrammene viser endring over tid, og hver enkelt bruker må vurderes for seg da disse symptomene kan være atferd som er vanlig for denne personen.
- * Det lages to stolper, en for kognisjon og en for atferd.

Endring av kognisjon og atferd



Del E: Sjekkliste for bakgrunnshendelser i miljø og sosialt nettverk

- * Her registreres viktige hendelser som har skjedd i personens nære nettverk, som flytting, dødsfall, fødsler, endring av personal osv.

Del F: Oppsummering, vurdering og plan for videre undersøkelser og tiltak

- * Den viktigste delen av verktøyet der en analyserer resultatene og vurderer behov for videre oppfølging.

Bakgrunnsinformasjon om bruker

- * Godt fungerende
- * Fysisk aktiv
- * Sosialt nettverk
- * Familie
- * Forlovede

Endringer

- * Dødsfall i nær familie
- * Mister noe av kontrollen han har hatt i forhold til datoer og avtaler.
- * Fortere trøtt.
- * Personal overtar medisinsvar.
- * November 2012 – flytter inn i ny base.
- * Personal begynner å være med når han handler.
- * Oftere forvirret.
- * Økt frustrasjon og sinne.
- * Får en mindre rolle i musikkgruppen, klarer ikke lenger holde samme tempo.
- * Reduserer arbeidstiden.

Utredning

- * Hadde tatt opp med fastlegen flere ganger om vi kunne få en utredning i forhold til demens uten at noe skjedde.
- * Kalte inn til samarbeidsmøte 14.01.2015 med arbeidsledere, pårørende, fastlege og leder for Miljøarbeidertjenesten.
- * Krevde en henvisning til Habiliteringstjenesten for utredning.

HAVO

- * Henvisning kom 27.01.2015 og første kartleggingsmøte med fagkonsulent HAVO 18.02.2015.
- * 30.04.2015 var bruker på poliklinisk konsultasjon HAVO hos overlege /nevrolog og fagkonsulent. Ble foretatt noen tester og samtale.
- * Konklusjon: Blir ikke oppfattet som deprimert. Endringene sett på som normal aldring, ikke demens. Blir likevel henvist til MR cerebrum.
- * Får anbefalt ny registrering i Tidlige Tegn og tettere oppfølging.
- * Fastlege bedt om å ta blodprøver. Viser mangel på sink.

Resultat av MR

- * Resultatet av MR viste hjernesvinn i flere deler av hjernen. I lillehjernen, storehjernen og begge sider av pannelappen. En alvorlig, to moderate og flere mindre.
- * Han hadde også spor etter noe som kunne være tegn på 3 hjerneslag.
- * Dette innebar at det sannsynligvis var en demens, men pga at hjernesvinnet var på flere områder, var det noe usikkert om det var Alzheimer eller om det også kunne være en vaskulær type demens. Dette ble drøftet med annen nevrolog, og han fikk diagnosen Alzheimer demens.

Videre oppfølging

- * Etter at diagnosen ble satt, ble det søkt om mer hjelp til bruker i boligen hans. Spesielt i forhold til måltider da dette er den største bekymringen rundt han. Han gikk opp fra 9 t/uken til 13 t i november 2015.
- * Han fikk påvist grå stær og har vært inne til operasjon og etterbehandling.
- * Personal har overtatt de praktiske oppgavene i hjemmet, noe av årsaken til dette ligger i dårlig syn. Men vi ser at funksjonsnivået hans er svekket og at han ikke lenger mestrer disse oppgavene.
- * Juni 2016 fikk han nytt vedtak, nå oppe i 25 t/uken der det er 1 t på natt fordi han står opp og nattevaktene er inne hos han.
- * Observerer at han ikke klarer følge med i samtaler på samme måte som tidligere, og det er flere ganger der det ser ut som om ordforståelsen hans har begynt å svekkes.

August 2016 har primærkontaktene, pårørende og arbeidsplassen et samarbeidsmøte. Her blir det sagt at han fungerer bra med arbeidstid til kl 12 hver dag, og det er ingen grunn til at han skal slutte jobb.

- * I februar 2017 blir pårørende informert om at han må avslutte arbeidsforholdet grunnet forhold innad i kommunen. Kommer frem til at det kan tross alt være en god løsning da han nå får mer oppfølging av personal, han får plass på dagsenter tilpasset eldre pensjonister og han får næringsrik middag servert hver dag. Ved å slutte nå vil han også kunne gå ut fra jobb uten at det har vært noen negative episoder.
- * Det blir laget en nedtrappingsplan sammen med bruker og arbeidsplassen, han skal jobbe ut mars måned. Da skal han få bli pensjonist.
- * Jobben har vært en stor og viktig del av livet til denne brukeren, og han ville ikke høre snakk om å bli pensjonist. Men har avfunnet seg med situasjonen og det var viktig for han å få høre fra arbeidsleder at han var velkommen til å komme på besøk. Han trives også veldig godt på dagsenteret.
- * Det er lagt inn endringsmelding der det blir søkt om mer bistand på morgenene siden personal er inne fra han står opp til han går på dagsenteret.

Kompetansebehov i kommunen

- * Har en del kompetanse som er ervervet gjennom kurs og videreutdanningen som vi bruker.
- * Det har vært god dialog med HAVO der vi har fått tilbud om veiledning på personalmøte. Dette satser vi på å få til om kort tid.
- * Kanskje det er et behov for kompetanseheving hos fastleger på dette området?