



Alois Alzheimer

Hva er demens?

© Forlaget Aldring og helse 2009

Sats: Helland Prepress as

Trykk: BK Grafisk as

1. utgave: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens 2002

4. reviderte utgave 2009

ISBN 978-82-8061-115-4

Kopiering uten tillatelse er forbudt

Hefte kan bestilles fra:



Aldring og helse
Forlaget

Postboks 2136

3103 Tønsberg

Tlf. 33 34 19 50. Faks 33 33 21 53

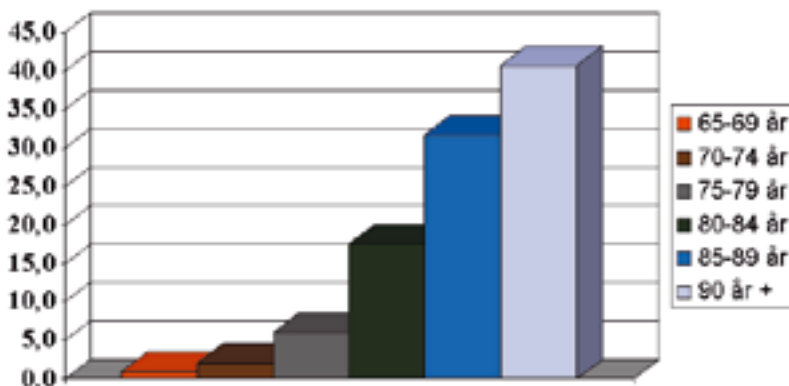
E-post: post@aldringoghelse.no

www.aldringoghelse.no

Demens er fellesbetegnelse for en gruppe hjerne- sykdommer som fortrinnsvis opptrer i høy alder og som medfører symptomer som hukommel- sessvikt, sviktende handlingsevne, sviktende språkfunksjon, personlighetsendringer og endring av atferd. Tilstanden fører til redusert evne til å ta omsorg for seg selv. Personen som rammes blir sykere ettersom tiden går og blir etter hvert mer og mer avhengig av hjelp fra andre. Hos noen går forverringen fort (2-3 år), hos andre langsomt (8-10 år) og hos noen enda langsommere.

Hva er demens?

Det skjer en rekke forandringer i hjernen ved demens, viktigst er at forbindelsen mellom hjernecellene blir ødelagt, og at hjernecellene dør. Demenssykdommene er sjeldne hos 50-åringene, men øker i forekomst fra 70 års alder og finnes hos 15 prosent av personer over 75 år, og hos mer enn 20 prosent hos dem som er over 80 år. Det betyr at vi i Norge har om lag 70.000 personer med demens. I tillegg finnes anslagsvis 25.000 - 30.000 eldre som har problemer med hukommelsen. Mange av dem vil utvikle demens.



Andel (prosent) av befolkningen som har utviklet demens i ulike aldersgrupper.



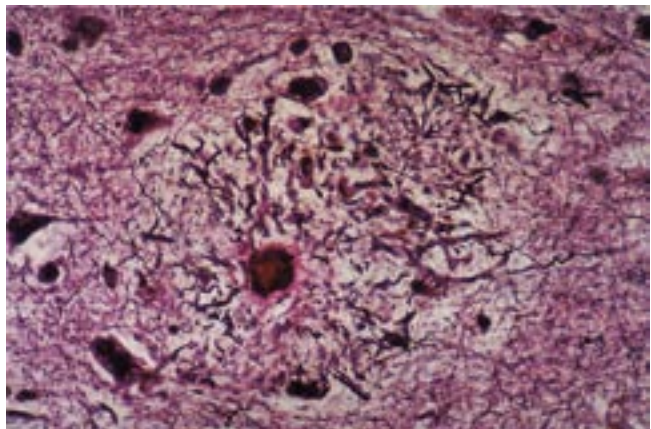
Alois Alzheimer (1864-1915)

Demens ved Alzheimers sykdom og demens ved karsykdom er vanligst

Demenssykdommene fører til store vansker både for den som rammes og for pårørende.

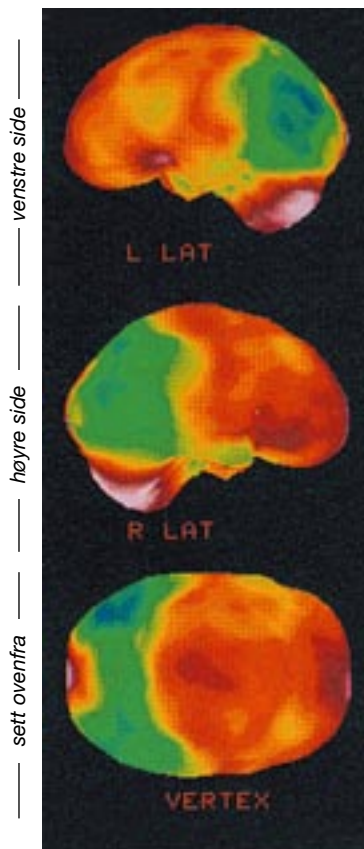
Omlag 60 prosent av personer med demens lider av Alzheimers sykdom. Sykdommen er oppkalt etter den tyske legen Alois Alzheimer som beskrev den første gang i 1907. Alzheimers sykdom er en hjernesykdom som starter med at hjerneceller i områder ved tinninglappen (sjøhesten) skades og dør. Etter hvert sprer skadene seg til store deler av hjernen. Skadene er av flere slag. Utenfor hjernecellene avleires et stoff som heter beta-amyloid. Flere beta-amyloid klumper seg og danner det vi kaller senile plakk som er giftig for hjernecellene.

Inne i hjernecellene ser vi at trådene som holder cellestrukturen sammen begynner å nøste seg. To og to tråder tvinner seg rundt hverandre som kordeler på et tau og det dannes trådfloker. Cellene skades av denne flokingen og dør.



Senilt plakk i hjernevev hos pasient med Alzheimers sykdom

Sykdommen utvikler seg vanligvis langsomt over mange år og redusert hukommelse er første symptom hos de aller fleste pasientene. Imidlertid kan også andre symptomer som for eksempel manglende evne til å føre en samtale eller problemer med å utføre praktiske oppgaver, for eksempel lage mat, betale regninger, holde orden på egne medisiner eller å finne frem på nye steder være de tidligste symptomene. Mange blir passive, urolige og irritable. Andre blir engstelige. I startfasen kan utviklingen av sykdommen være så langsom at det kan være vanskelig å oppdage den. Ofte er det hukommelsen som reduseres i en tidlig fase uten at andre problemer er til stede. I slike tilfeller brukes betegnelsen *mild kognitiv svikt*.



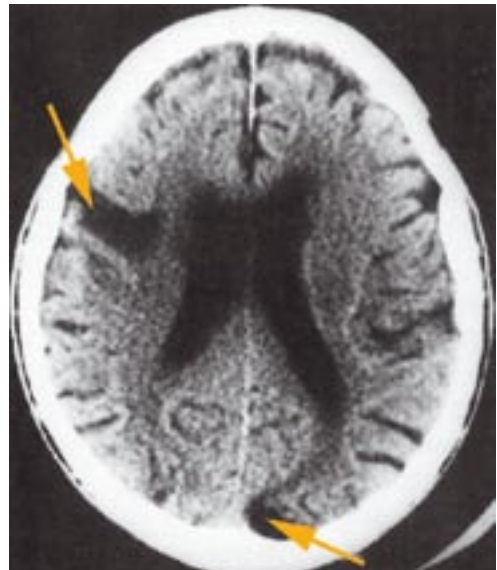
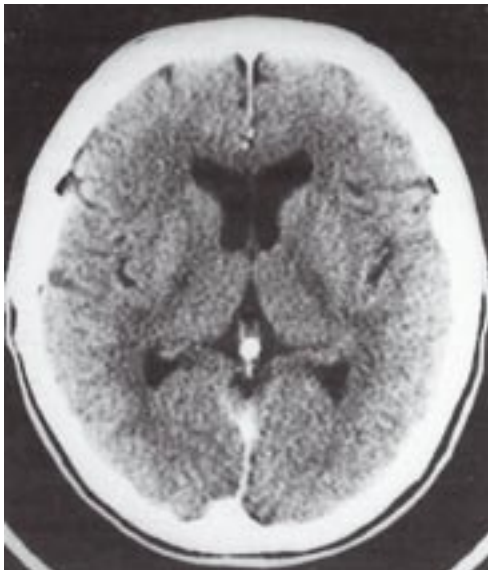
SPECT er en metode som viser blodgjennomstrømningen i hjernen og kan på den måten gi et bilde av hvilke områder som er skadet. Noen ganger, ikke alltid, kan SPECT brukes for å vurdere hvilken demens-type som foreligger.

Her er bilde fra en pasient med Alzheimers sykdom. Grønn eller blå markering viser områder med dårlig blodgjennomstrømning.

Vaskulær demens

Vaskulær demens er den nest hyppigste formen for demens og regnes for å være årsaken hos omkring 10-20 prosent av pasientene. Denne formen for demens skyldes hjerneslag og sykdommer i hjernens blodårer.

Ved en CT-undersøkelse (komputertomografi) kan man se de områdene som er skadet på grunn av svikt i blodtilførselen. Man kan også se denne formen for demens hos eldre som ikke har fått tilfredsstillende behandling for høyt blodtrykk og eldre med diabetes som ikke er tilfredsstillende behandlet. Vanligvis blir pasientene med vaskulær demens etter hvert dårligere, fordi de enten får flere hjerneslag, eller rammes av Alzheimers sykdom i tillegg. Hos de eldste pasientene med demens ser en ofte kombinasjon av Alzheimers sykdom og hjerneslag som årsak.



CT-bilde til venstre som viser normale forhold hos en 50 år gammel kvinne. Bildet til høyre viser infarktforandringer hos en 82 år gammel mann. Infarktene er lokalisert på venstre side i tinninglappen og på høyre side bak. Skaden skyldes tilstopping av blodkar med påfølgende celledød. (Foto: Finn Lillås)

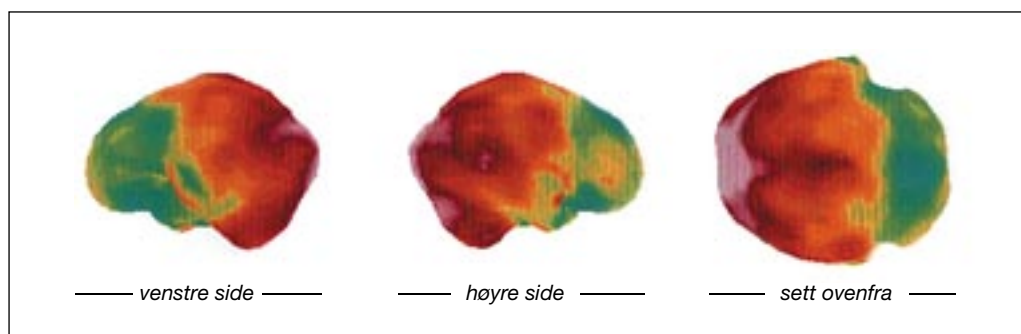


Bildene er resultat av rCBF-undersøkelser. Metoden gjør det mulig å måle blodgjennomstrømningen i hjernen. Bildet til venstre viser normalt blodgjennomstrømning. Bildet til høyre viser nedsatt blodgjennomstrømning som følge av infarkter i tre områder av hjernen (se piler). (Bilde: Jarl Risberg)

Demens kan forekomme ved en rekke andre mer sjeldne hjernesykdommer som for eksempel *frontotemporal degenerasjon* (*frontallappsdemens* eller *Picks sykdom*), *Lewy-legeme sykdom* og *Parkinsons sykdom*.

Demens ved andre hjerne- sykdommer

Frontotemporal demens (pannelappsdemens) opptrer først og fremst hos personer i 50-70 års alderen, og er kjennetegnet ved at personen som rammes endrer sin atferd eller personlighet. Noen får en sosial ukritisk atferd, andre blir passive og kan virke deprimerte. De fleste har vansker med å komme i gang med aktiviteter, er passive og irritable. Etter hvert får pasienten også hukommelsesproblemer og språkvansker.



Bildene er resultatet av en SPECT-undersøkelse og viser skader fortil i hjernen. SPECT er en metode som viser blodgjennomstrømningen i hjernen og kan på den måten gi et bilde av områder som er skadet. Grønn eller blå markering viser områder med dårlig blodgjennomstrømning.

Demens med Lewy-legemer opptrer som oftest hos personer mellom 60 og 80 år. Denne demenssykdommen er kjennetegnet ved tre typer symptomer: redusert hukommelse og andre intellektuelle problemer, perioder med synshallusinasjoner (pasienten ser mennesker, dyr og lignende som ikke fins) og stivhet i kroppen. Symptomene opptrer samtidig og er vekslende i styrke.

Parkinsons sykdom opptrer hos ca en prosent av den eldre befolkningen over 65 år. De vanligste symptomene er stivhet, skjelving og endret kroppsholdning. Omlag 80 prosent av pasientene utvikler demens.

Andre årsaker til demens er alkoholmisbruk gjennom mange år, i forbindelse med hjernesvulster, store hjernesker og etter hjertestans (av en slik varighet at oksygenmangelen fører til varige hjernesker).

Symptomer på *depresjon* kan ligne på en demenssykdom i startfasen. Pasienten trekker seg tilbake, mister interesse for tidligere aktiviteter og har ofte redusert hukommelse. Hvis det dreier seg om en depresjon vil pasienten kunne bli helt frisk etter behandling med medisiner. Det er imidlertid ganske vanlig at en person har symptomer både på demens og depresjon samtidig, og en grundig legeundersøkelse er nødvendig for å kunne skille de to tilstandene.

Akutt forvirring er en tilstand som ligner på symptomene som ses ved demens og som oppstår på bakgrunn av en kroppslig sykdom (f.eks. ved hoftebrudd, hjerneslag, infeksjoner og hjertesvikt). Enkelte legemidler kan også utløse en forvirringstilstand. Disse symptomene oppstår raskt og bedrer seg når den utløsende årsak behandles.

De som kjenner pasienten godt, og spesielt den som bor sammen med en person som utvikler demens, er gjerne den eller de første til å oppdage at noe er galt. Avtaler og telefonnummer glemmes, den syke begynner å bli likegyldig med eget stell og påkledning, må stadig minnes om ting som skal gjøres, og spør om igjen om de samme tingene. Ny informasjon huskes ikke som før, fordi læreevnen reduseres. Det er typisk at ting som skjedde år tilbake huskes bedre enn nye ting. Det virker som hjernen ikke har «lim» til å feste ny informasjon.

Noen får problemer med å snakke. De finner ikke de riktige ordene og de riktige setningene. Andre får store problemer med å håndtere redskaper, for

**Depresjon
og akutt
forvirring
kan ligne på
demens**

**De første
tegnene på
demens**

Hukommelses- svikt og personlighets- forandringer

eksempel å bruke en skrutrekker, en hammer eller et kjøkkenredskap. Å kjøre bil kan by på problemer og den som er syk kan være utsatt for flere nesten ulykker eller gjøre rare ting i trafikken.

Forut for denne fasen med tydelig hukommelsessvikt og tegn til generell svikt av intellektuelle evner går mange personer med demens gjennom en vanskelig periode med angst, usikkerhet og depresjon forbundet med evnen til å mestre hverdagens små og store utfordringer. Dette fører ofte til at vedkommende isolerer seg.

Personlighetsforandringer kan inntre. Mennesker som tidligere var levende opptatt av det som skjer i familien, barnebarna og eventuelt venner, kan miste denne interessen. Andre taper interessen for å følge med i nyhetsbildet, eller slutter med tidligere hobbyer. Initiativløshet og rastløshet med manglende evne til å fylle tiden med noe meningsfylt er det mange pårørende som forteller om. Noen blir «vanskelige personer» og kritiserer sin familie og naboene, kanskje fordi de forlegger ting og tror at de er stjålet fordi de ikke lenger kan finne dem. Irritabilitet og sinne forekommer hyppig hos personer med demens.

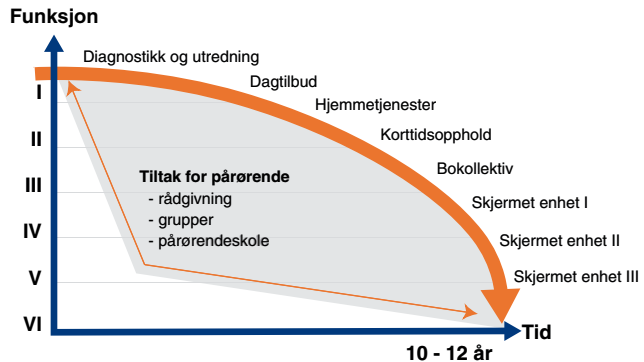
Selv om vi dessverre fortsatt ikke har muligheter til å kurere de sykdommene som fører til demens, er legeundersøkelse og fastsettelse av diagnose viktig fordi:

Legeundersøkelse er viktig

1. Det er viktig å finne eventuelt andre årsaker til hukommelsessvikt som kan behandles, for eksempel akutt forvirring, depresjon, svulster, infeksjoner, lavt stoffskifte, mangel på vitamin B-12 og legemiddelbivirkninger.
2. En del symptomer ved demens er mulig å behandle. Det gjelder hallusinasjoner, vrangforestillinger, angst og depressive symptomer.
3. Noen pasienter kan ha nytte av medisiner spesielt utviklet mot demens ved Alzheimers sykdom. Det fins i dag fire ulike legemidler som kan brukes: *Aricept*, *Exelon*, *Reminyl* og *Ebixa*. Disse legemidlene kan ikke helbrede eller stoppe sykdommen, men kan hos noen ha symptomatisk effekt. Det betyr at enkelte symptomer kan lindres og pasienten kan fungere bedre i noen tid. Når det gjelder demens på grunn av sykdom i hjernens blodårer kan man gi legemidler (Albyl-E) som kan forebygge nye hjerneslag, og dermed hindre videre utvikling av demens.
4. Det er lettere å gi riktig informasjon til pasient og pårørende når sikker diagnose er fastsatt.
5. Det er lettere å få tilbud om omsorgstiltak på hjemstedet når det er fastsatt en diagnose. Det er også lettere å gi et bedre tilpasset omsorgstilbud.

Forløpet av en demenssykdom avhenger av årsaken

Alzheimers sykdom starter snikende og forverrer seg gradvis. Utviklingen følger en kurve som kan sammenlignes med unnarennet på en hoppbakke. De første årene er forverringen langsom. Når utviklingen er kommet til ”kulen” av hoppbakken endrer situasjonen seg, og personen er rammet endrer seg merkbart over tid.



Utviklingen av Alzheimers sykdom kan sammenliknes med unnarennet i en hoppbakke. Utviklingen er først langsom, men når «kulen» er passert øker behovet for hjelp betydelig.

Ved demens som skyldes sykdom i hjernens blodårer kan utviklingen skje mer trinnvis, men ofte følger utviklingen samme mønster som Alzheimers sykdom. Ved denne typen er det ofte slik at gjentatte hjerneslag etterfølges av økende kognitiv svikt.

Etter hvert som svikten utvikler seg, uansett årsak til hjerneskaden, får pasienten stadig større problemer med å klare seg i det daglige. Enkelte oppgaver som å lage mat, passe på å ta medisiner og betale regninger blir vanskelig. Etter hvert blir det problematisk å vaske og kle på seg. Kokeplater kan glemmes. Desorienteringen fører til

at stedsansen går tapt, og pasienten kan gå seg bort. Sent i forløpet kan kontroll over urin og avføring svekkes.

Hukommelsessvikten og desorienteringen gjør at mennesker som rammes av demens trenger økende grad av tilsyn. Vanligvis gis dette av familie, venner og det offentlige hjelpeapparatet. Støttepilarer i det offentlige tilbudet er hjemmehjelpen og hjemmesykepleien, men disse kan ikke føre tilsyn med pasienten gjennom hele døgnet.

Å ha omsorg for en pasient som lider av demens er for de fleste en meget stor belastning psykisk såvel som fysisk. Derfor er det viktig at pårørende får mulighet for avlastning i perioder, også i tidlige faser av sykdommen. Det har også vist seg at pårørende som får mye informasjon om sykdommen og om hvordan man skal takle vanskelige situasjoner klarer omsorgen bedre.

For personer med demens som bor alene, kan tilværelsen bli utrygg. Det er mulig å installere sikkerhetsbryter for komfyr, slik at brannfaren reduseres. Husbrann forårsaket av personer med demens er heldigvis sjelden, men risikoen øker dersom personen med demens røyker.

Pasienter med demens må ha tilsyn

Sikringstiltak



Sikkerhetsbryter på komfyren kan være et godt hjelpemiddel når det blir vanskelig å huske å slå av kokeplatene etter bruk.

Trygghetsalarm er et viktig tiltak for normalt fungerende eldre, men pasienter med demens er sjelden i stand til å lære seg å bruke et slikt apparat. Har de hatt det fra før kan det imidlertid gå en stund før de mister evnen til å bruke apparatet.

Opplysninger om sikringstiltak kan fås fra hjemmesykepleien og kommunens ergoterapeuter. Det kan også være en ide å oppbevare et ekstra sett med nøkler hos en nabo i tilfelle han eller hun låser seg ute.

Dagsenter

Mange kommuner har opprettet dagsenter for eldre. Disse er vanligvis beliggende på et sykehjem. Personer med demens kan ha nytte av å få plass på et dagsenter. Her får de måltider og kan bli stimulert med ulike aktiviteter. Tilsyn gis av sykepleier og det ordnes med transport fram og tilbake. I noen kommuner finnes dagsenter spesielt tilrettelagt for personer med demens.

Korttids- opphold på sykehjem

Korttidsopphold på sykehjem kan være et godt tilbud for å gi pårørende nødvendig hvile. Slike opphold organiseres av hjemmesykepleien. Flytting til sykehjem kan for en periode øke forvirringen, men dette vil gå tilbake etter hvert som personen blir trygg i de nye omgivelsene.

Avlastning for pårørende

For pårørende skaper det problemer hvis pasienten mister døgnrytmen, gjør natt om til dag, eller forlater hjemmet uten å finne tilbake igjen. Natte-søvnen hos personer med demens kan av og til bedres med milde sovemidler. I slike tilfeller blir det viktig å unngå at pasienten sover for mye om dagen. For pårørende kan det bli strevsomt

hvis pasienten begynner å ringe flere ganger om natten. Det hender at pårørende må trekke ut telefonkontakten hos seg selv for å få noen timers søvn.

Mest vanskelig å forholde seg til er støyende atferd (roping) og utagerende voldelig atferd. I noen tilfeller kan dette skyldes dårlig hørsel, smerter, hallusinasjoner eller vannlatingsproblemer. Det kan være nødvendig i en overgangsperiode å gi beroligende legemidler (se senere). Slike legemidler kan ha mange bivirkninger og det er viktig at de doseres lavt og at man ikke behandler lenger enn nødvendig.

Det er uklare grenser for hvor dårlige pasienter kan være for å klare seg hjemme selv med full støtte av familie og hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Etterhvert som sykdommen utvikler seg vil det være riktig å søke om plass i sykehjem eller i spesielt tilrettelagte boliger, såkalte bofellesskap for personer med demens. Hjemmesykepleien gir opplysninger om fremgangsmåten for å søke plass i sykehjem og andre institusjoner. Plass tildeles de pasientene som har det største behovet. Det har således ingen hensikt å «søke tidlig for sikkerhets skyld».

Vanskelig atferd

Fortsatt hjemme eller institusjon?

Botilbud

De fleste moderne sykehjem har «skjermede enheter» for personer med demens. Disse enhetene gir tilbud som er spesielt tilrettelagt. En skjermet enhet er i utgangspunktet ikke en låst avdeling, men må av og til ha låste dører pga. pasienter som stadig går fra avdelingen. Bofellesskap eller bokollektiv for personer med demens fins i mange kommuner. Dette er en liten boenhet hvor alle som bor i enheten har en demenssykdom. Daglige rutiner er laget med tanke på at denne pasientgruppen kan få leve under best mulig tilrettelagte betingelser.



Et tilrettelagt botilbud for personer med demens behøver ikke være en tradisjonell institusjon. De senere årene har det skjedd en betydelig utvikling av gode modeller for slike boenheter.



Disse bildene er hentet fra Sonjatun omsorgssenter i Nordreisa kommune i Troms. Omsorgssenteret består av to skjermede enheter, hver med plass til åtte beboere. Alt er lagt opp til å skape et fysisk miljø som gjør det lett å orientere seg samtidig som det legges vekt på at institusjonen skal være pasientens hjem. Pasientene har med seg sine egne møbler, bilder og kjente gjenstander.

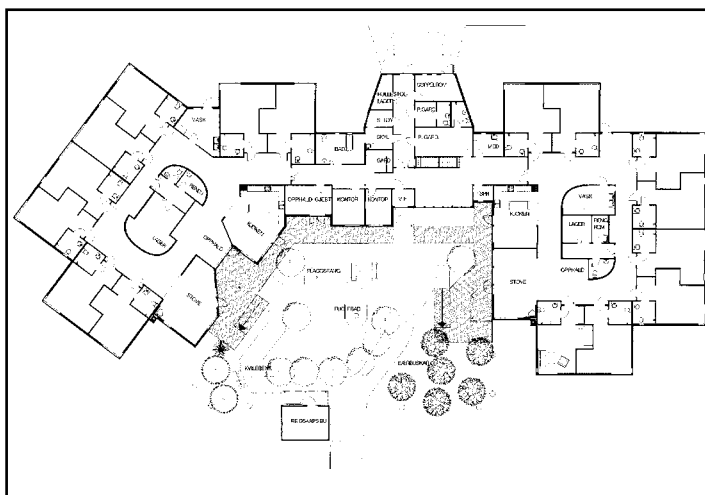
Ved Sonjatun omsorgs-senter er det lagt vekt på at beboerne kan bevege seg trygt både ute og inne.



Kjøkkenet er et viktig samlingspunkt. Her er det lagt opp til at beboere og personale kan arbeide sammen om den delen av matlagingen som foregår i enheten.



Sonjatun omsorgs-senter er tegnet av Aritekktkontoret Erling Haugen as, Årdal.



Legemidler og demens

En del legemidler kan gi hukommelsessvikt og forvirring hos gamle. Disse problemene går tilbake når legemidlet tas bort.

Noen av symptomene ved demens kan behandles med legemidler. Det fins i dag fire antidemens legemidler, Aricept, Exelon, Reminyl og Ebixa. De tre første har liknende effekt og kan hos 20-30 % av alle som lider av Alzheimers sykdom i et tidlig stadium føre til bedring av enkelte symptomer som hukommelse, oppmerksomhet og evne til å klare enkle oppgaver i dagliglivet. Disse legemidlene kan ikke stoppe sykdommen. Ebixa har en litt annen virkemåte enn de tre andre legemidlene. Dette middelet kan bedre enkelte symptomer i et senere stadium av Alzheimers sykdom og vaskulær demens. Effekten av disse legemidlene er beskjeden, og varierer fra pasient til pasient. Utgiftene til Arisept, Exelon og Reminyl dekkes over blåreseptordningen (2009). For Ebixa dekkes ikke utgiftene generelt, men her kan det søkes individuelt om dekning.



Atferd som er vanskelig å forholde seg til for andre eller som er plagsom for pasienten kan også behandles med legemidler. Det gjelder først og fremst vrangforestillinger og hallusinasjoner. De fleste av medisinene som brukes (såkalte anti-psykotika) har mange bivirkninger og denne type legemidler må derfor brukes med stor forsiktighet. Dosen må være så lav som mulig og tiden med behandling så kort som mulig. Pasientene blir gjerne trette, kan bli stive i kroppen og spiser ofte mindre. Det kan være vanskelig å finne den rette balanse mellom for liten og for sterk virkning. Legemidler som ofte brukes i slike situasjoner er Risperdal, Zyprexa, Haldol, eller Seroquel.

Et mildt sovemiddel kan forsøkes hos pasienter som har mistet normal døgnrytme. Ikke sjeldent ser vi at personer med demens er deprimerte og lider av angst. Antidepressive legemidler kan i noen tilfeller brukes med hell for å behandle depresjon og angst. De såkalte SSRI-legemidlene kan være gunstige å bruke på grunn av at de mindre bivirkninger hos personer med demens enn andre antidepressive legemidler.



Testamente, hjelpeverge og umyndiggjøring

For at et testamente skal være gyldig må personen som skriver testamentet (testator) forstå rekkevidden av sine disposisjoner. Det vil blant annet si at vedkommende må ha en viss grad av vurderingsevne for å kunne veie de forskjellige mulighetene mot hverandre. For personer med demens kan det ofte reises tvil på dette punkt og det bør i mange tilfeller utføres en legeundersøkelse i forbindelse med opprettelse av et testamente. Dette ville ha vært betryggende med hensyn til å avgjøre om et testamente er rettskraftig. Det kan være hensiktsmessig å ordne dette i startfasen av en demenssykdom, før det kan reises tvil om personen med demens var i stand til å utferdige testamentet.

Personer med demens kan komme i økonomiske vansker pga. manglende vurderingsevne og manglende kontroll over sine eiendeler. Umyndiggjøring er et ganske betydelig inngrep og krever en rettslig avgjørelse. Mer vanlig er det at en person settes under hjelpevergemål, f.eks. i økonomiske saker. Dette er en god ordning for personer med demens som ikke kan ta vare på egen økonomi. Kommunens sosionomer, (bl.a. tilknyttet eldrecentre) og overformyndieriet i kommunen gir ytterligere opplysninger og bistand.



Kan demens forebygges?

Forskning har vist at disposisjon for å få Alzheimers sykdom i noen grad er knyttet til vårt arvemateriale. Men mindre enn to prosent av alle som får Alzheimers sykdom har en dominant arvelig lidelse knyttet til enten en skade på det 14. kromosom eller i meget sjeldne tilfeller på det 1. eller 21. kromosom. De arvelige formene starter i 40-60 års alderen. Ytterligere 40 prosent av alle som får Alzheimers sykdom har en arvelig faktor på det 19. kromosom som disponerer for sykdommen, men sjansen for å få sykdommen er ikke bare avhengig av denne arvefaktoren alene. Den viktigste faktoren som disponerer for Alzheimers sykdom og demens er aldring. Jo eldre vi blir, jo større er sjansen til å få en demenssykdom. Ved siden av arvelighet og aldring fins det ulike faktorer i det miljøet vi lever som kan disponere for demens. Hva disse faktorene er, vet vi ikke nok om til å kunne foreslå forebyggende tiltak, men det ser ut for at høyt blodtrykk, inaktivt liv og kosthold er av betydning.

Demens pga. sykdom i hjernens blodårer er knyttet til risikofaktorer vi utsetter oss for gjennom vårt voksne liv. Røyking og feilaktig kost øker risikoen for karsykdom og hjerneslag som er en forutsetning for denne formen for demens. Ubehandlet høyt blodtrykk, høyt kolesterol og diabetes er de viktigste risikofaktorene.

Anbefalt litteratur

- Alver, I.M. (2002) *Med felles hukommelse. Samliv og aldersdemens*. Oslo/Tønsberg. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Aspehaug, H. (1999) Samtalegrupper for pårørende. *Agenda* (Tidsskrift for Demensforbundet, Nasjonalforeningen for folkehelsen) nr. 2, 1999, s.14-15.
- Egeland, J. (1991) Selv om vi ikke løste problemet... Erfaringer i pårørendegrupper. I: Nygård, Aa-M. (1990) *Det er ingen andre som forstår*. Rapport 4. Sem. INFO-banken.
- Fant, M. (1990) *Å bli mamma til sin mamma*. Oslo. Kommuneforlaget.
- Haubakk, A-K. og S. Rasmussen (1999) *Barn – besteforeldre – demente besteforeldre*. Kløveråsen utrednings- og kompetansesenter for demens i Nordland.
- Hotvedt, K. og K. L. Smebye (1999) *Fra fortvilelse til forståelse*. Sem. INFO-banken.
- Hyldmo, I. (2000) Demens som forløp. *Aldring og eldre*, vol 15, nr 1: 2-5.
- Ingebretsen, R. (1989) *Mine, dine og våre erfaringer*. Rapport 6. Oslo. Norsk gerontologisk institutt.
- Ingebretsen, R. (1994) Med aldersdemens på nært hold - mestring i parforhold og familier. I: Solem, P.E., R. Ingebretsen, K. Lyng og Aa-M. Nygård (red.). *Psykologiske perspektiver på aldersdemens*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Karoliussen, M. og K. L. Smebye (1997) *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Lunde, Å. (1990). Å måtte ha et øye på hver finger. Rapport 1. Sem. INFO-banken.
- Mace, N. L. og P.V. Rabins (1990) *Døgnet som aldri tar slutt*. Oslo. Gyldendal forlag.
- McGowin, D. F: (1995) *Inn i labyrinten: en kvinnens kamp mot Alzheimer*. Oslo. Hjemmets forlag.
- Nordby, M. (1997) *Eirin og Anders*. Om samliv og Alzheimers sykdom. Sem. INFO-banken.
- Nordby, M. (1998) *Anders på sykehjemmet*. Sem. INFO-banken.
- Haaland, A. Intervjuet av Kiil, R. (2000) «Vi kan hjelpe med øyeblikk av glede.» *Agenda* (Tidsskrift for Demensforbundet, Nasjonalforeningen for folkehelsen) nr. 1, 2000 s. 8-10.

- Solheim, K. (1990) *Omsorg for aldersdemente i institusjon*. Oslo. Tano.
- Swane, C.E. (1996) *Hverdagen med demens: billedannelser og hverdagsferinger*. København. Munksgaard.
- Aas, E. (1999) *Pårørende og helsepersonells problemer, ønsker, slit og drømmer*. Kløveråsen utrednings- og kompetansesenter for demens i Nordland.
- Å leve med demens. En håndbok for pårørende*. (2000) Utgitt av Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Filmer

- Jeg mister pappa bit for bit...*; Presenil demens på nært hold. Filmen viser hva to døtre har opplevd og erfart gjennom å følge utviklingen av en presenil demens hos en mor og en far, som da var henholdsvis 57 og 62 da det hele begynte.
- Bo bra*; Videofilm om utforming av boenheter for personer med demens. Manus og regi: Suzanne Schönkopf. Faglige konsulenter: Torhild Holthe, Kjersti Engh, Aase-Marit Nygård. Ca 8 minutter. Finnes som CD-rom og VHS.
- På vei bort*; En film om pårørende til personer med demens av Suzanne Schönkopf. Tønsberg/Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens/Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2002. - 49 min. + Informasjonshefte.
- Sjøhestens hemmelige liv*; En dokumentarfilm om Alzheimers sykdom av Børje Eriksson. Oslo: NOR-FIN Production, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2002.
- Erindring med aldersdemente*; Minner fra i går kan gi omsorg i dag. Prosjektkomite: Liv Karin Hulteng, Bengt-Ole Nordström og Lise Næss. Oslo: Norsk Erindringscenter, ca 13 min.
- Dei mjuke hendene*; Margreth Olin, Speranza film, 1998. 1 time 37 minutter. Dokumentarfilm.
- Minner*; Brit og Nils Kristian har vært gift i over femti år, og så fram til pensjonisttilværelsen sammen. Men i 2003 fikk Brit Alzheimer sykdom, og livet tok en ny vending. Med gamle bilder, småfilmopptak og animasjon får vi et tilbakeblikk på livet deres og minnene - som han holder fast i og hun gradvis mister. Regi: Liv Berit Helland Gilberg. Produksjon: Lise Fearnley, Mikrofilm AS, Oslo. (Distribusjon Forlaget Aldring og helse, Tønsberg.)
- En sång för Martin*; Sann kärlek ställer inga krav, med Sven Wollter og Viveka Seldahl. Bille August, Moonlight Filmproduction & Svenska Filmkompaniet, 2000. 1 time 52 min.

Dette heftet er en kort orientering om demenssykdommene og de praktiske følger de får for den syke selv og deres pårørende

Anne Brækhus
Tor Erling Dahl
Knut Engedal
Knut Laake

ISBN 978-82-8061-115-4



Aldring og helse

Forlaget

Forlaget Aldring og helse

Postboks 2136

3103 Tønsberg

Tlf. 33 34 19 50. Faks 33 33 21 53

E-post: post@aldringoghelse.no

www.aldringoghelse.no

Pårørendeforeninger

Kontakt nærmeste fylkeskontor for Nasjonalforeningen for folkehelsen eller hovedkontoret i Oslo:

Demensforbundet,
Postboks 7139 Majorstua, 0307 Oslo.
Tlf. 23 12 00 00.

www.nasjonalforeningen.no

Landsdekkende kontakttelefon for pårørende:

Demenslinjen, tlf. **815 33 032**.

En del sykehjem og personale i hjemmetjenesten arrangerer samtalegrupper for pårørende. Ta kontakt med ledelsen i sykehjemmet eller hjemmetjenesten som pasienten tilhører og forhør deg om dette tilbudet finnes. Noen pårørendeforeninger organiserer kurs for pårørende, såkalt pårørendeskole. Ta kontakt med nærmeste forening.