



# Rapport

## PROSJEKT DEMENSVENNLIG SYKEHUS Februar 2018 – juni 2019

Et prosjekt på Diakonhjemmet Sykehus.

# Organisering av prosjektet

Prosjekt «Demensvennlig sykehus» er organisert under «Helsetjenester til eldre (HTE) og daværende HTE-koordinator har vært prosjektleder. Ledergruppen i HTE har vært prosjektets styringsgruppe.

Prosjektgruppen har bestått av medlemmer fra medisinsk avdeling, kirurgisk avdeling, akuttmottaket og klinisk aktivitetsavdeling, (KLA)

- Torunn Nasset, HTE-koordinator/prosjektleder
- Christine Ekrheim, ortopedisk sengepost A
- Ingvild Pisani Mjøs, medisinsk sengepost B
- Eling Engh, geriatrisk poliklinikk
- Morag Holter, klinisk aktivitetsavdeling
- Maria Thune, akuttmottaket
- Liv Hopen, nestleder i brukerutvalget

Referansepersoner:

- Anne Lene Einbu, oversykepleier, medisinsk avdeling
- Mette irene Martinsen, oversykepleier, kirurgisk avdeling
- Anette Hylén Ranhoff, geriatr/proffessor – geriatrisk poliklinikk
- Nina Jøransson, førsteamanuensis VID
- Fag - og forskningsgruppen-gruppen (FOU-gruppen) i HTE



<sup>1</sup>Klinisk aktivitetsavdeling (KLA) organiserte ved prosjektstart fysioterapeuter, ergoterapeuter, kliniske ernæringsfysiologer og logopedar. Avdelingen er omorganisert i prosjektperioden.

# Inneholdsfortegnelse

---

<b>1.</b>	<b>SAMMENDRAG</b>	4
<b>2.</b>	<b>INNLEDNING</b>	5
<b>3.</b>	<b>HVA ER ET DEMENSVENNLIG SYKEHUS?</b>	6
<b>4.</b>	<b>FORBEDRINGSSIRKELEN</b>	7
<b>5.</b>	<b>INFORMASJONSINNHELTIN</b>	8
5.1.	Ekskursjoner	8
5.2.	Fokusgrupper og samtaler	8
5.3.	Presentasjoner	9
<b>6.</b>	<b>FOKUSOMRÅDE BEHANDLING</b>	10
6.1.	Pasienter med mistanke om demenssykdom	10
6.2.	Pasienter med kjent demenssykdom som legges inn akutt i sykehuset av andre årsaker	11
6.3.	Pasienter med adferdsmessige og psykiske symptomer ved demens	12
<b>7.</b>	<b>FOKUSOMRÅDE ORGANISERING OG RUTINER</b>	13
7.1.	Poliklinikkene	13
7.2.	Akuttmottaket	13
7.3.	På sengepost	14
7.4.	Ved utskrivning	14
<b>8.</b>	<b>FOKUSOMRÅDE FYSISK UTFORMING</b>	15
8.1.	Befaring	15
8.2.	Skilting	15
8.3.	Kontrastfarger	16
8.4.	Lyd og lys	16
8.5.	Plassering av utstyr	17
8.6.	Digitale verktøy	17
<b>9.</b>	<b>FOKUSOMRÅDE KUNNSKAP OG KOMPETANSE</b>	18
9.1.	Klasseromskurs	18
9.2.	E-læringskurs	18
9.3.	«Kommunikasjonskort»	18
<b>10.</b>	<b>UTFORDRINGER UNDERVEIS</b>	19
10.1.	Tid	19
10.2.	Innføring av DIPS Arena	19
10.3.	Omstillingsprosesser og ombygginger i sykehuset	19
<b>11.</b>	<b>VIDERE ANBEFALINGER</b>	20
<b>12.</b>	<b>VEDLEGG (ligger ikke ved i optrykket versjon)</b>	21

# Helsetjenester til eldre

## 1. SAMMENDRAG

---

Diakonhjemmet Sykehus er ett av flere sykehus som har fått prosjektmidler fra Nasjonalforeningen for folkehelse til å pilotere «Demensvennlig sykehus». Vi har valgt en bred tilnærming til prosjektet og har hatt følgende fokusområder:

- Behandling
- Organisering og rutiner
- Fysisk utforming
- Kunnskap og kompetanse

Vi har tatt utgangspunkt i «Forbedrings sirkelen», kartlagt status og prøvd ut tiltak innen hvert av fokusområdene. Noen av tiltakene er vurdert, men det har ikke vært mulig å kontrollere/evaluere alle tiltak og sette i verk korrigerende tiltak innenfor prosjektets tidsramme.

Kartlegging av status ble gjort gjennom ekskursjoner, fokusgrupper og samtaler med ansatte. På bakgrunn av funnene iverksatte vi tiltak innen hvert av fokusområdene. Tiltak innen fokusområdene behandling og kunnskap/kompetanse er prøvd ut og vurdert. Tiltak innen fokusområdene organisering/rutiner og fysisk utforming er foreslått videreført i regi av Helsetjenester til eldre (HTE)

Å gjennomføre prosjektet har i seg selv bidratt til økt bevissthet om demensvennlig sykehus blant ansatte.

Arbeidet i prosjektgruppen har vært inspirerende. Vi har tro på at man ved hjelp av noen enkle tiltak kan gjøre sykehuset mer demensvennlig og håper prosjektets anbefalinger vil bli videreført.



## 2. INNLEDNING

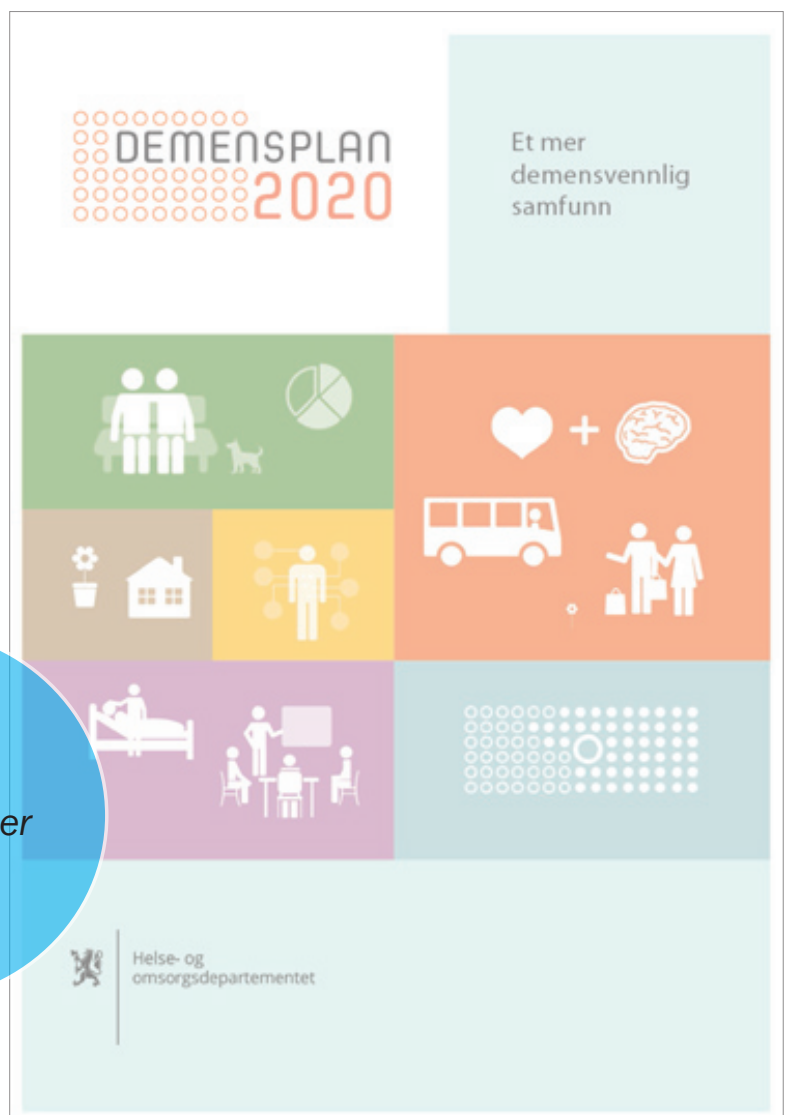
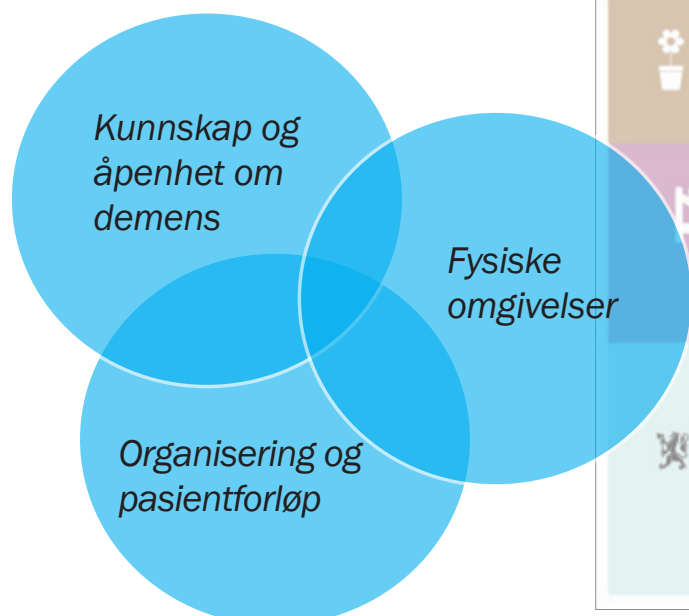
### Diakonhjemmet har gjennom mange år hatt fokus på eldres helse.

Diakonhjemmet har gjennom mange år hatt fokus på eldres helse. Blant annet er det i regi av Diakonhjemmet Stiftelse etablert et samarbeid mellom sykehuset, høyskolen VID og Diakonhjemmet Omsorg om «Helsetjenester til eldre» (HTE).

I sykehuset er det bygget opp et svært kompetent geriatrisk fagmiljø generelt og spesielt knyttet til utredning og behandling av demens.

I 2017 inviterte Nasjonalforeningen for folkehelse flere sykehus til å pilotere «Demensvennlig sykehus». Etter flere innledende møter, diskusjoner i ledergruppen for HTE og forankring i sykehusledelsen, søkte Diakonhjemmet Sykehus om støtte til et pilotprosjekt. På grunnlag av prosjektbeskrivelsen (vedlegg 1) fikk sykehuset i januar 2018 470.000,- til dette fra Nasjonalforeningen for folkehelse.

Diakonhjemmet Sykehus har lenge vært opptatt av å være «demensvennlig», og det geriatriske fagmiljøet har hatt fokus på å tilby god utredning og behandling, øke ansattes kompetanse og arbeide for hensiktsmessig organisering og fysisk utforming av sykehuset. Prosjektet har fokusert på disse områdene og det har bidratt til en økende interesse for et demensvennlig sykehus blant alle ansatte som kommer i kontakt med pasientgruppen.



### 3. HVA ER ET DEMENSVENNLIG SYKEHUS?

# Fokus på fire områder

Det er vanskelig å definere et demensvennlig sykehus. Det har i de siste årene vært mye fokus på et demensvennlig samfunn, demensvennlige institusjoner og demensvennlige forhold i hjemmet. Men det har vært lite fokus på demensvennlig sykehus i Norge.

Nasjonalforeningen har en definisjon av «Demensvennlig» se faktaboks. Selv om innleggelse i sykehus ikke er et «produkt», gir definisjonen mening i et demensvennlig sykehus med tanke på tiltak, omgivelser og kompensering for funksjonsnedsettelse.

I Sverige har man arbeidet med dette i flere år. Stiftelsen Silviahemmet ble etablert i 1996 og har fokus på kunnskap som verktøy for å forstå, hjelpe og imøtekomme personer med demenssykdom. Stiftelsen tilbyr i dag utdanning for ulike yrkesgrupper og sertifiseringsprogrammer for institusjoner og sykehus som ønsker å være «demensvennlige». Flere sykehus i Sverige har «Silviasertifisert» sine akuttavdelinger.

<http://www.silviahemmet.se/wp-content/uploads/2018/08/Broschyr-Silviahemmet-juli-2018.pdf>

Vi har fokusert på fire områder som vi mener er viktige for å kunne definere et sykehus som demensvennlig:

- Behandling
- Organisering og rutiner
- Fysisk utforming
- Kunnskap og kompetanse

**«Demensvennlig»** er et begrep som innebærer at alle produkter, tiltak og omgivelser skal være tilpasset den som har demens. Tiltakene skal høye livskvaliteten ved at personen kan nyttiggjøre seg produktet, liker det og trives med det. Demensvennlige tiltak vil være alle tiltak som er spesifikt rettet mot å kompensere for de funksjonsnedsettelse som er en konsekvens av demenssykdommen»

(Nasjonalforeningen for folkehelse)



## 4. FORBEDRINGSSIRKELEN

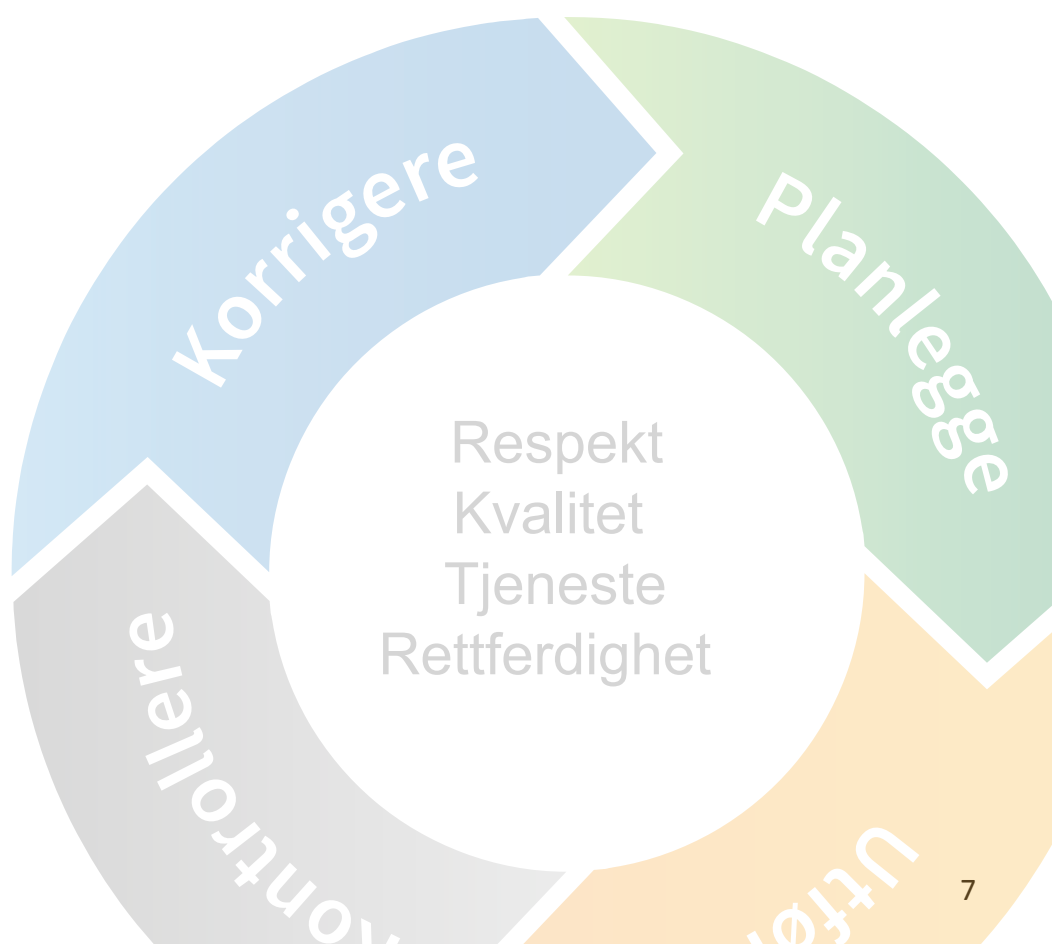
### Pilotprosjektet for et demensvennlig sykehus er ledd i sykehusets forbedringsarbeid.

Diakonhjemmet Sykehus bruker «Forbedrings-sirkelen» som verktøy i sitt forbedringsarbeid.

Planlegge – utføre – evaluere – korrigere

I dette prosjektet har vi startet med en kartlegging av dagens situasjon. Ut fra det har vi planlagt tiltak for å gjøre sykehuset mer demensvennlig. Vi har utført noen tiltak, evaluert disse og kommet med forslag til videreføring og korrigeringer. (se kapittel 6 – 9).

Vi foreslår noen tiltak som vi ikke har hatt tid og anledning til å teste ut i pilotperioden. Vi anbefaler at disse tiltakene testes ut senere, i regi av HTE (se kapittel 11)





## 5. INFORMASJONSINNHEENTING

### 5.1. Ekskursjoner

#### Gøteborg og Skøvde

Ved Diakonhjemmet Sykehus er det firmaet BEST som har levert ringesignalsystem på alle sengeposter. Prosjektet har vært i kontakt med dette firmaet for å se på hvilke muligheter de har for å koble «overvåkingsutstyr» til ringesignalsystemet. Tre ansatte fra sykehuset dro på ekskursjon til BEST sitt hovedkontor i Gøteborg hvor de også har en utstilling med hele sin utstyrsportefølje. Her fikk vi en innføring i hva de kan tilby og hva som ville være relevant å knytte til et demensvennlig sykehus.

Vi besøkte også sykehuset i Skøvde hvor mye av BEST sitt utstyr er tatt i bruk.

Begge besøkene ga ideer til tiltak vi har prøvd ut i prosjektet. Se mer om dette under pkt. 8.1.

#### Welhavensgate 5 i Oslo

Welhavensgate 5 er en bygård i Oslo. Her har bydelene St. Hanshaugen og Frogner etablert leiligheter for personer med demens og tatt i bruk mange velferdsteknologiske løsninger. Tre ansatte fra sykehuset var på besøk her og fikk en innføring i tanken bak konseptet og ble presentert for ulike løsninger som de har tatt i bruk.

Det var et interessant besøk, men vi konkluderte med at det var lite av det de hadde gjort som kunne overføres til et demensvennlig sykehus.



### 5.2. Fokusgrupper og samtaler

#### Fokusmøte med pårørende

Prosjektet har gjennomført et fokusmøte med pårørende til pasienter med demens som har vært i kontakt med geriatrik poliklinikk. Fokusmøte er en egnet kvalitativ metode der det settes fokus på et tema uten å intervju eller stille forhåndsbestemte spørsmål. Deltakerne snakker fritt, og det er åpent for alle innspill.

Pårørende ga flere nyttige innspill til prosjektet og kom med forslag til bedring av rutiner i geriatrik poliklinikk for eksempel knyttet til tilgjengelighet for samtaler med pårørende, hvor man kan finne nyttig informasjon og kurs innen kommunikasjon med personer med demens.

Prosjektet inviterte også til et fokusmøte med pårørende til inneliggende pasienter. Dessverre var det ingen pårørende som meldte seg denne gangen.

#### Samtale med helsepersonell

Prosjektet har gjennomført gruppesamtale med sykepleiere på geriatrik poliklinikk. Dette er ansatte som til daglig arbeider med pasientgruppen og som ga verdifulle innspill til organisering av tilbudet til pasientgruppen og deres pårørende – spesielt med tanke på mulige endringer i organisering og plassering av poliklinikkene i sykehuset. (se pkt. 7.1)

#### Samtale med ledere for ansatte uten helsefaglig bakgrunn

Prosjektet har hatt ett møte med ledere for ansatte uten helsefaglig bakgrunn for å diskutere behovet for kurs om kommunikasjon med personer med demens for deres ansatte. Vi valgte ledere for portører, renholdere, resepsjonsansatte, kontortjenesten og frivillige. De ga full støtte til at det var behov for et slikt kurs. Prosjektgruppen fikk mange gode tips til form, varighet, innhold og tidspunkt. (se mer om kursene under pkt. 9.1.)



### **Prosjektgruppe, referansepersoner og statusmøter**

Det har vært gjennomført ni møter i prosjektgruppen, to møter i undergrupper, to møter med referansepersoner og to statusmøter i regi av Nasjonalforeningen for folkehelse.

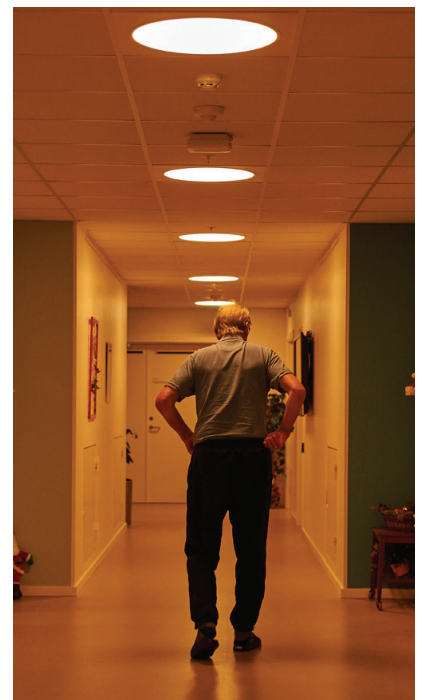
Alle deltakerne i disse aktivitetene har brakt nyttig informasjon og viktige innspill til prosjektet.

### **Ansatte med demenssykdom**

Prosjektet har også intervjuet en ansatt som har en demensdiagnose og som fortsatt er i arbeid. Dette ga prosjektet en ny dimensjon. Vi hadde ikke tenkt på at et demensvennlig sykehus også kan bety tilrettelegging for ansatte med demenssykdom. Vedkommende fortalte at ved å være åpen om sin diagnose ble det mulig for arbeidsgiver å legge til rette for å kunne være i arbeid. Det gjorde det mulig å fortsette å ha en jobb å gå til og være del av et kollegium – noe som for denne ansatte betød mye for livskvaliteten.

## **5.3. Presentasjoner**

Prosjektleder har i løpet av prosjektperioden presentert prosjektet i flere sammenhenger både internt i sykehuset og eksternt. Ved alle presentasjonene har det kommet spørsmål og kommentarer som har vært nyttige for prosjektet. Å dele informasjon underveis har bidratt til å belyse sider prosjektgruppen ikke hadde hatt tilstrekkelig fokus på.



# 6. FOKUSOMRÅDE BEHANDLING

## BEHANDLING

### 6.1. Pasienter med mistanke om demenssykdom

Utredning av demenssykdom ved Diakonhjemmet Sykehus skjer i all hovedsak i geriatrisk poliklinikk. Her tilbys tverrfaglig utredning med geriater, spesialsykepleiere, ergoterapeut, fysioterapeut og ved behov klinisk ernæringsfysiolog og logoped.

Prosjektet har kartlagt hva som finnes av prosedyrer for utredning og behandling av demens og delirium. Alle prosedyrene er godt faglig begrunnet, de er funksjonelle og de etterlevs.

Gjennom kartleggingen fant vi at det var behov for en ny gjennomgang av enkelte prosedyrer. Dette er gjennomført, og alle relevante utrednings – og behandlingsprosedyrer i geriatrisk poliklinikk er nå oppdaterte.

Prosjektet har også vurdert poliklinikkens innkallingsbrev. Det er behov for å se nærmere på disse brevene med fokus på forenkling av teksten.

### 6.2. Pasienter med kjent demenssykdom som legges inn akutt i sykehuset av andre årsaker

Mange pasienter med kjent demenssykdom eller kognitiv svikt legges inn i sykehuset med akutte sykdommer som for eksempel brudd og infeksjoner. Pasientene kommer først til akuttmottaket hvor de triageres (se faktaboks)

Disse pasientene blir ofte «lavtriagert» da de som oftest ikke har behov for umiddelbar akuttmedisinsk behandling. Risikoen for å utvikle delirium øker med lang ventetid i akuttmottak og delirium i akuttmottak blir ofte oversett.

*(«Delirium og kognitiv svikt blant eldre i norske akuttmottak» Tidsskrift for den norske legeforening mars 2019)*

Prosjektet har hatt fokus både på ventetid i akuttmottaket og på kartlegging av delirium ved akuttinnleggelse.

#### **Lang ventetid i akuttmottaket**

Lang ventetid i akuttmottak kan forsterke eller fremprovosere delirium hos pasienter med kjent demens/kognitiv svikt.

En gruppe studenter på masterprogrammet «Tjenesteutvikling til eldre» på VID (Diakonhjemmets vitenskapelige høyskole) gjennomførte våren 2019 et teoretisk prosjekt der de vurderte etablering av «deliriumbremsende rom» i akuttmottak. Prosjektet har brukt anbefalinger og forslag til tiltak fra studentenes rapport i vurdering av tiltak i akuttmottaket. (se pkt. 7.2 og pkt. 8)

Studentene påpekte også at rask og kyndig behandling og håndtering av eldre i akuttmottak kan være avgjørende for å forebygge komplikasjoner. Helsepersonell som arbeider i akuttmottak har først og fremst høy kompetanse innen akuttmedisin. Kunnskap om spesielle utfordringer for eldre pasienter i en akutsituasjon er helt nødvendig for å gi disse pasientene et riktig behandlingstilbud. Det anbefales at internundervisning i akuttmottaket også har fokus på dette fagområdet.

*Tiagering innebærer at en pasient som kommer til akuttmottaket umiddelbart etter ankomst vurderes av sykepleier etter gitte kriterier. Ut fra denne vurderingen kategoriseres pasienten etter fargekode som indikerer hastegrad for videre behandling. Jo «lavere» pasienten er triagert, jo lengre ventetid.*

## Kartlegging

### - WORLD DELIRIUM DAY 2018 OG 2019

World Delirium Awareness Day arrangeres internasjonalt en gang i året. Vårt sykehus har markert denne dagen i 2018 og 2019.

#### World Delirium Awareness Day 2018:

Pasienter over 75 år innlagt i akuttmottaket 14. mars 2018 mellom 08.00 og 22.00 ble undersøkt for delirium og kognitiv svikt ved hjelp av screeningverktøyet «4AT». Funn viste en underdiagnostisering av delirium og andre former for kognitiv svikt.

Resultater fra ti akuttmottak i Norge er sammenstilt og presentert i artikkelen «Delirium

og kognitiv svikt blant eldre i norske akuttmottak» (Tidsskrift for den norske legeforening mars 2019)

I forbindelse med forberedelsene til World Delirium Awareness Day 2018 ble det avdekket et behov for informasjon om «4AT» Derfor ble det utarbeidet et «Deliriumkort» i lommeformat til bruk for leger og sykepleiere i akuttmottaket. Kortet inneholder en sjekkliste for å tenke delirium og en oversikt over screeningverktøyet «4AT»

Kortet ble svært populært og brukes nå både på sengeposter og i akuttmottaket. Det er til nå trykket opp i tre opplag, og prosjektet anbefaler at dette blir standardinformasjon til leger og sykepleiere.

## Tenk delirium

**Risikopasienter**

- Alder > 75 år
- Kognitiv svikt
- Sansesvikt
- Tidligere delirium
- Traume
- Alvorlig sykdom
- Smerter
- Infeksjon

**Gjenkjenne**

- Forandring eller fluktasjon i:
- Kognisjon
- Våkenhet
- Funksjon
- Virkelighetsoppfatning
- Atferd

**Handle**

- Behandle utløsende årsak
- Medikamentgjennomgang
- Forklare pasient og pårørende om delirium
- Forutsigbare omgivelser
- Forsiktig mobilisering
- Brillere og høreapparat

**Sjekkliste**

Etter modell fra Barts health - NHS trust, oversatt av Saltvedt/Evensen, design av Sjørdahl og ikoner fra freepik på www.flaticon.com

Diakonhjemmet Sykehus

#### World Delirium Awareness Day 2019:

I 2019 ble kartlegging av delirium og kognitiv svikt gjennomført på en medisinsk og tre kirurgiske sengeposter. Resultatene viser at også hos pasienter på sengepost er delirium og kognitiv svikt vanlig og underdiagnostisert.

Resultatene fra prevalensundersøkelsene i 2018 og 2019 viser stor sannsynlighet for at delirium hos pasienter i akuttmottaket blir oversett. Dette samsvarer med internasjonal forskning (ref. Nørbaek & Glipstrup. Dan med J. 2016;63(11):A5293)

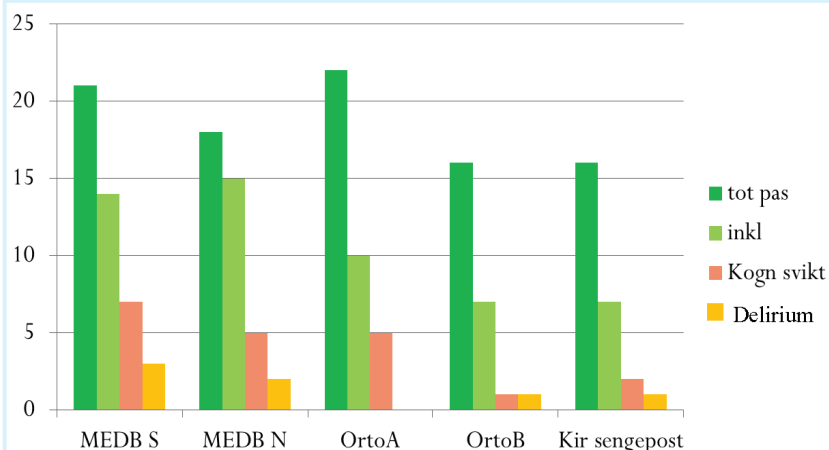
Det er behov for å vurdere tiltak knyttet til å registrere delirium og kognitiv svikt i akuttmottaket. Det er også behov for å se på videre behandling og oppfølging av pasienter som har fått påvist delirium ved innleggelses – hvilke tiltak skal settes i verk for å gi disse pasientene et optimalt behandlingstilbud?

Prosjektet oppfordrer akuttmottaket til sammen med sengepostene å vurdere å utvikle et pasientforløp for pasienter med påvist delirium i akuttmottaket.

### Resultater 13.03.19;

**KOGNITIV SVIKT** påvist hos 20 (38%) og **DELIRIUM** påvist hos 7 (13%) av 53 inkl.

*Inkluderte: 65+ år, snakker norsk, ikke koma. MEDB, ORTO A+B, Kir sengepos*



#### 4AT screeningtest for delirium og kognitiv svikt

[1] **ÅRVÅKENHET** (forholder seg normalt til om pasienten virker tydelig desig (dvs. vanskelig å undersøke) eller motorisk urolig/hyperaktivt sover, forsøk å vekke pasienten med vanlig stemme. Be pasienten oppgi navn og adresse til hjelp med)

- Normal (helt årvåken, ikke urolig)
- Lett søvnløse < 10 sekunder etter vekking
- Tydelig unormal(t)

[2] **AMT4** (Forkortet mental vurdering)  
Be om alder, fødselsdato, sted (navnet på sykehuset)

- Ingen feil
- 1 feil
- 2 feil eller flere/ikke testbar

[3] **OPPMERKSOMHET**  
Spør pasienten: Kan du i baklengs rekkefølge med desember. Å hjelpe pasienten med et inn desember?> er tillatt.

Rekkefølgen av årets måneder baklengs:

- Oppgir 7 måneder eller flere i rekkefølge
- Begynner, men klarer <7 måneder
- Ikke testbar (er uvel, desig, u)

[4] **AKUTT ENDRING ELLER FLUKTUASJON**  
Holdepunkter for betydelige endringer eller fluktusjoner i annen mental funksjon. (F.eks. paranoide symptomer de siste to uker og fremdeles tilstede de siste 24 timene)

- Nei
- Ja

**Tolkning av 4AT:**

- >4: mulig delirium og eller kognitiv svikt
- 1-3: mulig kognitiv svikt
- 0: delirium eller alvorlig kognitiv svikt usannsynlig, mulig delirium hvis informasjon under punkt 4

Informasjon og nedlasting: [www.the4at.com](http://www.the4at.com)

2011-2014 MacLulich, Ryan, Cash; 2015 norsk versjon; Geir MCoN, PhD, Ahmad Al-Fattal (MD), Cathrine de Groot (fys. MSO) ansvarlig for tilbakerevisjonen. St. Olavs Hospital/NTNU.

### 6.3. Pasienter med adferdsmessige og psykiske symptomer ved demens

Pasienter med adferdsmessige og psykiske symptomer ved demens behandles i all hovedsak i alderspsykiatrisk avdeling ved sykehuset. Prosjektet har hatt fokus på de somatiske avdelingene og har derfor valgt å ikke fokusere på denne pasientgruppen.

Vi har imidlertid vært i kontakt med alderspsykiatrisk avdeling i forbindelse med at denne avdelingen i nær fremtid skal flytte fra Tåsen til Steinerud (hvor de somatiske avdelingene ligger i dag). Prosjektet har foreslått tiltak knyttet til fysisk utforming av ny avdeling i tråd med erfaringer vi har gjort underveis i prosjektet. (Se under «Fysisk utforming»)



*Innen fokusområdet BEHANDLING anbefaler prosjektet:*

- Geriatrisk poliklinikk vurderer å forenkle teksten i sine innkallingsbrev.
- Vurdere screening med «4AT» som standard i akuttmottaket
- Tenke demensvennlig når alderspsykiatrisk avdeling skal flytte
- Utvikle et pasientforløp for pasienter med påvist delirium i akuttmottaket.

# 7. FOKUSOMRÅDE ORGANISERING OG RUTINER

## 7.1. Poliklinikkene

### Geriatrisk poliklinikk

Utredning og behandling av demenssykdommer i sykehuset foregår i all hovedsak i geriatrisk poliklinikk (se pkt. 6.1.). Poliklinikken er lokalisert i en egen fløy i sykehuset og er relativt skjermet fra annen aktivitet. Både pårørende og ansatte uttrykker at dette er funksjonelt.

Det pågår for tiden et omstillingsprosjekt i sykehuset – «Prosjekt DS 2020». Dette innebærer bl.a. at man vurderer å samle polikliniske funksjoner, innføre selvregistrering ved ankomst og installere digitale betalingsløsninger.

Prosjektgruppen har uttrykt bekymring knyttet til å legge geriatrisk poliklinikk til et felles poliklinikkområde. En slik plassering vil føre til et urolig og uoversiktlig miljø, og digitale

løsninger som vil være utfordrende for pasientgruppen og deres pårørende. Prosjektgruppen vurderer at det ikke vil være en demensvennlig løsning å flytte geriatrisk poliklinikk sammen med sykehusets øvrige poliklinikker.

### Andre poliklinikker

Pasienter med demenssykdom har også behov for andre polikliniske tjenester enn det geriatrisk poliklinikk tilbyr, f.eks. utredning, behandling og oppfølging av medisinske og kirurgiske problemstillinger. Det er sannsynlig at dersom sykehusets øvrige poliklinikker samlokaliseres og utstyres med digitale innsjekkings – og betalingsløsninger vil det øke risikoen for økt uro, utvikling av delirium og vanskeligheter med å få undersøkt pasienten på en hensiktsmessig måte.

Dersom sykehuset velger disse løsningene, må man ta hensyn til pasienter med demenssykdom og sette i verk tiltak som gjør det mulig for dem å benytte seg av poliklinikkens tilbud. Mulige tiltak kan være avskjerming av ventesoner og ansatte som bistår med innsjekking og betaling.

## 7.2. Akuttmottaket

Sykehusets akuttmottak er organisert med en egen triagesone med fire til fem senger med forheng mellom, to akuttrom, enkeltrom og dobbeltrom. De fleste pasienter plasseres først i triagesonen, og noen blir liggende her i flere timer. Det er godt dokumentert at støy, høy aktivitet og urolige omgivelser kan føre til økt uro, angst og utvikling av delirium hos disse pasientene.

Registreringer fra «World Delirium Awareness Day» viser at det pr i dag ikke er tilstrekkelig kunnskap eller gode nok rutiner i akuttmottaket til å avdekke delirium. Screening med «4AT» viser seg å være et nyttig verktøy for å avdekke delirium. Systematisk kartlegging med «4AT» for alle pasienter over 75 år i akuttmottaket er under vurdering.

Masterstudentene fra VID (se pkt.6.2) beskriver tiltak for å forbedre fysiske omgivelser for eldre pasienter i akuttmottak. Noen av disse tiltakene kan være relevante for å redusere risiko for utvikling av delirium i vårt akuttmottak – se faktaboks.

#### FAKTABOKS:

- Fjerning av utstyr som forårsaker uønsket støy
- Mulighet for å dempe/regulere belysning
- Skilting, veggklokker og kalender
- Syns – og hørselshjelpemidler
- Mulighet for pårørende å være til stede

Prosjektgruppen har diskutert bruk av frivillige i akuttmottaket. Frivillige vil kunne bistå personalet med for eksempel å sitte hos urolige pasienter og deres pårørende. Dette er tatt opp med sykehusets preste – og diakonitjeneste som har ansvar for de frivillige i sykehuset. De ser positivt på å utvikle en støttetjeneste i akuttmottaket.

Pasienter som legges inn med hoftebrudd sluses direkte til eget «hofte-mottak» på ortopedisk sengepost. Disse pasientene screenes rutinemessig med «4AT». Ved hoftemottaket er det også gjort andre demensvennlige tilpasninger som å redusere støy og unødvendig aktivitet, samt opplæring av ansatte. Man tilstreber kort preoperativ ventetid.

Det er dialog mellom ansatte på hoftemottaket og i akuttmottaket for å utveksle erfaringer om deliriumdempende tiltak ved akuttinnleggelse i sykehuset

*Følgende tiltak vil bli iverksatt i akuttmottaket høsten 2019:*

- Gjennomføring av et mastergradsarbeid med fokus på mulig effekt av endret triagering for skrøpelige pasienter > 75 år. Foreløpige inklusjonskriterier er fall, endret mobilitet, kognitiv svikt – kartlagt ved to enkle tester, alder (> 90 år)
- Videre vurdering av om screening med «4AT» kan innføres som standard
- Det legges opp til opplæring og bevisstgjøring knyttet til demens og delirium for ansatte i akuttmottaket bl.a. ved å ha dette som tema på fagdag høsten 2019 og ellers komme med små «drypp» på ukentlig internundervisning
- Vurdering av enkle «deliriumdempende» tiltak med utgangspunkt i befarings (se pkt. 8.3)
- Vurdere bruk av frivillige som kan bistå ansatte for å forebygge delirium eller berolige pasienter som har utviklet delirium.

### 7.3. På sengepost

I 2018 ble det gjennomført en stor omrokking av sengeposter i sykehuset. I denne prosessen ble det etablert en stor medisinsk sengepost med 40 senger. Denne sengeposten tar bl.a. i mot pasienter med slag og med akuttgeriatriiske problemstillinger. Det er en stor utfordring å gjøre denne sengeposten «demensvennlig» - både pga. den fysiske utformingen, stor aktivitet og støy. Prosjektet har vært opptatt av å se på muligheter for å begrense ulempene for pasienter med demens.

Tiltak som er foreslått:

- En egen «skjermingsstue» for utsatte pasienter
- Lydløse signalsystem med ringesignal til mobiltelefoner hos hver ansatt på jobb
- Urodempende fysiske tiltak (se pkt. 8.1)

Forslagene er under vurdering.

### 7.4. Ved utskrivning

**TAXI** Diakonhjemmet Sykehus

**Gi meg tid**

- ikke snakke
- si én ting
- gi meg tid
- vær sikker

**TAXI** Diakonhjemmet Sykehus

**Jeg trenger ekstra hjelp for å**

- finne fram
- forstå
- huske
- forklare meg

Prosjektet er vel kjent med at god planlegging ved utskrivelse er av avgjørende betydning for denne pasientgruppen og deres pårørende. Viktige momenter i den forbindelse er god kommunikasjon med de som skal overta omsorgen for pasienten, god planlegging av transport hjem eller til sykehjem og sikkert mottak av pasienten.

Prosjektet har ikke sett spesielt på denne delen av pasientforløpet. Men vi har designet og produsert et kort beregnet på taxisjåfører for å minne dem om at enkelte pasienter trenger bedre tid enn vanlige passasjerer. Prosjektet anbefaler at ansatte på sengepost, poliklinikker og i resepsjonen tilbyr dette kortet til pasienter og vurderer nytten av det. Det bør også vurderes om kortet bør trykkes opp på engelsk og urdu.

*Innen fokusområdet ORGANISERING OG RUTINER anbefaler prosjektet:*

- Tenke «demensvennlig» i planlegging av nye poliklinikker
- Vurdere «deliriumdempende» tiltak i akuttmottaket
- Følge opp evt. anbefalinger i masteroppgaven som gjennomføres i akuttmottaket høsten 2019
- Bruke «Taxi-kortet» og vurdere nytten av det
- Vurdere å trykke opp «Taxi-kortet» på engelsk og urdu



# 8. FOKUSOMRÅDE FYSISK UTFORMING

## 8.1. Befaring

For at et sykehus skal være demensvennlig må en del fysiske forutsetninger være ivaretatt. Prosjektgruppen har diskutert sykehusets fysiske utforming, innhentet råd fra Senter for fagutvikling og forskning (SFF) og lest litteratur om demensvennlige omgivelser.

På bakgrunn av dette inviterte vi til en befaring i sykehuset. Befaringen ble gjennomført av tre grupper med tre personer i hver gruppe.

Deltakerne i gruppene kom fra medisinsk avdeling, kirurgisk avdeling, klinisk aktivitetsavdeling, brukerutvalget, og SFF. En representant fra Nasjonalforeningen for folkehelse skulle deltatt, men ble forhindret.

Hver gruppe fokuserte på ett «pasientløp»:

1. Poliklinisk pasient:
  - a. Fra hovedresepsjonen til geriatrisk poliklinikk
  - b. Fra poliklinikkområdet via radiologisk avdeling til hovedresepsjonen
2. Akuttinnleggelse - akuttmottaket
3. Sengepost – medisin B og Orto A

Hver gruppe fikk med seg et skjema der de skrev inn stikkord under følgende temaoverskrifter: skilting, bruk av farger, lys, lyd, plassering av utstyr, «digitale» verktøy og «andre ting».

Etter en times befaring møttes gruppene til en oppsummering. Dette resulterte i konkrete anbefalinger som vi har valgt å dele inn i fem kategorier som er beskrevet i pkt. 8.2 – 8.6. I hvert av disse punktene har vi tatt med noen eksempler fra befaringen. For fullstendig oppsummering av befaringen, se vedlegg 2

Alle deltakerne opplevde befaringen som nyttig – og ansatte som har arbeidet lenge i sykehuset så nye ting da de tok på seg «demensbrillene».

## 8.2. Skilting

Sykehuset har en gjennomgående og gjennomtenkt skiltprofil med blå skrift på hvit bunn. Det er fokus på at skiltene skal være lesbare, vise tydelig vei og ha en estetisk utforming. Det er enkelt å få justert og tilpasset skilt,

og dette gjøres jevnlig etter innspill fra ulike brukere av sykehuset i tett samarbeid med sykehusets kommunikasjonsavdeling.

Likevel har alle de tre gruppene under befaringen kommentert skiltingen i sykehuset.

Her er noen eksempler fra gruppene:

### **Utforming av selve skiltene**

- Ideelt sett bør piler på skilt stå på den siden av teksten de henviser til – dvs. at skilt som viser som viser vei mot høyre bør ha pil på høyre side av teksten, mens skilt som viser vei mot venstre bør ha pil på venstre side av teksten. (ref. [www.lesbarhet.no](http://www.lesbarhet.no)) Alle skilt i sykehuset har pil på høyre side av teksten
- Blokkskrift er mer lesbart enn store bokstaver og bør alltid brukes. Skilt i heisene på sykehuset er skrevet med store bokstaver
- Ingen skilt viser vei til «Røntgenavdelingen» - bare til «Radiologisk avdeling». Dette er ikke nødvendigvis selvforklarende for alle pasienter og pårørende

### **Plassering av skilt.**

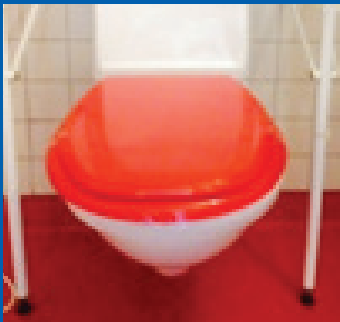
- Skilt som henger ned fra taket er noen steder plassert for høyt og er vanskelige å oppdage.
- Noen skilt «drukner» i en jungel av midlertidig informasjon eller oppslag
- Lyssetting ved skilt er flere steder ikke optimal - bl.a. pga. gjenskinn i skiltene og gjør dem vanskelige å lese

### **Skilt som mangler**

- Det er ingen skilt som viser hvilken etasje man er i når man kommer ut av heisene i sykehuset
- Det er ingen skilt ved vandispensere – noe flere av gruppene savnet.
- Skilt med visittid ble etterlyst

I tillegg kommenterte alle gruppene behov for flere klokker, kalendere og «dagstavler» på pasientrom og i fellesrom.





### 8.3. Kontrastfarger

Deler av sykehuset er preget av et bevisst forhold til bruk av kontrastfarger, f.eks. ved at hver etasje har «sin» farge på dørene og disse er i tydelig kontrast til de hvite veggene. Men det er også eksempler på at man ikke har vært bevisst på dette, f.eks. ved å male rekkverk i korridor hvite inntil hvit vegg. Under befaringen påpekte aller gruppene at man med enkle tiltak kan gjøre sykehusomgivelsene mer demensvennlig. Her er noen eksempler:

- Farge på veggen bak toalettene og evt. vaskene
- Markering med kontrastfarget kant rundt lysbrytere og oppslag.
- Male rekkverk i korridor i kontrastfarge til hvit vegg
- Farget serviett under hvitt servise
- Merking av taolettdører – både inn og ut av toalettet

### 8.4. Lyd og lys

#### **Lyd:**

Det er ikke mulig å eliminere all støy i et sykehus. Men jo mer bevisst man blir på at støy kan føre til økt uro, jo lettere vil det bli å fjerne unødvendig støy. Under befaringen kommenterte gruppene at det er mye støy i hovedresepsjonen, i poliklinikkområdet, på sengepost og i akuttmottaket og foreslår noen mulige tiltak:

- Ringesignal på sengepostene går direkte til smarttelefonen til sykepleier og høres ikke i korridoren. Dette er et tiltak det arbeides med å prøve ut i medisinsk avdeling og som prosjektet støtter.
- I akuttmottaket har man begynt å vurdere hvilke alarmer man kan koble ut uten å redusere overvåkingen av akutt syke pasienter i risiko for å utvikle delirium
- Det bør vurderes støydempende tiltak i ventesoner når poliklinikkene skal bygges om

#### **Lys:**

Det pågår kontinuerlig ombygging og endring i bruk av arealer i sykehuset. I disse prosessene er det fokus på optimal belysning både i korridorer, på pasientrom og i fellesarealer. Det kan være motstridende interesser når det gjelder bruk av lys. For eksempel kan ansatte ha behov for mye lys for å kunne utføre oppgaver forsvarlig, mens pasienter har behov for dempet belysning for å skape ro. Fra befaringen kom det noen eksempler som prosjektet anbefaler at man jobber videre med:

- Ny gjennomgang av lyskilder i korridorer, resepsjonsområder, ved heisene og i tilknytning til skilt
- Bevisstgjøring av ansatte vedr. bruk av demping av lyskilder

## 8.5. Plassering av utstyr

Det er generelt ryddig og oversiktlig i sykehusets fellesområder. I resepsjonsområdene står det noe nødvendig utstyr som f.eks. rullestoler. På sengepostene står det en del nødvendig utstyr i korridorene pga. lite lagerplass.

Noen kommentarer fra gruppene:

- Det kan være behov for å se på skilt, skjermer og informasjonsmateriell i hovedresepsjonen. Dette kan i dag oppfattes som «uroelig».
- På sengepostene bør nødvendig utstyr i korridor plasseres på den ene siden.

## 8.6. Digitale verktøy

Etter ekskursionene til BEST sitt hovedkontor i Gøteborg (se pkt. 5.1.) ble det besluttet å prøve ut ulike sensorer som kan kobles til ringesignalsystemet: dørsensorer, sengematter og gulvsensorer. Utprøvingen har foregått på en medisinsk sengepost. Vi ønsket å bruke av prosjektmidlene til innkjøp og etablering av disse løsningene for utprøving. Da dette ikke lot seg gjøre bekostet medisinsk avdeling innkjøp av utstyr.

Status utprøving av div. sensorutstyr

• **Dørsensorer:** Dette er sensorer som registrerer når en person går inn eller ut av døren. Sensoren gir signal i display i korridor. Man antar at dette er funksjonelt å bruke når man har pasienter som vandrer. Sensoren kan kobles av og på etter behov.

Det er montert dørsensorer på fire enerom på medisin B. Så langt er det få, men gode erfaringer. Det er lettere å følge opp pasientene uten å måtte være til stede i rommet hele tiden. Det er ofte behov for fastvakt hos disse pasientene – noe pasientene ikke alltid opplever som positivt. I tillegg er det ressurskrevende. Foreløpige erfaringer viser at det er lettere å følge opp pasientene. Vi kan så langt ikke si at tiltaket har redusert behovet for fastvakt.

• **Sengematte:** Dette er matter som plasseres i pasientens seng, kobles til ringesignalanlegget og gir signal i display i korridor ved endret trykk/opphevelse av trykk. Når signal skal utløses kan stilles inn manuelt. Mattene kan rengjøres på forsvarlig måte og flyttes fra rom til rom etter behov. De egner seg til bruk hos pasienter med nedsatt fysisk funksjonsnivå i kombinasjon med kognitiv svikt. Medisin B har hatt matter til utprøving. Så langt er erfaringene gode og man ønsker å kjøpe inn flere matter.

• **Gulvsensorer:** Dette er sensorer som kan plasseres nede ved gulvet og som registrerer bevegelse. Sensorene er koblet til ringesignalanlegget, kan rengjøres og flyttes fra rom til rom. De egner seg til pasienter med nedsatt fysisk funksjonsnivå i kombinasjon med kognitiv svikt og som ikke bør gå uten følge. Medisin B har prøvd ut disse sensorene, men så langt kan man ikke trekke noen konklusjoner av utprøvingen.

I prosjektgruppemøter har det vært uttrykt bekymring knyttet til etablering av digital innsjekking og betaling i «nye» poliklinikker. Det er en kjensgjerning at det vil bli etablert. For at dette skal bli demensvennlig bør man vurdere ekstra tiltak for pasienter og pårørende som trenger hjelp til dette.

*Innen fokusområdet FYSISK UTFORMING anbefaler prosjektet:*

- En systematisk gjennomgang av skilting med fokus på demensvennlig utforming og plassering
- Vurdere systematisk bruk av kontrastfarger
- Fokus på å redusere unødvendig støy og ha et bevisst forhold til bruk av lys
- Bevisst forhold til hvor og hvordan utstyr plasseres
- Støtte til pasienter og pårørende som ikke håndterer digital innsjekking og digital betaling i poliklinikkene

# 9. FOKUSOMRÅDE KUNNSKAP OG KOMPETANSE

## 9.1. Klasseromskurs

Helsetjenester til eldre (HTE) har i mange år gjennomført kurset «Kommunikasjon og samhandling med personer med demens» for ansatte med helsefaglig bakgrunn. Kursene har hatt deltakere både fra sykehus og primærhelsetjenesten.

Prosjektet har kartlagt at det er behov for et tilsvarende kurs for ansatte uten helsefaglig bakgrunn. Vi har vært i kontakt med Nasjonalforeningen for folkehelse og SFF da de har lang erfaring i å utvikle og gjennomføre denne typen kurs. Vi fikk gode tips fra begge, men etter en totalvurdering konkluderte vi med at vi ønsket å lage vårt eget lokale kurs med interne forelesere.

På bakgrunn av råd fra ledere for de aktuelle ansattegruppene (se pkt. 5.2.) arrangerte prosjektet to to-timers kurs for denne målgruppen.

Vi gjennomførte ett kurs på formiddagen og ett kurs etter ordinær arbeidstid. Det var 22 deltakere på hvert av kursene. Begge kursene ble svært godt evaluert. (Se vedlegg 3)

I ettertid ser vi at vi kunne invitert flere ansattegrupper til kursene – for eksempel ansatte i teknisk avdeling, i kiosken og vektere.

Prosjektet anbefaler at disse kursene videreføres i regi av HTE – og at flere ansattegrupper inviteres.

## 9.2. E-læringskurs

Nasjonalforeningen for folkehelse har utviklet et kurs med tittelen «Demensvennlig samfunn» Dette kurset ligger tilgjengelig på [www.helsekompetanse.no](http://www.helsekompetanse.no) Kurset er ikke spesielt rettet mot ansatte i sykehus, men det gir god kunnskap om kommunikasjon med personer med demens generelt. Det inneholder bl.a. illustrerende filmsnutter.

Prosjektet har tatt initiativ til å få signert en avtale med Nasjonalforeningen for folkehelse som innebærer at sykehuset kan legge dette kurset tilgjengelig i vår «Læringsportal» og blir lett tilgjengelig for våre ansatte. Det gjenstår noen tekniske tilrettelegginger før kurset er på plass i «Læringsportalen».

**Vanlige symptomer**

- Hukommelsessvikt, glemmer informasjon kort etter at den er gitt
- Orienteringsvansker, finner ikke frem, husker ikke hvor de skal
- Språkvansker, kan ha vanskelig for å forklare seg, misforstår, finner ikke ord
- Problemer med å planlegge og utføre oppgaver
- Endring i humør og sinnstemning

**Tips for kommunikasjon med personer med demens**

- Vær vennlig, smil gjerne
- Se på personen, ha øyekontakt
- Si én ting om gangen
- Still gjerne ja- og nei-spørsmål
- Snakk tydelig og ikke så fort
- La personen med demens få tid til å svare eller gi uttrykk for hva han mener eller ønsker
- Lytt med godvilje

**Hva er demens**

Diakonhjemmet Sykehus

**Hva er demens?**

**Demens**

**Demens skyldes sykdom eller skade i hjernen.**  
De to vanligste årsakene til demens er Alzheimers sykdom og skader i blodårene i hjernen.

De fleste demenssykdommene utvikler seg slik at en gradvis blir dårligere. Som følge av dette vil den som er rammet bli stadig mer avhengig av hjelp for å mestre dagliglivets aktiviteter.

Diakonhjemmet Sykehus

## 9.3. «Kommunikasjonskort»

Som et ledd i kartleggingen av kompetansebehov kom det opp en idé om å utvikle et «Kommunikasjonskort» - et kort ansatte kan ha i lommen med enkle råd om hvordan man best kan kommunisere med personer med demens. Vi tror kortet kan være nyttig for alle som arbeider i sykehuset – og også for pårørende til

pasienter med demenssykdom.

Kortet er designet av grafisk designer og satt i produksjon i juni. Prosjektet har foreløpig ikke høstet noen erfaringer om bruk av kortet, men anbefaler at ny HTE-koordinator følger opp dette og vurderer behov for opptrykk av flere kort.

*Innen fokusområdet KUNNSKAP OG KOMPETANSE anbefaler prosjektet::*

- Kurset «kommunikasjon og samhandling med personer med demens» for målgruppen ansatte uten helsefaglig bakgrunn bør videreføres i regi av HTE
- Gjøre ansatte oppmerksomme på kurset i læringsportalen
- Oppfordre til å bruke kommunikasjonskortet – og vurdere effekten av dette

# 10. UTFORDRINGER UNDERVEIS

---

# UTFORDRINGER

## 10.1. Tid

Prosjektarbeid er et arbeid som kommer i tillegg til alt annet man skal gjøre. Som i de fleste andre prosjekter har det vært en utfordring å samle hele prosjektgruppen til møter. Vi bestemte tidlig å gjennomføre planlagte prosjektgruppemøter selv om ikke alle kunne komme. Vi har gjennomført 9 prosjektgruppemøter, men

kun vært fulltallig to ganger. Dette bidro til at vi søkte om å utvide prosjektperioden med fire måneder. (fra 28. februar til 30. juni) Til tross for varierende fremmøte har prosjektet hatt god fremdrift.

## 10.2. Innføring av DIPS Arena

DIPS Arena – en helt ny versjon av pasient-journalsystemet er innført i sykehuset i løpet av våren 2019. Dette er et omfattende omstillingsprosjekt som har krevet stor innsats fra alle ansatte og gjort at sentrale aktører i prosjektet ikke har hatt anledning til å være engasjert i like stor grad som planlagt.

## 10.3. Omstillingsprosesser og ombygginger i sykehuset

Det pågår også et annet stort omstillingsarbeid. Sengeposter er flyttet, kontortjenesten er omorganisert og flyttet, poliklinikker skal samlokaliseres og stabsfunksjoner endres – for å nevne noe. Dette medfører store ombygginger. Det har vært utfordrende å ha fokus på demensvennlig sykehus i disse

prosessene. Samtidig gir det noen muligheter til å tenke nytt og annerledes – noe som kanskje kan gi gevinster vi ikke ser i dag.

# 11. VIDERE ANBEFALINGER

---

Prosjektet har kartlagt forhold som er relevante for at sykehuset kan defineres som demensvennlig. Noen tiltak er iverksatt – f.eks. kurs, punktscreening med 4AT i akuttmottaket, opptrykk av diverse «hjelpkort» og utprøving av sensorer. Erfaringer så langt viser at kurs og bruk av dørsensorer og sengematter bør videreføres. Andre tiltak som f.eks. bruk av taxi- kort og kommunikasjonskort har vi foreløpig tilstrekkelig erfaring til å si noe om effekt.

Noen forhold er kun kartlagt og ikke iverksatt, f.eks. tiltak knyttet til fysisk utforming.

I tråd med metodikken i «Forbedrings sirkelen» har vi planlagt, delvis utført og delvis kontrollert tiltak. Vi har ikke satt i verk korrigerende tiltak. Prosjektet anbefaler at det arbeidet som er gjort videreføres i sykehuset i regi av HTE og i samarbeid med akuttmottak og sengeposter.

## **Fokusområdet BEHANDLING:**

- Vurdere å forenkle teksten i innkallingsbrev fra geriatrisk poliklinikk
- Vurdere screening med «4AT» som standard i akuttmottaket
- Utvikle et pasientforløp akuttmottak –> sengepost for pasienter med påvist delirium i akuttmottaket

## **Fokusområdet ORGANISERING OG RUTINER:**

- Tenke «demensvennlig» i planlegging av nye poliklinikker – både når det gjelder støy, avskjerming, tilgang til toaletter, skilting og digital innsjekking/betaling.
- Vurdere «deliriumdempende» tiltak i akuttmottaket beskrevet i Faktaboks, pkt. 7.2.
- Følge opp evt. anbefalinger i masteroppgaven som gjennomføres i akuttmottaket høsten 2019
- Bruke «Taxi-kortet» og vurdere nytten av dette, samt vurdere behov for «Taxi-kort» på flere språk

## **Fokusområdet FYSISK UTFORMING:**

- Gjøre en systematisk gjennomgang av skilting med fokus på demensvennlig utforming og plassering
- Vurdere systematisk bruk av kontrastfarger
- Fokus på å redusere unødvendig støy og ha et bevisst forhold til bruk av lys
- Arbeid for bevissthet i forhold til hvor og hvordan utstyr plasseres
- Etablere støtte til pasienter og pårørende som ikke håndterer digital innsjekking og digital betaling i poliklinikkene
- Tenke demensvennlig når alderspsykiatrisk avdeling skal flytte fra Tåsen og inn i tilpassede lokaler på Steinerud

## **Fokusområdet KUNNSKAP OG KOMPETANSE:**

- Videreføre kurset «Kommunikasjon og samhandling med personer med demens» for målgruppen ansatte uten helsefaglig bakgrunn - i regi av HTE
- Gjøre ansatte oppmerksomme på kurset «Demensvennlig samfunn» i læringsportalen
- Oppfordre til å bruke kommunikasjonskortet og vurdere effekten av dette

## **Andre områder:**

- Vurdere tilrettelegging for ansatte med demenssykdom

### VEDLEGG

Vedlegg 1: Prosjektbeskrivelse

Vedlegg 2: Oppsummering fra befaring i sykehuset

Vedlegg 3: Kursprogram «Kommunikasjon og samhandling med personer med demens»

Vedlegg

# **DIAKONHJEMMET SYKEHUS – ET DEMENSVENNLI G SYKEHUS**

**VERSJON 27.06.18**

## **INNHOLDSFORTEGNELSE**

- 1.0 BAKGRUNN
- 2.0 HENSIKT MED Å DELTA I EN PILOT
- 3.0 ORGANISERING AV PROSJEKTET
- 4.0 PROSJEKTPERIODE
- 5.0 PROSJEKTBEKIRVELSE
- 6.0 MILEPÆLSPLAN
- 7.0 ØKONOMI
- 8.0 RAPPORTERING OG OPPFØLGING



## 1.0 BAKGRUNN

Diakonhjemmet Sykehus ble våren 2017 kontaktet av Nasjonalforeningen for folkehelse med spørsmål om sykehuset var interessert i å være pilotsykehus for «Demensvennlig sykehus». Det ble avholdt et møte med sykehusets ledelse og representanter fra det geriatriske fagmiljøet. Representanter fra det geriatriske fagmiljøet deltok også på en workshop i mai 2017.

Diakonhjemmet Sykehus har mange eldre innbyggere i sitt opptaksområde. Sykehuset har i mange år hatt fokus på denne pasientgruppen og bygget opp et svært kompetent geriatrisk fagmiljø med fokus på utredning, behandling og omsorg for personer med demenssykdom.

Å delta i et pilotprosjekt som har fokus på et demensvennlig sykehus vil bidra til at vi kan bedre kvaliteten i behandlingen av personer med demens i hele sykehuset ved å videreutvikle behandlingstilbudet til pasientgruppen, øke de ansattes kompetanse innen demens og tilrettelegge fysiske forhold i sykehuset for personer med demens og deres pårørende.

På bakgrunn av dette har sykehusets «Helsetjenester til eldre» (HTE) diskutert utfordringen og sendt en anbefaling til Direktør om at vi bør bli et pilotsykehus som «Demensvennlig sykehus»

## 2.0 HENSIKT MED Å DELTA I EN PILOT

- Videreutvikler sykehusets utrednings – behandlings – og omsorgstilbud til pasienter med mistanke om eller bekreftet demenssykdom.
- Øke ansattes kompetanse om demens og kommunikasjon med personer med demens
- Vurdere sykehusets fysiske utforming med fokus på pasienter med demenssykdom og deres pårørende
- Vurdere sykehusets organisering av tilbudet til personer med demenssykdom og gjennomgang av relevante rutiner.

## 3.0 ORGANISERING AV PROSJEKTET

Sykehuset har etablert et samarbeid mellom medisinsk, kirurgisk og alderspsykiatrisk avdeling, klinisk aktivitetsavdeling (fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder og klinisk ernæringsfysiologer), VID Diakonale høyskole og Sagenehjemmet – kalt Helsetjenester til eldre (HTE). Ledergruppen i HTE støtter tiltaket, og HTE vil stå som organisatorisk ansvarlig for prosjektet. Piloteringen av demensvennlig sykehus vil foregå i sykehusets somatiske avdelinger.

Kontaktpersoner i prosjektet:

- Anette Hysten Ranhoff, professor og seksjonsoverlege i geriatri
- Torunn Nasset, koordinator, HTE

## **INTERN ORGANSIERING:**

Prosjektet organiseres med en styringsgruppe, prosjektgruppe og prosjektleder. Ressursgrupper og ressurspersoner knyttes til prosjektet etter behov

**Styringsgruppe:** HTEs ledergruppe. HTE-koordinator er leder for styringsgruppen

### **Prosjektleder:**

HTE-koordinator fungerer som prosjektleder innenfor rammen av sin ordinære stilling (30 %)

### **Prosjektgruppe:**

- Prosjektleder: Koordinator for HTE-Torunn Nesset
- Sykepleier fra geriatrisk poliklinikk (*Navn kommer*)
- Fagsykepleier, 3 sør (akuttgeriatri) Ingvild Mjøs
- Ass. enhetsleder, 3 nord (ortogeriatri) Christine Ekrheim
- Sykepleier fra akuttmottaket (*Navn kommer*)
- Ergoterapeut fra Klinisk aktivitetsavdeling (KLA) Morag Holter
- Brukerrepresentant Liv Hopen

### **Ressursgruppe:**

- HTEs FOU-gruppe

### **Ressurspersoner:**

- Leder for HTEs FOU-gruppe, professor i geriatri Anette Hysten Ranhoff
- Medlem i HTEs FOU-gruppe førsteamanuensis Nina Jøranson, VID vitenskapelige høgskole, Campus Diakonhjemmet
- Oversykepleier medisinsk avdeling, Anne Lene Einbu
- Konst. oversykepleier kirurgisk avdeling, Mette Irene Martinsen

## **4.0 PROSJEKTPERIODE**

Pilotprosjektet vil bli gjennomført i perioden 1. mars 2018 – 28.februar 2019, evt. med videreføring av noen av tiltakene utover året 2019.

## **5.0 PROSJEKTBESKRIVELSE**

### **5.1 HVA PROSJEKTET VIL OMFATTE**

Prosjektet vil omfatte fire områder:

#### ***Faglige tilbud til tre hovedgrupper av pasienter og deres pårørende***

- Pasienter med mistanke om demenssykdom. Disse pasientene får i dag spesialisert utredning og evt. behandling av sin demenssykdom i geriatrisk poliklinikk som allerede er kunnskapsbasert, grundig og helhetlig.
- Pasienter som legges inn akutt for andre sykdommer og som i tillegg har en kognitiv svikt og/eller en akutt forvirringstilstand(delirium) Kognitiv svikt og/eller akutt forvirring kan avdekkes for eksempel gjennom screening av pasienter i akuttmottaket.

Verktøyet «4AT» er utviklet for denne typen screening. Verktøyet er testet i sykehuset i 2016 og 2017. Utprøvingen viser at bruk av dette verktøyet som standard i akuttmottaket vil kunne avdekke delirium i tidlig fase av en innleggelse.

- Pasienter med adferdsmessige og psykiske symptomer ved demens utredes og behandles kunnskapsbasert, grundig og helhetlig i alderspsykiatrisk avdeling
- DS har allerede etablert opplæringstilbud for pårørende til pasienter med demenssykdom (LMS) Prosjektet vil samarbeid med LMS om å videreutvikle dette tilbudet.

### **Kunnskap og holdninger**

Hvordan blir pasienter med demenssykdom og deres pårørende møtt i vårt sykehus? HTE arrangerer årlig kurset «*Kommunikasjon og samhandling med personer med demens*». Målgruppen for kurset er helsepersonell som arbeider med denne pasientgruppen. Kurset kan med fordel inkludere/tilpasses andre ansatte i sykehuset som f.eks. portører, ansatte i resepsjonen, renholdere og frivillige.

### **Fysisk utforming**

Det er behov for en gjennomgang av sykehusets fysiske utforming med fokus på om sykehuset er lett tilgjengelig for personer med demens, deres pårørende og pårørende som selv lider av demenssykdom. Dette gjelder for sykehuset generelt, men er spesielt aktualisert i medisinsk og kirurgisk avdeling i forbindelse med planlegging av permanent flytting av sengeposter. I forbindelse med denne flyttingen er det avdekket et spesielt behov for tilpasninger for pasienter med kognitiv svikt.

### **Organisering og rutiner**

Det er behov for å se på organisering av tilbudet til eldre pasienter i sykehuset, rutiner i akuttmottak, poliklinikker og sengeposter.

## **5.2 KONKRETE TILTAK**

- Forbedre påvisning av delirium ved bruk av screeningverktøyet «4AT». Det gjennomføres allerede årlig punktscreening for delirium i sykehuset. Neste skritt er implementering av systematisk screening for delirium både i akuttmottaket og i avdelinger med mange eldre pasienter der vi fra punkt-prevalensundersøkelsene vet at delirium er vanlig. Fagpersoner innen geriatrifeltet har ansvar for forberedelse, gjennomføring og evaluering av resultatene.
- Delta på World Delirium Awareness Day 14.03.18 og medvirke til å spre kunnskap om delirium og demens.
- Utarbeide «lommekort» med informasjon om screeningverktøyet «4AT»
- Gjennomgang av relevante rutiner i akuttmottak, poliklinikker og sengeposter med fokus på demensvennlig utredning, behandling og omsorg
- Befaring i sykehuset for vurdering av om fysisk utforming er hensiktsmessig relatert til personer med demens og deres pårørende. Vi vil spesielt se på muligheter for skjerming og etablering av «digitalt tilsyn» i nye sengeposter. På en slik befaring vil det være naturlig å ha med fagpersoner med kompetanse innen demens, pårørende eller Nasjonalforeningens erfaringspanel og representant fra sykehusets kommunikasjonsavdeling.

Det kan også være aktuelt å invitere til et fokusgruppemøte for å diskutere fysisk utforming i sykehuset.

- Gjennomføre kurset «*Kommunikasjon og samhandling med personer med demens*» for ansatte og samarbeidsparter med helsefaglig bakgrunn. Kurset gjennomføres én gang i 2018
- Tilpasse kurset «*Kommunikasjon og samhandling med personer med demens*» til ansatte uten helsefaglig bakgrunn. Særlig er resepsjonspersonell, portører, renholdere og frivillige aktuelle målgrupper. Kurset gjennomføres to ganger i 2018

## 6.0 MILEPÆLSPLAN

Sykehuset har allerede startet prosjektet ved å delta på World Delirium Awareness day og produsert informasjonskort om screeningverktøyet «4AT». Prosjektgruppen er under etablering og arbeidet med prosjektet vil for alvor komme i gang fra august 2018.

MILEPÆL	AKTIVITET	TIDSFRIST	KOMMENTARER
M1	Punktscreening av pasienter i akuttmottaket og utvalgte avdelinger er gjennomført og «lommekort» med screeningverktøyet 4AT er produsert.	14. mars 2018	Utført
M2	Hensiktsmessig innredning av «skjermingsstue» for pasienter med kognitiv svikt og kartlegging av muligheter for «digitalt tilsyn» i ny sengepost, tredje etasje er vurdert	September 2018	
M3	Befaring med fokus på gjennomgang av fysisk utforming generelt i sykehuset er utført i samarbeid med brukere/pårørende og evt. Nasjonalforeningens erfaringspanel	September 2018	
M4	Ekskursjoner/studiereiser med fokus på fysisk utforming er gjennomført	September 2018	Prosjektgruppen
M5	Bruk av fokusgruppe er vurdert og evt. gjennomført	September 2018	
M6	Evt. tiltak etter vurdering av fysisk utforming er gjennomført	Desember 2018	Klokker, skilt, skjermingstiltak, møbler m.m.
M7	Kurset « <i>Kommunikasjon og samhandling med personer med demens</i> » for ansatte og samarbeidsparter med helsefaglig bakgrunn er gjennomført	Oktober 2018	
M8	Tilpasset kurs « <i>Kommunikasjon og samhandling med personer med demens</i> » for ansatte uten helsefaglig bakgrunn er gjennomført to ganger	Desember 2018	
M9	Gjennomgang av relevante rutiner i akuttmottak, poliklinikker og sengeposter er gjennomført og nødvendige tilpasninger er gjort	November 2018	
M10	Systematisk screening for kognitiv svikt og delirium er implementert i aktuelle enheter	Januar 2019	Trinnvis implementering med evaluering
M11	Rapport fra pilotprosjektet er levert Nasjonalforeningen	Februar 2019	

## 7.0 ØKONOMI

Utgifter i forbindelse med pilotering av et demensvennlig sykehus vil være knyttet til tilpasninger etter gjennomgang av fysisk utforming, gjennomføring av kurs, ekskursions/studiereiser, utarbeidelse av informasjonsmateriell, frikjøp av ansatte til å kunne arbeide med gjennomgang av rutiner og prosedyrer og frikjøp av tid til å skrive rapport.

HVA	ESTIMERT BELØP 2018
Utredning av behov for endringer i fysisk utforming i sykehuset – konsulentbistand. Fokus på muligheter innen «digitalt tilsyn» (NB! Inkluderer ikke innkjøp av utstyr)	100.000
Bistand til gjennomføring av fokusgruppemøte med pårørende/erfaringspanel - konsulentbistand	10.000
Ekskursions og studiereiser inkl. innleie av vikarer	50.000
Gjennomføring av kurs for ansatte/samarbeidsparter med helsefaglig bakgrunn (forelesere, servering m.m.)	20.000
Gjennomføring av kurs for ansatte uten helsefaglig bakgrunn (forelesere, servering m.m.)	20.000
Frikjøp av ansatte for å arbeide med gjennomgang av rutiner og prosedyrer	100.000
Frikjøp av ansatt for å skrive sluttrapport fra pilotprosjektet	20.000
Produksjon av trykksaker, plakater og informasjonsmateriell (Eks «4AT»-kortet)	50.000
Videreføring av tiltak i 2019 (kurs, videre arbeid med prosedyrer og implementering av screening for kognitiv svikt og delirium)	100.000
<b>SUM</b>	<b>470.000</b>

## 8.0 RAPPORTERING OG OPPFØLGING

Prosjektleder vil være ansvarlig for rapportering underveis og sluttrapport i henhold til krav fra Nasjonalforeningen for folkehelse.

Resultatene fra pilotperioden vil bli fulgt opp i HTEs ledergruppe etter avsluttet pilot. Intensjonen er å fortsette å videreutvikle Diakonhjemmet Sykehus til et demensvennlig sykehus også etter pilotperioden.

Oslo 22.12.17

Revidert 27.06.18

Anette Hysten Ranhoff,  
professor og seksjonsoverlege i geriatri

Torunn Nasset  
koordinator, HTE

# DEMENSVENNLIG SYKEHUS 05.06.19 **OPPSUMMERING**

## OBSERVASJONSSKJEMA – BEFARING

HVA SKAL VI SE ETTER?	KOMMENTARER	GRUPPE:
<b>SKILTING</b>	<p><b>AKUTTINNLEGGELSE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Skilt i taket i glassgangen</li></ul> <p><b>POLIKLINISK PASIENT:</b></p> <p><u>Geriatrisk poliklinikk</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Skilt fra hovedresepsjonen til geriatrisk poliklinikk er plassert høyt og gir gjensinn – vanskelig å lese</li><li>• Plassering av pil på skiltene bør gjennomgås – ikke alltid lett å forstå. (pil til høyre skal stå på høyre side av teksten, pil til venstre på venstre side av teksten)</li><li>• Ingen skilt til geriatrisk poliklinikk i hovedinngangen – kommer først i glassgangen</li><li>• Anbefaler nytt skilt i glassgangen og lite skilt ved inngangen til poliklinikken.</li><li>• Tilpasning av skrift – ikke store bokstaver</li><li>• Ingen skilt med «Utgang» på geriatrisk poliklinikk</li><li>• Ingen klokke eller kalendere i ventesonen</li><li>• Merking i gulvet?</li></ul> <p><u>De andre poliklinikkene</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ingen skilting til radiologisk avdeling ved heisen</li><li>• Ingen skilt ved poliklinikkekspedisjonen</li><li>• Kølappsystemet til blodprøver – må lete etter merking</li><li>• Ingen skilt merket til «Røntgen» - bare til «Radiologisk avdeling»: Mange spør om dette og mange går feil.</li><li>• Ikke skiltet til geriatrisk poliklinikk eller kirurgisk poliklinikk</li><li>• I tillegg observert gruppen at det ikke er skiltet med hvilken etasje man er i når man kommer ut av heisene – dvs man vet ikke hvilken etasje man har havnet i.</li></ul>	

	<p><b>SENGEPOST – ORTO A</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedre lyssetting ved skilt til avdelingen</li> <li>• Skiltet med «Orto A» står for høyt</li> <li>• Skilting i skranken hos sekretær og ved hoftemottaket</li> <li>• Skilt ved vanddispenseren («Vann», «Boble vann» m.m.)</li> <li>• Savner skilt med visittid</li> <li>• Fjern unødvendig og forvirrende informasjon (eks. «Alle mann til pumpene»)</li> </ul> <p><b>SENGEPOST – MEDISIN B:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fjerne «Alle mann til pumpene» og endre midlertidige oppslag</li> <li>• Plassering av pil på skiltene bør gjennomgås – ikke alltid lett å forstå.</li> <li>• Ikke optimal skilting ved liten dagligstue.</li> <li>• Mange midlertidige oppslag</li> <li>• Savner klokke, kalendere og tavler</li> <li>• Savner skilt med visittid</li> </ul>
<p><b>BRUK AV FARGER</b></p>	<p><b>AKUTTINNLEGGELSE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Farge på veggen bak toalettene og evt. ved vaskene</li> <li>• Farget serviett under tallerken og kopp</li> <li>• Blå karmen og blå forheng gir et positivt førsteinntrykk</li> </ul> <p><b>POLIKLINISK PASIENT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blå/hvit: OK</li> <li>• Lite bruk av kontraster i korridorer og fellesarealer</li> <li>•</li> </ul> <p><b>SENGEPOST – ORTO A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Svart ramme rundt skiltene</li> <li>• Rekkverk i hvitt – burde vært i kontrastfarge</li> <li>• Generelt mer bruk av kontrastfarger</li> </ul> <p><b>SENGEPOST – MEDISIN B:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gode kontrastfarger</li> </ul>



<p><b>LYS</b></p>	<p><b>AKUTTINNLEGGELSE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Slå av noen av taklysene (lysstoffrør i taket)</li> <li>• Lyspanelet er utilgjengelig.</li> </ul> <p><b>POLIKLINISK PASIENT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mørkt ved skilt i underetasjen</li> <li>• Lite lys i mellomgangen til geriatrisk poliklinikk</li> </ul> <p><u>De andre poliklinikkene</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lite lys i resepsjonsområdet</li> <li>• Mye gjenskinn i skiltene ved radiologisk avdeling</li> </ul> <p><b>SENGEPOST – ORTO A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det anbefales en gjennomgang av lyskilder i korridor og ved heisene</li> <li>• God lyssetting</li> </ul> <p><b>SENGEPOST – MEDISIN B:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mørkere i 3. etasje enn i 2. etasje – ikke lyslist</li> </ul>
<p><b>LYDER</b></p>	<p><b>AKUTTINNLEGGELSE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Slå av varslingslyder når det er mulig</li> <li>• Vurdere hvilke rom som er best for hvilken pasient (5 enerom, 2 dobbeltrom, triagesone (seks senger))</li> </ul> <p><b>POLIKLINISK PASIENT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mye støy ved hovedresepsjonen og i skranken ved poliklinikkene</li> </ul> <p><b>SENGEPOST – ORTO A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ringesignalanlegget virker forstyrrende</li> <li>• Dør inn til medisinerom</li> </ul> <p><b>SENGEPOST – MEDISIN B:</b></p>

<p><b>PLASSERING AV NØDVENDIG UTSTYR</b></p>	<p><b>AKUTTINNLEGGELSE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ryddig og oversiktlig</li> </ul> <p><b>POLIKLINISK PASIENT</b></p> <p><b>SENGEPOST – ORTO A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ryddig – alt utstyr står på én side</li> <li>• Hadde vært bra med hvilestoler i korridoren. I så fall må stolene merkes med f.eks. «Hvilestol» og være i kontrastfarge til vegg/gulv.</li> <li>• Savner klokke på rommene. Kalendere finnes to steder, men disse er for høyt plassert</li> <li>• Mangler «dagstavle»</li> </ul> <p><b>SENGEPOST – MEDISIN B:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utstyr i gangen er plassert på begge sider – uheldig</li> </ul>
<p><b>PLASSERING AV UNØDVENDIG UTSTYR</b></p>	<p><b>AKUTTINNLEGGELSE:</b></p> <p><b>POLIKLINISK PASIENT</b></p> <p><b>SENGEPOST – ORTO A:</b></p> <p><b>SENGEPOST – MEDISIN B:</b></p> <p><b><i>INGEN KOMMENTARER FRA NOEN AV GRUPPENE</i></b></p>
<p><b>DIGITALE «VERKTØY»</b></p>	<p><b>AKUTTINNLEGGELSE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• God internettilgang for pårørende</li> </ul> <p><b>POLIKLINISK PASIENT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forvirrende ved blodprøvetaking</li> <li>• Forvirrende ved radiologisk avdeling</li> <li>• TAXI-bestilling ved skranken – vanskelig for de med demenssykdom</li> </ul> <p><b>SENGEPOST – ORTO A:</b></p> <p><b>SENGEPOST – MEDISIN B:</b></p>

**ANDRE TING****AKUTTINNLEGGELSE:**

- Gjerne et skilt ved «drikkestasjonen» om at pårørende er velkommen til å forsyne seg, men at pasientene vanligvis må faste
- Klokker?

**POLIKLINISK PASIENT**

- Lange avstander fra hovedresepsjonen til geriatrisk poliklinikk
- 

**SENGEPOST – ORTO A:**

- Matte gulv er bra – unngår gjenskin
- Burde vært fornavn på dørene

**SENGEPOST – MEDISIN B:**

- Savner klokker, kalendere og tavler
- For mange

## «KOMMUNIKASJON OG SAMHANDLING MED PERSONER MED DEMENS-2019»

Kurset er en del av prosjektet «Demensvennlig sykehus» Vi tror at et demensvennlig sykehus bl.a. preges av god kommunikasjon med personer med demenssykdom og deres pårørende. Det er mange ansatte i sykehuset som ikke har helsefaglig bakgrunn og som møter disse pasientene – f.eks. portører, renholdere, resepsjonsansatte og frivillige. Vi håper kurset kan gi disse ansatte nyttig kunnskap om demens og råd om kommunikasjon med personer med demenssykdom.

**Tid:** 27. mai kl. 15.30 – 17.30

**Sted:** Møterom 1

**Målgruppe:** Ansatte uten helsefaglig bakgrunn og andre interesserte

Påmelding via læringsportalen innen kursstart

Kurset er gratis

Tid:	Tema:	Foreleser:
	<b>VELKOMMEN</b>	
15.30 – 16.00	<b>Hva er demens?</b> Diagnostikk, forløp og behandlingsmuligheter	Thomas Svendsen Spesialist i geriatri Medisinsk avdeling
16.00 – 16.30	<b>«Hva er det som gjør kommunikasjonen så vanskelig?»</b>	Elin Engh Ledende spesialsykepleier, geriatrisk poliklinikk
16.30 – 17.00	<b>Eksempler fra portører og resepsjonen – kommentarer og samtale</b>	
17.00 – 17.30	Film fra Helsekompetanse.no <a href="http://demensvennlig.helsekompetanse.no/et-mer-demensvennlig-samfunn">http://demensvennlig.helsekompetanse.no/et-mer-demensvennlig-samfunn</a>	

Med forbehold om endringer i programmet

