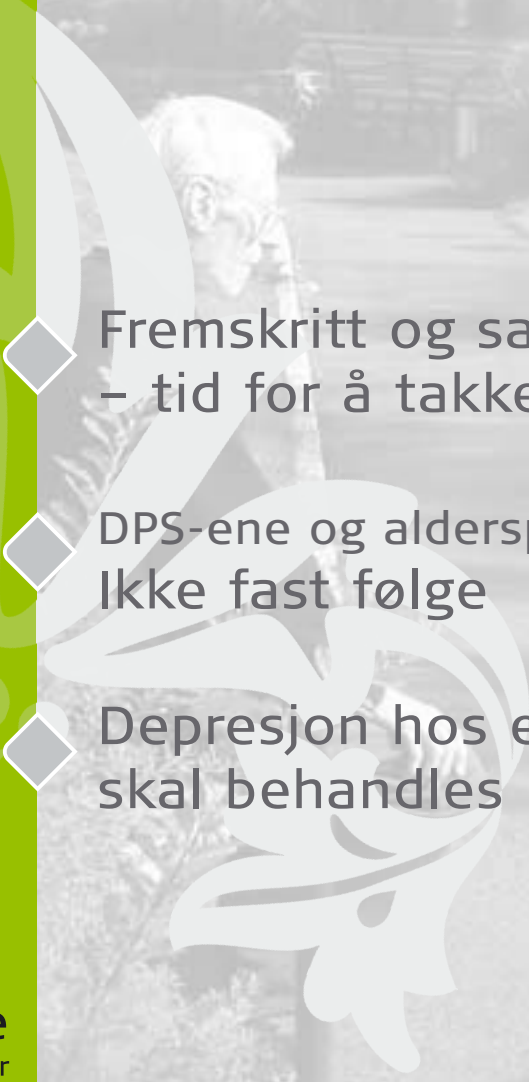




vol. 11 – nr. 2 – 2007

Demens&Alderspsykiatri



◆ Fremskritt og samarbeid
– tid for å takke

◆ DPS-ene og alderspsykiatri:
Ikke fast følge

◆ Depresjon hos eldre
skal behandles



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter



Demens & Alderspsykiatri

Demens & Alderspsykiatri utkommer fire ganger i året.
Abonnement koster per år: Norge: kr 280 Norden: kr 340

Utgiver

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
e-post: post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no

Layout/trykk

BK Gruppen, Tove Aasrum, Sandefjord

Det redaksjonelle arbeidet er avsluttet 6. juni 2007.

Retningslinjer for publisering i fagtidsskriftet Demens & Alderspsykiatri

Demens & Alderspsykiatri henvender seg til en tverrfaglig lesergruppe med tilknytning til helsesektoren, spesielt innenfor behandling og omsorg for personer med demens og pasienter innenfor alderspsykiatrien. Fagartikler i Demens & Alderspsykiatri skal være basert på forskning eller god og dokumentert praksis.

- I fagartiklene skal referanser dokumenteres med henvisninger som nummereres i teksten (vancouvermodellen).
- Bilder, grafer, figurer med mer, sendes som separat fil, og skal ikke settes inn i teksten fra forfatterens side.
- En artikkel i Demens & Alderspsykiatri overskrider sjelden ca 15 000 tegn eksklusive mellomrom. Skriv konsentrert og så kort som mulig.
- Redaksjonen forbeholder seg retten til å redigere og forkorte manuskripter. Innlegg til Demens & Alderspsykiatri leses av minst to av redaksjonens medlemmer.
- Artikler sendes innen avtalt frist som vedlegg til e-post til tidsskriftets redaktør: ragnhild.kruger@aldringoghelse.no

Demens & Alderspsykiatri tar gjerne imot leserinnlegg og meningsytringer. De kan sendes til nevnte mailadresse eller til: *Ragnhild M. Eidem Krüger, Hop terrasse 12, 5232 Paradis.*

Redaktør:

Ragnhild M. Eidem Krüger
Hop terrasse 12, 5232 Paradis
Tlf. 55 91 22 11, Fax 55 91 22 12
ragnhild.kruger@aldringoghelse.no

Redaksjonsssekretær:

Toril Utne
Nasjonalt kompetansesenter for
aldring og helse
Tlf. 22 11 77 28
toril.utne@aldringoghelse.no

Ansvarlig redaksjonskomité:

Øyvind Kirkevold, PhD
Nasjonalt kompetansesenter for demens
Tlf. 33 34 19 52

Harald A. Nygaard, Prof. emeritus, NKS
Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS
Tlf. 56 15 10 00

Geir Selbæk, Psykiater/stependiat,
Sykehuset Innlandet HF, Tlf. 96 88 35 35

Anne Marie Mork Rokstad, enhetsleder
Sykehuset i Molde,
Nordmøre og Romsdal HF
Tlf. 71 12 30 08

Faglige medarbeidere:

Arnfinn Eek, Spes. i klinisk psykologi
Nasjonalt kompetansesenter for
aldring og helse
Tlf. 33 34 19 50

Knut Engedal, Professor dr. med.
Nasjonalt kompetansesenter for
aldring og helse
Tlf. 22 11 87 39

Abonnement:

Nasjonalt kompetansesenter
for aldring og helse
Medisinsk divisjon, Geriatrisk avdeling
Ullevål sykehus, N-0407 OSLO
Tlf: 22 11 77 28 / 33 34 19 50
e-mail: post@aldringoghelse.no

www.aldringoghelse.no

Fagpressen





- 4 Fremskritt og samarbeid – takk for det hele, Aase-Marit!
- 8 DPS-ene og de eldre pasientene: Grunn til bekymring (eller undring?)
Geir Selbæk
- 10 DPS – ett av flere tilbud i alderspsykiatrien i Sør-Trøndelag
- 11 Depresjon hos eldre
Kjell Martin Moksnes
- 16 Elektrostimulasjonsbehandling (ECT) – en viktig behandling som møter motbør i media
Kjell Martin Moksnes
- 18 «Eldres velferd angår oss!» Presentasjon av Alderspsykiatrisk enhet i Molde
Anne Marie Mork Rokstad
- 21 Norsk demensforskning
Knut Engedal
- 24 Alzheimers sykdom og arv: Nytt gen oppdaget – nok en brikke i et komplekst arvemønster
Harald A. Nygaard
- 27 Swingende stund på sykehjemmet
- 30 Samhandling om demensutredning
Linda Gjøre og Margit Gausdal
- 35 Demensteam i Gausdal kommune
Eva Lundemo
- 37 Den nakne sannhet Hvem eier demensdiagnosen?
Aase-Marit Nygård
- 43 Gull og galla for The Grand Lady

De uunnværlige ildsjelene

I demensomsorgen finnes det mange ildsjeler. Sangkoret på Åstveit sykehjem er et resultat du kan lese om i dette nummeret av Demens&Alderspsykiatri. Det hadde vært så enkelt å la alt bli ved det gamle, men gleden og glimtet i beboernes øyne overbeviser enhver om at det var riktig å lage sangkor. Demensteamet i Gausdal er et annet eksempel på at det trengs igangsettere av gode tiltak.

I dette nummeret takker vi en ildsjel som har preget norsk aldersforskning og demensomsorg i snart 50 år. Psykologspesialist Aase-Marit Nygård har hatt en finger med i utallige prosjekter som har ført demensfeltet videre og resultert i at kunnskapen om demens har gjort store sprang siden den gang hun tilfeldigvis havnet i aldersforskningen. At hun i ti år var med i DEMENS-redaksjonen er vi både takknemlige for og stolte over.

Ikke minst på grunn av utviklingsarbeidet Aase-Marit Nygård og andre ildsjeler har hatt en sentral rolle i, vet vi mye om hva som skal til for at personer med demens skal ha en trygg og oversiktlig tilværelse der de kan bidra med det de fremdeles mestrer. Da er det nedslående å registrere at bare 25 prosent av personer med demens i sykehjem bor i tilrettelagte, skjermede enheter, mens andelen beboere med demens i sykehjem er 80 prosent. Det er også forvilende å høre sukk fra ansatte i omsorgen: Vi vet hva vi bør gjøre, men vi får ikke gjort det på grunn av for lite folk, for lite penger, for liten interesse hos ledelsen...

I mange tilfeller er det ildsjelene som bryter gjennom barrierene og gjør en formidabel innsats for å yte den tjenesten de vet det er bruk for. Det skal de ha stor takk for. Men det må aldri bli slik at en leder eller en kommune budsjetterer med ildsjelene. De må tvert imot belønnes ved at deres gode innspill støttes aktivt – slik det heldigvis skjer på Åstveit sykehjem.

Ragnhild M. Eidem Krüger

Ragnhild M. Eidem Krüger
ragnhild.kruger@aldringoghelse.no



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Fremskritt og samarbeid – takk for det hele, Aase-Marit!

«Bare den som kjenner og akter stillstanden i fremskrittet, den som alt har gitt opp en gang, flere ganger, den som har sittet på det tomme sneglehuset og bodd på utopiens skyggeside, kan måle fremskrittet.»¹

Her skulle «demensdronningen» intervjues etter nesten 50 års innsats for gerontologi og demensomsorg. Her var det meningen at hun skulle utbre seg om vyer, resultater og alt hun har tatt initiativ til gjennom disse årene, hvordan hun har tatt vare på mennesker og miljøer, formet nye muligheter og tråklet seg gjennom byråkratiske irrganger for å få utallige prosjekter i gang.

Så er det samarbeid hun vil snakke om.

– *Dette har ikke vært noe sololøp*, insisterer Aase-Marit Nygård om den ubegripelige mengden prosjekter hun har vært veileder for. Hun fremhever betydningen alle de dyktige prosjektlederne har og har hatt og peker på et aktuelt eksempel: Tidlig på 1990-tallet kom en usikker sykepleier, Anne Marie Mork Rokstad, til Aase-Marit med idéen til prosjektet som førte til boken *Kommunikasjon på kollisjonskurs*. Engstelig for at idéen ikke holdt vann og for ikke å klare å løse prosjektet i havn. Nå går samme Mork Rokstad inn i fast stilling i Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse ved kommende årsskifte.

Klare meldinger, takk!

Dette er ett eksempel på hvordan mennesker har fått vokse og blomstre under en leder som oppmuntrer, roser, lytter og gir klare tilbakemeldinger. Det finnes mange flere. Det er ingen tilfeldighet at Aase-Marit

nevner gode ledere som en nødvendig forutsetning for en fungerende eldreomsorg.
– *Det trengs nok flere ansatte mange steder, men*

1) Fra «Av en snegls dagbok» av Günter Grass. Valgt av Aase-Marit Nygård.

det nytter ikke bare å fylle på hvis ikke lederen er dyktig. Det betyr for eksempel å sørge for faglig veiledning til ansatte. I demensomsorgen er det helt nødvendig med veiledning og vedlikehold av kompetanse gjennom kurs og internundervisning. Dessuten må lederen ha fagkunnskap og ta tak i utfordringer, ha evne til å samtale med folk og våge å si fra.

Tydelighet, må vite, er en av psykologspesialistens mange gode egenskaper. Som når kolleger mer og mindre desperat har forsøkt å få henne til å fortsette i Kompetansesenteret – bare litt?

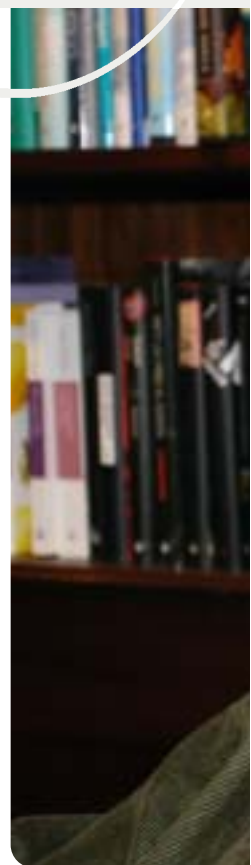
«*Nei takk. Ingen tilværelse i hornet på veggen!*» har vært damens utvetydige svar.

Så nå står vi der. Opplever oss en smule forlatt. Hvem skal vi nå spørre om alt fra grammatikk til byråkratiets skikk og bruk til aktuelle omsorgspolitiske spørsmål til historikk? Og hva med den menneskelige kontakten for prosjektledere og andre? Hva med blikket for hvordan hver enkelt har det?

Det er simpelthen damens mening at vi skal klare oss selv.

Pioneren

Tross hovedpersonens protester er det intervjuerens privilegium å fortelle hvor *tidlig* Aase-Marit Nygård har vært med det meste. Egentlig hadde hun tenkt å arbeide med barn etter psykologstudiet, men tidens realiteter gjorde at hennes innsats ble rettet mot den andre enden av livet: Som student fikk hun jobb ved Nasjonalforeningens gerontologiske institutt. Det fantes ingen Statens lånekasse den gang, og Aase-Marit måtte tjene til det daglige brød. Etter eksamen i 1961





fikk hun fast jobb der, og dermed ble det aldersforskningen og etter hvert demensfeltet som fikk hennes engasjement og arbeidsinnsats. Det sier ikke lite.

Allerede i 1965 tok Aase-Marit permisjon fra NGI og ble landets første psykolog som jobbet klinisk med eldre mennesker. Det skjedde på Geriatrik avdeling på Ullevål sykehus. Der opplevde hun noe hun aldri hadde sett før, langt mindre hørt om under psykologistudiet.

– *I gangene møtte jeg gamle menn i stripe pyjamas og kvinner i stripe kjoleforklær. De bodde på hver sin lukkede avdeling, de ropte på mamma og var fortvilet. Det var mitt første møte med personer med demens.*

Dette ble en utløsende faktor for psykologen. Hun måtte skaffe seg kunnskap om hvilke prosesser i hjernen som lå bak atferden hun hadde sett. Faktisk var hun inne på tanken om å bli nevropsykolog.

– *Jeg ble opptatt av det kompliserte samspillet mellom hjerne og atferd. Samtidig var pasientene en utfordring på det menneskelige plan. De ga uttrykk for angst og uro og var en fryktelig sårbar gruppe.*

Innsikten ledet til interesse for rammebetingelser: I hvilke omgivelser skulle man gi hjelp til personer med demens, eller for den saks skyld andre gamle mennesker? Da hun kom tilbake til NGI i 1967, startet instituttet en stor undersøkelse av forholdene på 68 alders- og sykehjem i Nord-Trøndelag med omtrent

1 100 beboere. Aase-Marit ble ikke spesielt oppløftet av det de fant, og heller ikke av reaksjonene i eget fagmiljø.

– *Man ble ikke regnet som ordentlig psykolog hvis man jobbet med rammebetingelser og organisering. Kun klinisk behandling sto høyt i kurs på den tiden, sier hun som har brukt nettopp sin fagkunnskap til å utvikle bedre bo- og leveforhold for mennesker med en alvorlig og progredierende hjernesykdom.*

– *God klinisk behandling er viktig, men det er umulig å rekke over alle som trenger det med en-til-en behandling. Gode bomiljøer og andre rammebetingelser er viktige for pasientgruppen som helhet.*

Smått er godt

Fordi hun hadde lært noe nytt, begynte hun å stille spørsmål. Blant annet besøkte hun Nasjonalforeningens helselag hvor hun traff pårørende til personer med demens. Mennesker som følte skam over sitt syke familiemedlem, og som ikke fikk nødvendig hjelp og støtte.

– *På 1960- og 70-tallet var det mye skam omkring demens. Man kalte personene åreforkalket, bortreiste eller senile. De som trengte mer hjelp enn familien kunne klare, var i de tradisjonelle pleiehjemmene, som det het den gangen.*

Der bodde personer med demens i store avdelinger sammen med åndsfriske gamle – et dårlig tilbud til alle. Dermed fødtes tanken om skjermede enheter. Aase-Marit var med som fødselshjelper da idéen ble lagt frem i en plan for Oslo kommune i 1977. Idéen skapte furore, men ikke bare i positiv forstand.

– *Helsepersonell skrek opp: Skal disse stakkars menneskene låses inne?*

Holdningen fra offisielt hold var imidlertid positiv, og i 1982 sendte Sosialdepartementet ut et rundskriv der sykehjemseiere ble gjort oppmerksomme på muligheten for å opprette skjermede enheter. Pårørende var svært positive, men lokalpolitikkerne ganske lunkne.

– *Skjermede enheter kostet noen prosenter mer i drift enn vanlige sykehjemsavdelinger, og dermed måtte det kjempes for hver enhet som skulle opprettes.*

Tjuefem år etter rundskrivet ligger fremdeles bare 25 prosent av sykehjemsplassene i skjermede enheter, mens andelen beboere med demens er 80 prosent. Dette til tross for all kunnskap man har fått på disse årene.

– Det er lysår mellom kunnskapen i dag og den som fantes da jeg startet med demensarbeid. Likevel har vi til og med opplevd at skjermede enheter er lagt ned i perioder fordi kommunene hevder at de ikke har hatt råd til å opprettholde dem. Det vi mangler er gode kost-nytte analyser, der vi kan se hvordan regnestykket blir hvis vi tar med utgifter som sykmeldinger blant ansatte, opplæring av nye ansatte fordi folk ikke orker mer og slutter, og ekstravakter hos urolige personer med demens i store avdelinger – noe man ofte ikke trenger i skjermede enheter fordi miljøet virker dempende på uro.

Litt faglig anger

Boliggjøring har vært et sentralt tema i eldreomsorgen i mange år. Gamle som trenger hjelp skal ikke bo i institusjoner, men i egne hjem, er parolen. Slik het det allerede i Gjærevoldutvalgets utredning *Trygghet – Verdighet – Omsorg* som kom i 1992. Med i utvalget var Aase-Marit Nygård. Det burde hun ikke ha vært, har hun sett i ettertid.

– Det var stor tyngde og enstemmighet i utvalget når det gjaldt boliggjøring. Vi få som hadde motforestillinger var ikke sterke nok til å vinne gehør. Vi oppnådde ikke en gang dissens – enigheten ble klubbet igjennom. Jeg har vært med på mange utredninger, men dette er den jeg har vært minst glad for.

Hva er så galt med boliggjøring? Aase-Marit ser litt oppgitt ut og minner om at vi snakker om personer med kognitiv svikt, problemer med hukommelse og gjenkjenning og vansker med å utføre praktiske handlinger.

– Dette har med behandlingsfilosofi å gjøre. Det er for enkelt å satse hovedsakelig på boliger, for det er så mye annet som skal til for å gjøre tilværelsen oversiktlig, håndterbar og trygg. Én viktig faktor er stabilt personale. Vi vet at det er lite stabilt personale i hjemmetjenestene, og den enkelte hjelptrengende får bare noen få timer hjelp i uken. En stor del ansatte er ufaglærte. Nylig hørte vi at i helgene er tre av fire i hjemmesykepleien i Oslo ufaglærte. Dessuten vet vi at de ofte kommer hjem til folk til forskjellige tider. Dette gjør tilværelsen uoversiktlig og utrygg for personer med demens. Det finnes mange flinke og engasjerte mennesker blant ufaglærte, men personer med demens representerer en stor og bredspektret utfordring som krever en faglig tilnærming.

Lovhjemling av tilbud er et annet tema Aase-Marit er opptatt av, og som hører hjemme i debatten om boliggjøring. Dette har hun hatt mange diskusjoner om med angjeldende departement og direktorat opp gjennom årene.

– Lovhjemling betyr at det finnes en klageinstans. Nå lages det finurlige ordninger ved at tjenestene man tar imot lovheimles, men dette løser ikke spørsmålet om stabilt personale og forutsigbare rutiner.

Fremdeles angst for fremtidens sykehjem

«Jeg føler angst og frykt for fremtidens sykehjem,» sa Aase-Marit i et intervju i 2001. Hva sier hun seks år senere?

– Jeg synes fremdeles det er like usikkert hvordan sykehjemmene vil utvikle seg. Utredningen om fremtidens sykehjem som kom i 2001 skisserte løsninger som ikke var egnet til å berolige meg. Vi i demensbransjen er skeptiske til «fikse» løsninger når folk trenger hjelp 24 timer i døgnet. Det skrives en del om hvor ille det er på sykehjemmene, men lite om at mange er bra og at en stor del av de ansatte gjør en kjempeinnsats. På Kompetansesenteret får vi en del henvendelser fra ildsjeler på sykehjemmene, der de strir med sine skjermede enheter fordi det er problemer med bemanning, uro og andre vanskeligheter.

En stor utfordring for kommunene er at de nå har overtatt omsorgen for mennesker med psykiske problemer, for personer med frontotemporal symptomatologi, personer med utviklingshemning som blir gamle og utvikler demens og for personer som tidligere bodde på psykiatriske sykehus eller sykehjem. Skal de integreres i eksisterende skjermede enheter? Aase-Marit vet hva hun mener:

– Jeg er en segregeringsperson. Ingen vinner på at personer med vidt forskjellige behov blandes sammen i enheter som dermed ikke kan gi et godt tilbud til noen. Jeg mener at man må kunne lage tilbud som passer for hver enkelt gruppe uten å få et negativt moralsk stempel.

Det siste sies med et skjevt smil. Det er ingen hemmelighet at «bakstrevversk» og andre merkelapper lett plasseres på personer som ikke synger med i det koret som til enhver tid synger den «rette» offisielle sangen.

Program som førte til utvikling

Fra 1990 til 1996 var Aase-Marit programkoordinator for Utviklingsprogram om aldersdemens. I løpet av disse seks årene ble 16 utviklingsprosjekter satt ut i livet omkring i landet.

Intervjuren har sin egen erindring om dette: På midten av 1980-tallet ble NRK's radioprogram Middagsstunden i perioder en formidler av demenskunnskap. Pårørendes fortvilelse og allmennhetens, legers og pleiepersonells mangel på kunnskap om demenssykdommer ble lagt frem for den sentrale, fåtallige, men faglig sterke ekspertise: Psykolog Aase-Marit Nygård og lege Knut Engedal. De utgjorde blant annet panelet i et innringningsprogram om demens i 1988, hvor responsen overrasket både programledere og teknikk. Sentralbordets linjer krøllet seg og det gikk flere minutter før det hele kom i gang. Ingen fare – Nygård og Engedal både kan og kunne fylle mye tid med god folkeopplysning.

Da denne programlederen i 1997 så ble redaktør for tidsskriftet DEMENS, hadde kunnskapen på demens-

feltet eksplodert. Hovedårsak: Utviklingsprogram om aldersdemens. Sjelden har 30 millioner prosjektkroner ført til så store resultater. Og det skulle bli mer. Aase-Marit selv aner ikke hvor mange prosjekter hun har hatt en finger med i, men det er ingen overdrivelse at demensomsorgen er blitt det den er på grunn av dette stadige utviklingsarbeidet under kyndig ledelse. Likevel – et prosjekt i seg selv skaper ikke alltid varig endring.

– *Det er ikke den kvaliteten på tilbud som utvikles i et prosjekt, eller hvor godt tilbudene fungerer, som nødvendigvis blir avgjørende for om det fortsetter eller ikke. Utenforliggende faktorer spiller ofte inn: endrede rammebetingelser i kommunen, skifte av administrativ og/eller politisk ledelse, omorganiseringer og omprioriteringer.*

– som førte til enda mer utvikling

Utviklingsprogram for aldersdemens ble grunnsteinen for opprettelsen av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens i 1997, der Aase-Marit har vært en av lederne. Et spørsmål om hva hun er mest stolt over å ha vært med på, blir raskt rettet til *glad* for å ha vært med på.

– *Jeg synes Kompetansesenteret har lyktes med å være inkluderende og få til selvgående nettverk rundt i landet. Jeg er glad for at de spirer og gror. Det fantastiske i Utviklingsprogrammet var at vi for første gang hadde noen kroner til å tromme folk sammen, slik at de kunne utveksle erfaringer og utvikle idéer. Det er en stor feil av administrasjon og politikere i kommunene å ikke la sine ansatte få utvikle kompetanse. Det er nødvendig for å ivareta og beholde ansatte.*

Fremtid for faget

Med så mange år i faget og så bredt engasjement, hva håper du skal skje de nærmeste årene?

– *Jeg håper at de tiltakene som foreslås i Helhetlig plan for en styrket demensomsorg, vil bli satt ut i livet. Deriblant satsing på forskning og prøvevirksomhet. Det er nødvendig for å bringe feltet videre. Så håper jeg det fortsetter å komme yngre, interesserte, energiske og tverrfaglige personer til området, og at det bevilges midler til nye prosjekter.*

Mer satsing på miljøbehandling står også på Aase-Marits ønskeliste. Men mangler ikke miljøbehandling grunnlag i evidens? Intervjueren får et strengt blikk.

– *Evidens er det eneste som gjelder for tiden, men alt kan ikke dokumenteres med kartesiske metoder. Dette handler ikke om stykkgoods. Det bransjen kunne bli mye flinkere til, er å beskrive bedre hva som nytter og hva som ikke nytter.*

Aase-Marit ønsker debatt om faglige og etiske sider ved demensomsorgen. Nå inviterer hun selv til debatt i sin kronikk på annet sted i bladet: *Den nakne sann-*

het. Hvem eier demensdiagnosen? (side 37). Hun ser gjerne at personer med demens i tidlig fase selv deltar i diskusjonen.

– *De bør høres, dessuten pårørende og ikke minst fastleger og eksperter. Min mening er at alle har rett til å vite sin diagnose, men det har stor betydning hvordan den formidles og hvilken oppfølging man får. Uansett må det ikke bli pårørendes oppgave å formidle diagnosen.*

Neste prosjekt

Så er fagpersonen som alltid har jobbet med gamle mennesker, selv blitt 70. Hun har fått oppfylt sitt ønske om å få arbeide full tid helt til aldersgrensen, for å holde seg oppdatert, som hun sier. Kompetansesenteret har vokst seg stort og blir enda større, og Aase-Marit gleder seg.

– *Det er morsomt å forlate en arbeidsplass og et fagfelt i vekst.*

Det er tid for å takke. For engasjert innsats i DEMENS-redaksjonen, der hun gjennom ti år har kommet med solide, faglige innspill og vært forfatter og leser av utallige innlegg, og der hun nådeløst har slått ned på all språklig lettvinhet. For vyer og initiativer i kjempe-innsatsen som fagperson og for den menneskelige støtten til alle i fagmiljøet. Vi vet vi vil savne henne. Kommer hun til å savne noe, mon?

– *Jeg kommer til å savne hverdagsmenneskene – ikke de store møtene og de offisielle anledningene.*

Hva skal du gjøre?

– *Jeg skal i hvert fall ikke blande meg inn i demens-arbeidet. Jeg har ett prosjekt: å skifte ut en kranglete hofte.*

Også i det prosjektet er hun uunnværlig.

Se også side 43

Noen fakta om Aase-Marit Nygårds arbeidsforhold

1961-65:	Forsker ved NGI (Nasjonalforeningens gerontologiske institutt)
1965-67:	Klinisk psykolog ved Geriatrik avdeling, Ullevål sykehus
1967-79:	Forsker ved NGI (fra 1973 Norsk gerontologisk institutt)
1979-80:	Ansatt ved Kontoret for psykiatri, HelseDirektoratet
1980-86:	Seniorforsker og nestleder ved NGI
1986-88:	Seniorforsker ved Kontoret for eldreomsorg, Oslo kommune
1989-97:	Seniorforsker og nestleder ved NGI
1997-2007:	Daglig leder ved Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, avdeling Ullevål (fra 1. januar 2007 Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.)



Geir Selbæk, psykiater og stipendiat, Sykehuset Innlandet HF og
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

DPS-ene og de eldre pasientene: Grunn til bekymring (eller undring?)

«... nær 20 prosent av målgruppen får mindre enn tre prosent av tilbudet.»

Oppbygging og styrking av de distriktspsykiatriske sentrene (DPS) er en sentral del av Opptrappingsplanen for psykisk helse som startet i 1999. Andelen eldre i befolkningen stiger med økende hastighet. Forekomsten av psykiatriske symptomer er høy blant eldre, særlig i subgrupper som eldre med somatiske lidelser eller eldre som bor i institusjoner. Likevel er ikke alderspsykiatrien nevnt i opptrappingsplanen, og i nummer 1 av Demens&Alderspsykiatri erkjenner Helse- og omsorgsdepartementet at dette er en mangel det må bøtes på i fremtiden.

Når man skal beskrive hva som er gjort for de eldre med psykiske lidelser, pekes det fra samme hold på DPS-utbyggingen: «DPS-ene skal ivareta det alminnelige psykiske helsevernet for alle aldersgrupper».

Er dette tilfelle? Prioriterer DPS-ene eldre pasienter på linje med yngre pasientgrupper?

Tall fra SINTEF Helse kan tyde på at de ikke gjør det. Tabell 1 gir en oversikt over DPS-enes aktivitet overfor pasientgruppen 65 år og eldre i 2005. Den viser andelen døgnopphold (hvor mange innleggelser som har funnet sted), andelen oppholdsdøgn (hvor mange døgn man har vært innlagt) og andelen av polikliniske konsultasjoner i DPS-ene, fordelt mellom helseforetakene.

Ikke ved noen av helseforetakene får de eldre mer enn åtte prosent av de polikliniske konsultasjonene. Ved de fleste helseforetakene får de mindre enn tre prosent av konsultasjonene. Målgruppen for DPS-ene er pasienter over 18 år (St.meld. nr 25, 1996-97 Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.) Fra Statistisk Sentralbyrås befolkningsdata for 2005 vet vi at aldersgruppen 65 år og eldre utgjør 19,3 prosent av alle personer 18 år og eldre. Det vil

med andre ord si at nær 20 prosent av målgruppen for DPS-ene får mindre enn tre prosent av tilbudet.

Tallene for døgnopphold varierer mellom helseforetakene, men er totalt sett noe mer oppmuntrende. Imidlertid står de eldre for mindre enn ti prosent av innleggelsene.

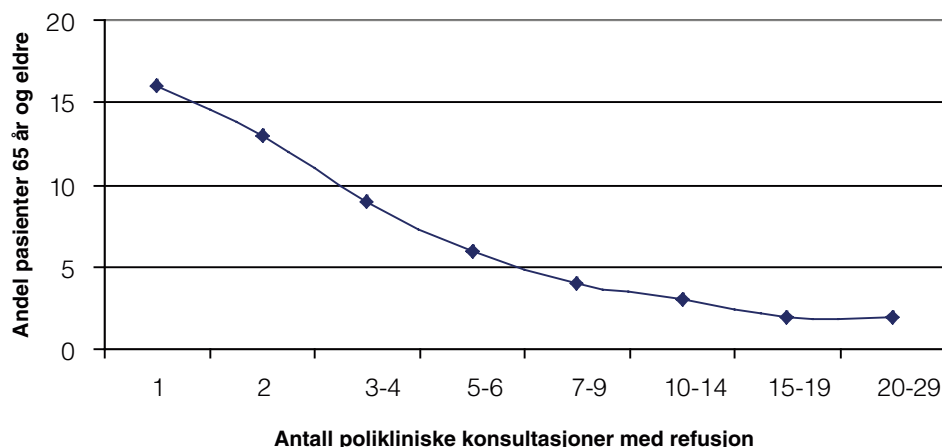
Hva kan være årsaken til at eldre pasienter ikke blir prioritert for poliklinisk behandling? Hersker det en oppfatning om at eldre ikke har evne til å nyttiggjøre seg lengrevarende psykoterapeutisk behandling? Andre tall fra SINTEF Helse indikerer at en slik oppfatning er utbredt. Figur 1 viser andel av pasienter 65 år og eldre i forhold til antall konsultasjoner. I dette utvalget av ti helseforetak fra 2005 finner man at pasienter som er 65 år og eldre utgjør 16 prosent av dem som får kun én konsultasjon, 13 prosent av dem som får to konsultasjoner og bare tre prosent av dem som får 10-14 konsultasjoner. Selv om utvalget er relativt lite, og selektert ut fra kriterier om god datakvalitet i poliklinisk rapportering til NPR, gir tallene en pekepinn om at eldre pasienter ikke prioriteres for behandling som varer lengre enn et par konsultasjoner.

De styrende myndigheter fremhever utbygging av DPS-ene som et konkret tiltak for å fremme alderspsykiatrien som fagfelt. De ser eldre pasienter med psykiske lidelser som en naturlig målgruppe for disse institusjonene. Våre undersøkelser kan tyde på at dette ikke er i overensstemmelse med de prioriteringene som gjøres ved DPS-ene. Det er bekymringsfullt at de eldre ikke ser ut til å nyte godt av det siste tiårets største satsing innen norsk psykiatri.

■ geir.selbaek@aldringoghelse.no

Figur 1

Andel pasienter over 65 år i forhold til antall konsultasjoner



Tabell 1 Andel døgnopphold, oppholdsdøgn og konsultasjoner for pasienter 65 år eller eldre ved DPS. Distriktpsikiatriske sentra innen HF. Pasientdata for aktivitetåret 2005, Norsk pasientregister/SINTEF Helse avd. PH

Helseforetak	Pasienter 65 år eller eldre		
	Andel døgnopphold	Andel oppholdsdøgn	Andel konsultasjoner
Sykehuset Østfold HF	7	6	2
Akershus universitetssykehus HF	2	2	*
Sykehuset Asker og Bærum HF	3	2	2
Sykehuset Innlandet HF	13	16	*
Direkte under Helse Øst RHF	6	1	2
Sykehuset i Buskerud HF	8	6	1
Ringerike sykehus HF	14	8	2
Blefjell sykehus HF	10	10	3
Psykiatrien i Vestfold HF	8	10	2
Sykehuset i Telemark HF	6	6	*
Sørlandet sykehus HF	6	7	3
Helse Stavanger HF	8	9	2
Helse Fonna HF	10	17	2
Helse Bergen HF	13	16	2
Helse Førde HF	17	10	4
Direkte under Helse Vest RHF	10	10	2
Helse Sunnmøre HF	*	*	2
Helse Nordmøre og Romsdal HF	*	*	8
St. Olavs Hospital HF	4	4	1
Helse Nord-Trøndelag HF	*	*	3
Helgelandssykehuset HF	*	*	2
Hålogalandssykehuset HF	10	7	6
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	4	6	2
Helse Finnmark HF	5	6	5
Totalt	9	9	2

* Pasientdata er mangelfulle for DPS i 2005.



Tekst: Ragnhild M. Eidem Krüger

DPS – ett av flere tilbud i alderspsykiatrien i Sør-Trøndelag

Av tabell 1 i artikkelen foran har vi valgt ut et helseforetak der andelen eldre pasienter er spesielt lav. Ved DPS-ene i St. Olavs hospital HF i Sør-Trøndelag utgjør eldre over 65 år bare fire prosent av pasientene ved døgnopphold og oppholdsdøgn i 2005. Av konsultasjoner utgjør brukere på 65 år eldre kun én prosent.

Demens&Alderspsykiatri har henvendt seg til seksjonsleder Odd Gunnar Ellingsen ved St. Olavs hospital HF, avdeling Østmarka, seksjon for alderspsykiatri, for å få vite grunnen til den lave andelen eldre.

– *Det er flere svar på dette. For det første er sengepostene i Psykisk Helsevern gode til å gi pasientene et behandlingstilbud i de fagmiljøer pasientene kjenner fra tidligere opphold. Det kan forekomme at eldre pasienter får den nødvendige hjelp uten å bli henvist til DPS eller til alderspsykiatrien. For det andre er fagfeltet alderspsykiatri her i Sør-Trøndelag under opptrapping. Det har gitt oss muligheten til å utvikle virksomheten med blant annet en ambulerende alderspsykiatrisk poliklinikk. Dette tilbudet har bidradd til en differensiering av helsehjelpen til de eldre psykiatriske pasientene, noe som igjen kan påvirke etterspørselen av alderspsykiatriske tjenester på DPS-nivå.*

Avdeling Østmarka er nå flyttet til St. Olavs hospital HF i Trondheim og lokalisert nær de somatiske avdelingene. Den alderspsykiatriske avdelingen har sengepost med 28 døgnplasser og poliklinikk som driver både ambulant og stasjonær virksomhet. Dette er et resultat av fylkets egen opptrappingsplan for psykiatri, og i dokumentet *Psykiatri 2000* leser vi at kapasiteten er 182 innleggelser og 2 160 konsultasjoner per år. Ellingsen sier at flere pasienter enn tidligere blir behandlet på riktig nivå. Enda bedre vil differensieringen bli når Trondheim kommune åpner et nytt tilbud i løpet av året – et alderspsykiatrisk sykehjem med 12 senger. Interessant nok betyr dette at kommunen går tilbake til en tjeneste som svært mange steder ble lagt ned for en del år siden. Fagfolk fra Alderspsykiatrisk avdeling Østmarka er inne med veiledning og rådgivning i forhold til det nye sykestilbudet.

Ikke eldre på DPS-ene?

Helse- og omsorgsdepartementet uttalte i forrige nummer av Demens&Alderspsykiatri at eldre med psykiske lidelser er en naturlig målgruppe for DPS-ene. Hva med den alderspsykiatriske kompetansen på DPS-ene i helseforetaket, Odd Gunnar Ellingsen?

– *For tiden er denne kompetansen marginal, og vi får flere henvisninger av eldre pasienter fra DPS til vår avdeling. En grunn til dette kan være at vi har tilgang til tverrfaglig kompetanse som vi vet er viktig for gamle mennesker med psykiske lidelser. Gjennom opptrapping av psykiatrien i Sør-Trøndelag vil det bli naturlig å etablere generell alderspsykiatrisk kompetanse på DPS-ene etter hvert.*

Tallene fra SINTEF/Helse for 2005 viser at eldre pasienter utgjør én prosent av konsultasjonene. Dette kan tyde på at eldre ikke mottar for eksempel samtaleterapi over tid. Kan du bekrefte det?

– *Det stemmer heldigvis ikke. Både poliklinikken og sengeposten ved vår alderspsykiatriske avdeling i Trondheim får henvisninger fra DPS-ene om samtaleterapi. Dette er en oppgave som blir prioritert her, men undersøkelser kan tyde på at samtaleterapi har vært et forsømt område i det psykiatriske behandlingstilbudet til eldre.*

Betyr det at folk som bor i distriktet må reise til Trondheim hver gang de skal ha terapi?

– *Nei, vår poliklinikk gir dette tilbudet både i poliklinikklokalene og ambulant til pasienter som bor utenfor Trondheim. Pasientens mobilitet bestemmer om behandlingen skal gis hjemme hos vedkommende eller et annet sted.*

Hvordan reagerer du på at alderspsykiatri ikke er nevnt i opptrappingsplanen for psykiatrien?

– *Nå er jeg heldig fordi jeg arbeider i et fylke som har prioritert alderspsykiatri i sin egen opptrappingsplan, og vi har fått lov til å utvikle og bygge ut.*

Gruppen eldre øker, og dermed øker også antallet eldre som trenger våre tjenester. At de skulle stå uten et psykiatrisk helsetilbud kan ikke forsvares verken faglig, politisk eller menneskelig.



Kjell Martin Moksnes, seksjonsoverlege, Ullevål universitetssykehus,
Psykiatrisk divisjon, Alderspsykiatrisk avdeling

Depresjon hos eldre

«Langt under halvparten får den behandling de skulle hatt.(...)»

Det å hjelpe pasienten med å få en vurdering hos legen kan være meget viktig.»

Depresjon er en alvorlig sykdom som er til betydelig belastning både for pasient og pårørende. Mange tar altfor lett på denne sykdommen. Konsekvensen er at mange eldre med depresjon ikke søker hjelp eller får riktig behandling for sine plager. Noen har heller ikke initiativ eller energi til å søke hjelp. Andre tror det ikke er håp for dem, eller at det ikke finnes behandling som kan hjelpe. Noen søker hjelp, men pårørende og helsearbeidere kan få inntrykk av at plagene er forståelige og en naturlig del av det å bli gammel. Langt under halvparten får den behandling de skulle hatt. Noen pasienter følger heller ikke opp behandlingen, og dermed kan sykdommen gli over i et kronisk forløp. Det å hjelpe pasienten med å få en vurdering hos legen kan være meget viktig. En ubehandlet depresjon hos eldre kan vare i flere år og føre til økt sykkelighet og tidligere død. Lettere depressive reaksjoner og sorgreaksjoner er noe alle vil møte flere ganger i livet, og dette kan som oftest lindres ved bearbeidelse og trøst uten at helsepersonell kontaktes.

Forekomst

«Studier viser at 40 prosent av beboerne i sykehjem lider av depresjon.»

Forekomsten varierer mye, avhengig av hvilken befolkningsgruppe som studeres, hvilke måleinstrumenter som brukes, og hvilke kriterier som brukes for å stille diagnosen. Studier viser at 40 prosent av beboerne i sykehjem lider av depresjon (1). Sykdommen forekommer oftest det første året etter innleggelsen og særlig hos personer som har fysisk sykdom. Hos pasienter med hjerte-/karsykdom vil en finne depresjon hos én av fem, og hos pasienter med hjerneslag vil én av fire utvikle en alvorlig depresjon, mens ytterligere én av fire vil få en mild depresjon. Hver fjerde person med demens vil få en depresjon som bør behandles. Sykdommen forekommer i alle faser av en demensutvikling. Blant pasienter med Parkinsons sykdom har én av to en depresjon som bør behandles. Frem mot år 2020 antas det at depresjon vil være den

nest viktigste årsak til helsesvikt i verden. Kun hjertelidelser vil være vanligere.

Både HUNT-undersøkelsen i Nord-Trøndelag og Alex Körners studie i Karlebo i København har påvist at forekomst av både mild og alvorlig depresjon øker med alderen (2, 3).

Tabell 1 Forekomst av depresjon hos eldre i Karlebo i København (prosent).

	65 - 79 år (n= 544)	79 år (n = 120)
Alvorlig depresjon	1,7	4,9
Langvarig depresjon, dystymi	4,2	7,3
Mild depresjon	5,7	10,8
I alt	11,0	23,3

I Sandangers studie fra 1999 var det klart høyere forekomst hos kvinner mellom 60-79 år, 7,9 prosent, mot 1,2 prosent hos menn (4). Körner fant blant 664 eldre at 9,6 prosent av mennene og 15,7 prosent av kvinnene hadde depresjon. Forskjellen mellom kjønnene utviskes mer ved milde depresjoner og bipolare lidelser.

Årsaker

Årsakene til depresjon er mange. Eldre mennesker er biologisk sårbare både for kroppslige og psykiske lidelser og de utsettes for mange påkjenninger. Å få en depresjon kan forstås på flere måter. Noen er arvelig belastet, andre blir sansemessig og sosialt isolert. Noen sliter i alderdommen med vonde opplevelser fra barndomstiden, mens andre lett får negative tanker om at de har en farlig sykdom som kan føre til død. Biologiske aldersforandringer i hjernen gir økt risiko for depresjon. Vaskulære forandringer i sentralnerve-

systemet er ikke sjeldne og signalsubstanser er som regel redusert hos eldre. Pasienter bør få hjelp av lege til å vurdere hva årsaken kan være, og få behandling. Samspillet mellom gener og ytre forhold er komplisert. Sårbarhetsgener gir sjelden sykdom alene, men kan gi sykdom når også miljøfaktorer er til stede. Er det mange sårbarhetsgener, skal det mindre til av ytre hendelser for å utvikle en psykisk lidelse. Oppdagelsen av sårbarhetsgenenes betydning for psykiske lidelser er et viktig vitenskapelig gjennombrudd.

Utløsende årsaker

Mange forhold kan utløse en depressiv episode. Det kan være tap av en kjær person, av selvstendighet, prestisje, økonomi, sosial støtte, kroppsfunksjoner og svekket syn og hørsel. Også fysiske sykdommer kan være utløsende, som infeksjon, kreft, hjertesykdom, muskel- og skjelettlidelse, stoffskiftesykdom, Parkinsons sykdom, hjerneslag, demens og ulykker. Noen legemidler som brukes mot høyt blodtrykk, hjertesykdommer, kreft, epilepsi, psykose og angst kan utløse depresjon. Stress, konflikter, pessimistiske tanker, flytting, ulykker, skilsmisse i familien, isolasjon, overgangsalder, arbeidsløshet, pensjonering og alderdommens problemer kan utløse depresjon selv hos

personer som er sterke i utgangspunktet. Omsorgspersoner for personer med demens blir ofte slitne, og mange får en depresjon.

Vedlikeholdende årsaker

Vedvarende belastninger, langvarige konflikter, et liv i isolasjon, selvkritiske holdninger og kroniske sykdommer kan være årsaker til at depresjoner holdes ved like og blir langvarige.

Hva kjennetegner vanlige depresjoner hos eldre?

Noen pasienter har et trist, mimikkfattig ansikt, og forteller gjerne lite om sine plager. De svarer tregt på spørsmål, ser fortvilte ut og har et klart senket stemningsleie. Mange mister gleden og interessene sine. De forteller at de har mindre energi, økt tretthet og nedsatt aktivitet. Andre symptomer kan være redusert konsentrasjonsevne og oppmerksomhet, nedsatt selvtillit, tanker om skyld eller verdiløshet. Tilstanden preges ofte av selvbekreftelser, et pessimistisk syn på fremtiden og tanker om å skade seg eller å ta sitt eget liv. Søvnvansker, nedsatt matlyst og vekttap er vanlig.

Depresjonen har mange ansikter hos eldre

Depresjonen kan være den første eller den er tilbakevendende, av mild, moderat eller alvorlig type med eller uten psykose. Noen kan i tillegg til depresjonen ha hatt en eller flere episoder med oppstemthet. En del har en langvarig, mildere form som kalles dystymi eller en svingende form som kalles cyklotymi. Man skal være oppmerksom på at utfordrende atferd som sinne og aggresjon kan skyldes depresjon (5). Noen eldre har depresjonstyper som kan være vanskelige å gjenkjenne (Tekstboks 1).

Depresjon med vrangforestillinger og melankoli

Alvorlig depresjon med psykotiske symptomer forekommer oftere hos eldre enn hos yngre. Pasienter som har vrangforestillinger og/eller hallusinoser bør innlegges i psykiatrisk avdeling og en bør overveie å gi elektrostimulasjonsbehandling (ECT) som første valg. (Se artikkel side 16.)

Fremtidsutsikter

Fastlegen eller psykologen kan hjelpe 50-65 prosent av dem som kommer med en mild eller moderat depresjon. Spesialisthelsetjenesten kan hjelpe 70-75 prosent av dem som blir henvist dit. Dermed kan 80-85 prosent av alle eldre med depresjon bli bedre. Det er gode utsikter til bedring også hos personer med demens og depresjon. Gamle med vaskulær depresjon eller slappasienter med svikt i eksekutive funksjoner trenger lenger tid på å bli bra og får raskere tilbakefall enn ved andre typer depresjoner.

Tekstboks 1

Ulike atypiske depresjoner hos eldre

Maskert depresjon:	Pasienten kan mangle det depressive stemningsleiet, men har mange somatiske symptomer.
Vag depresjon:	Pasienten har kun lette symptomer, men funksjonssvikten kan være stor. Bør behandles hvis selvmordsfare er til stede.
Demensliknende depresjon:	Tilstanden likner til forveksling demens, på grunn av konsentrasjonsvansker og svær psykomotorisk hemning. Pasienten husker dårlig.
Agitert depresjon:	Pasienten er svært rastløs, klamrende og krevende. Pasienten er ikke hemmet, kan være handlekraftig. OBS selvmordsfare.
Hypokondrisk depresjon:	Pasienten er overbevist om at han/hun har en alvorlig sykdom selv om legen ikke finner tegn til dette.
Genuin atypisk depresjon:	Pasienten har ofte motsatte symptomer med appetitt- og vektøkning, økt søvnbehov, følelse av å være blytung i armer og ben, og et mønster med overfølsomhet for avvisning.
Vaskulær depresjon:	Høyest forekomst hos gamle. Ofte kombinert med kognitiv svikt. Pasientens depresjon er vanskeligere å behandle og har større tendens til tilbakefall. Ved MRI finnes forandringer i hvit substans, som antas å skyldes forandringer i små kar.

I familier som preges av mye intern kritikk og problemer oppnår pasienten sjelden full bedring. Gode familierelasjoner, positive sosiale faktorer og personlig støtte spiller derimot gunstige inn.

Utredning

For å stille diagnosen depresjon er det nødvendig å foreta en grundig samtale med pasienten for å avklare symptomer og tegn. Her får en god hjelp av kriterier som må oppfylles for å ha en mild, moderat eller alvorlig lidelse. En kan ha hjelp av spesielle skjemaer for å måle mengden symptomer eller alvorlighetsgrad av sykdommen. En mye brukt screeningtest er Geriatriisk Depresjons Skala (GDS) (6). Den finnes i lengre og kortere utgaver. Det finnes også gode instrumenter som måler dybden av en depresjon. En slik er Montgomery Aasberg Depression Rating Scale (MADRS) (7). Denne er god til å måle bedring. Noen bruker Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (8) som kan gi et inntrykk av belastningen både ved angst og depresjon.

Hos personer med hukommelsessvikt kan en bruke Cornells depresjonstest (9). Skalaen er følsom for forandringer i symptomer og atferd. Testen baserer seg på observasjon og kan brukes av pårørende eller pleiepersonale.

Behandling

«...når legemiddelbehandling ble gitt var det bare en firedel som fikk riktige midler mot depresjon.»

Målet med behandlingen er at pasienten i løpet av få uker skal bli helt frisk og gjenvinne sitt tidligere funksjonsnivå. Flere veier kan føre til målet. Dessverre er det altfor mange som ikke får fullverdig behandling. En europeisk studie som involverte 78 463 pasienter, fant at to tredeler av de deprimerte ikke fikk noen medikamentell behandling, og når legemiddelbehandling ble gitt var det bare en firedel som fikk riktige midler mot depresjon (10).

Hvilken behandling er nyttig?

Depresjoner hos eldre har en tendens til å bli langvarige og ikke gå over av seg selv. Mange pårørende prøver forgjeves å stimulere med krav om «å komme i gang» eller «å ta seg sammen». Mange kommuner har nå en godt utbygget helsetjeneste som skal ivareta innbyggernes behov for utredning og hjelp til nødvendig behandling ved sykdom. Det er gjerne hjemme-hjelperen, hjemmesykepleieren og legen som først kommer i kontakt med pasienten. Disse vil samarbeide om nødvendige tiltak de første ukene, dersom depresjonen ikke er så alvorlig at den fører til innleggelse. Fastlegen vil vanligvis gjøre en ordinær legeundersøkelse med nødvendige blodprøver, og sammen med pasienten prøve å finne ut om sykdommen skal

behandles. I løpet av de neste ukene vil legen sammen med pasienten lete etter utløsende årsaker og om pasienten har en annen underliggende sykdom som skal behandles. Er årsaken isolasjon, kan henvisning til et dagsenter være nok til å bryte ensomheten og gjenopprette det minimum av kontakt med andre mennesker som vi alle er helt avhengige av. Familie-medlemmer, venner eller naboer kan oppmuntres til å ringe eller stikke innom.

KH, en 84 år gammel kvinne, brakk lårhalsen og ble innlagt i sykehus til operasjon. Etter operasjonen kom hun tilbake til sin leilighet i fjerde etasje uten heis. Hun kom seg ikke ut og ble deprimert. En hjemmesykepleier som besøkte henne for å gi henne medisiner og dryppe øynene hennes, skjønte at hun ble deprimert av isolasjonen og søkte om plass for henne ved kommunens dagsenter. To dager i uken hentet sjåføren henne i leiligheten og brakte henne tilbake. Etter kort tid forsvant depresjonen fordi hun igjen hadde fått etablert et menneskelig nettverk og fått brutt isolasjonen.

Kurset *Mestring av depresjon* tar sikte på å hjelpe personer med mild og moderat depresjon. Kurset drives i flere kommuner i samarbeid med Rådet for psykisk helse. Målet er at deltakerne skal lære nye og anvendelige teknikker for å komme ut av den slitsomme sirkelen med negative tanker og passivitet. De som vil vite mer kan kontakte www.psykisk.helse.no

Hva er viktig i behandlingen?

I tillegg til samtalene på legekantoret brukes ofte et legemiddel som gjenoppretter den kjemiske balanse i hjernen. Legemidlene er enkle å bruke og har som regel god virkning. Virkningen kommer først etter to til seks uker. Legemidlene må tas hver dag, og det er viktig å holde ut selv om man kjenner litt bivirkninger. Er en i tvil kan en ringe til legen. De fleste bivirkninger er lette og forsvinner i løpet av noen dager. Noen får så kraftige bivirkninger at de må skifte over til et annet legemiddel. Etter noen dager vil mange kjenne at de sover bedre, at smerten ikke er så sterk lenger eller at uroen i kroppen blir mindre. Noen vil nok kunne oppleve at både søvn og indre uro kan bli verre før bedringen kommer. Etter hvert vil depresjonen gradvis slippe taket og en føler seg lettere og orker igjen å ta opp daglige aktiviteter. Bedringen vil sjelden være slik at man dag for dag vil føle seg bedre. Etter en god dag kan det av og til komme en dårlig, og deretter en bedre dag igjen. Disse svingningene er normale. Målet er å bli helt frisk. Dersom en blir litt bedre, men fortsatt føler seg nedfor, er det viktig å prøve å finne en behandling som hjelper en til å bli helt bra. Det kan være aktuelt å øke dosen, skifte til et annet legemiddel, kombinere to legemidler eller gi elektrostimulasjonsbehandling (ECT).

Det er viktig at pasienter og pårørende får opplæring i sykdommen og om tiltak for å bli bedre og unngå komplikasjoner. Dersom behandlingen ikke lykkes i første omgang er det ingen grunn til å gi opp. Behandlingen må ofte justeres eller korrigeres. Den offentlige psykiatriske helsetjenesten og privatpraktiserende psykologer og psykiatere kan gi spesialisert behandling inkludert ulike former for samtaleterapi.

Hvis behandlingen ikke hjelper

Fører behandlingen hos legen ikke frem, kan legen henvise videre til en psykiatrisk eller alderspsykiatrisk poliklinikk, alternativt privatpraktiserende psykolog eller psykiater. Har pasienten alvorlige selvmordstanker vil legen i de fleste tilfelle henvise videre med en gang. Spesialistene vil ofte ha mer erfaring i å gi spesialisert samtaleterapi i form av kognitiv¹, interpersonlig² eller annen form for psykoterapi. I tillegg vil psykiateren kunne prøve ulike former for spesialisert medikamentell behandling.

Samtalebehandling

Den støttende samtalen er meget viktig i all depresjonsbehandling. For å oppnå et godt resultat må en legge vekt på å etablere et trygt og stabilt behandler-pasientforhold. Sammen må en prøve å forstå bakgrunnen for depresjonen. Det er viktig å snakke om påkjenningene forut for depresjonen. Behandler bør undersøke om pasienten er spesielt sårbar eller om det foreligger konflikter. Har pasienten fått en ny rolle som er vanskelig å takle? Det er viktig å avlaste pasienten for forestillinger om skyld, men også å gi håp om mulighet for bedring. Pasienten vil dermed i større grad følge legens råd om medisinerbruk. Sykepleier i hjemmetjenesten eller i institusjon har en viktig oppgave i å oppmuntre pasienten til å følge behandlingen nøye. Mer spesialiserte samtaleterapi som kognitiv terapi og interpersonlig terapi har i undersøkelser vist seg effektive ved milde og moderate ikke-psykotiske depresjoner. Kognitiv terapi anbefales til pasienter som søker en konkret og mer systematisert behandling. Interpersonlig terapi anbefales til pasienter som har problemer i forhold til andre, som sliter med å mestre en ny rolle eller har opplevd tap. Dynamisk korttidsterapi kan være nyttig hos pasienter som lider av tomhetsfølelse og manglende selvtillit og hos dem

1) Kognitiv terapi: Korttids psykoterapi. Fokuserer på pasientens dysfunksjonelle tanker og antakelser og bistår ham i å utfordre disse.

2) Interpersonlig terapi: Manualbasert, korttids psykoterapi, designet for behandling av depresjon. Fokus er begrenset til nåværende mellommenneskelige relasjoner på områder som forlenget sorg, ny rolle, rollekonflikt eller interpersonlige mangler. Behandleren hjelper pasienten til å erkjenne og forandre kronisk interpersonlige atferdsmønstre.

Tekstboks 2

Deprimerte som ofte henvises til spesialist

- To ulike legemidler har ikke virket
- Ustabil eller svekket fysisk helse
- for lite næringsinntak
- Betydelig vekttap
- Høy selvmordsrisiko
- Nedsatt dømmekraft og evne til å teste virkeligheten (vrangforestillinger)
- liten evne til å følge opp medisineringen
- Overfølsomhet for bivirkninger
- Svekket mental funksjonsevne
- Mangel på sosial støtte

som har en følelse av tap, likeså hos pasienter som har vært utsatt for overgrep og misbruk i barndommen, eller som har en personlighetsforstyrrelse i tillegg til depresjonen.

Innleggelse i sykehus

William Styron (11) skriver i sin bok *Synlig mørke*: «Sykehuset ble min redning, og paradoksalt nok var det her at jeg fant den roen jeg hadde savnet på det fredelige landstedet mitt, og endelig kunne jeg føle stormen løye i min hjerne.» Innleggelse i sykehus kan være nødvendig hvis pasienten har fysiske sykdommer som gjør behandlingen vanskelig.

Miljøbehandling

Noen pasienter trenger kontakt med et annet miljø for å bli bedre. Å begynne ved et dagsenter eller en alderspsykiatrisk dagavdeling kan ha meget positive effekter. Noen må innlegges i sykehus for å få nødvendig beskyttelse. Andre har behov for så omfattende omsorg og hjelp at familie og hjemmebaserte tjenester ikke strekker til. Ved en agitert depresjon (tekstboks 1) kan det være helt nødvendig å innlegge pasienten i sykehus for å avlaste familien. Noen vil ha stor nytte av sosionomhjelp til økonomiske, sosiale og boligmessige avklaringer. Det kan være helse å hente ved å bedre den fysiske formen og kondisjonen. Her kan en fysioterapeut gi god hjelp. Ergoterapeutiske tiltak for å bedre mestring av dagliglivets mange situasjoner kan også være til hjelp. Kort oppsummert kan en si at det er ingen grunn til å være pessimist, siden de aller fleste vil bli bedre av en depresjon etter noen ukers behandling.

Tilbakefall

«Depresjonen skal behandles, og når pasienten er bedre er det svært viktig å arbeide for å forebygge tilbakefall.»

Pasienter med sukkersyke, høyt blodtrykk eller depresjon vil ofte få tilbakefall om de slutter med legemidlene eller andre tiltak som bidrar til å stabilisere blod-

sukkeret, blodtrykket eller stemningsleiet. Depresjon kan sammenliknes med disse sykdommene når det gjelder tendensen til tilbakefall. Depresjonen skal behandles, og når pasienten er bedre er det svært viktig å arbeide for å forebygge tilbakefall. Har en person hatt flere depresjonsperioder, vil risikoen for å få tilbakefall øke. Reynolds og medarbeidere fant at sannsynligheten for tilbakefall var 50 prosent etter én depressiv episode, 80 prosent etter to episoder og 90 prosent etter tre eller flere episoder (12). Legen vil i slike tilfeller anbefale bruk av medikamenter over lang tid for å forebygge tilbakefall. De som oppnår full bedring får langt sjeldnere tilbakefall.

Hva kan pasienten selv gjøre for å forebygge tilbakefall?

Dersom pasienten er på bedringens vei er det viktig å gjenoppta sine aktiviteter, dyrke interessene, ta kontakt med venner og familie og delta i sosiale sammenhenger. Det er viktig å unngå isolasjon. En depresjon utløses ikke bare av tap, men også ved at en mister den sosiale rytme i hverdagen. Å ha en fast struktur med måltider, aktiviteter, hvile og søvn er meget viktig. Det å gå tur, minst en halv time tre ganger i uka er bra. Det å få dagslys inn i øynene er vesentlig for hormonreguleringen i kroppen. Dette gir en naturlig tretthet som fremmer et godt sønnmønster. Særlig stor betydning har dette ved gjentakende depresjon i den mørke årstid. Lysbehandling kan hjelpe noen. Det kan være tilstrekkelig å sitte foran en slik lampe en times tid hver dag en ukes tid – før en gradvis trapper ned behandlingen.

Forebygging av tilbakefall med legemidler og elektrostimulasjonsbehandling (ECT)

I en studie var risikoen for tilbakefall 2,5 ganger større hos dem som brukte placebo i stedet for antidepressiver (13). Selv ved milde og moderate depresjoner bør behandlingen fortsette i seks til tolv måneder etter første depresjon, og opp til tre år etter andre depresjon. Langtidsbehandling bør overveies hos dem med flere tilbakefall. Kombinasjon av psykoterapi og et legemiddel ser ut til å være den beste måten å forebygge tilbakefall på (14). Langtidsbehandling med litium kan også forebygge depresjon. Alternativ behandling er stemningsstabilisatorer eller kombinasjoner av disse. Vedlikeholdsbehandling med ECT vil være egnet for pasienter som har hatt nytte av behandlingen i akutt fase, og der legemidler i første omgang ikke forhindret tilbakefall.

■ kjellmartin.moksnes@ulleval.no

Litteratur

1. Selbæk G: Psykiatriske symptomer hos sykehjemspasienter. *Demens&Alderspsykiatri* 2007; 11(1):8-11.
2. Stordal E, Bjartveit Kruger M, Dahl NH, Kruger O, Mykletun A, Dahl AA: Depression in relation to age and gender in the general population: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104:210-216.
3. Kørner A: *The prevalence of depression among 65-years old or older in Karlebo Municipality*. København: FADLS forlag, 1998.
4. Sandanger I, Nygard JF, Ingebrigtsen G et al: Prevalence, incidence and age at onset of psychiatric disorders in Norway. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1999; 34:570-579.
5. Ulstein I: Utredning og behandling av urolige demente pasienter. I: (Vold, Eriksen, Engedal, red.) *Å dele kunnskap gir dobbel kunnskap Norsk Alderspsykiatri inn i 90-årene Rapport nr. 3*. Tønsberg: Infobanken 1995: 41-50.
6. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O: Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983; 17: 37-49.
7. Montgomery SA, Åsberg M: A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979; 134:382-389.
8. Zigmond AS, Snaith RP: The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67(6):361-370.
9. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC et al. Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psychiatry* 1988; 23(3): 271-284.
10. Lépine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A: Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12:19-29.
11. Styron W: *Synlig mørke. Erindringer om en depresjon*. Oslo: H. Aschehoug & Co, 1991
12. Reynolds CF 3rd, Dew MA, Pollock BG, Mulsant BH, Frank E, Miller MD et al: Maintenance treatment of major depression in old age. *N Engl J Med* 2006; 354:1130-1138.
13. Sackeim HA, Haskett RF, Mulsant BH, Thase M, Mann JJ, Pettinati HM et al: Continuation pharmacotherapy in the prevention of relapse following electroconvulsive therapy: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285:1299-1307.
14. Reynolds CF3rd, Frank E, Perel JM et al: Nortriptyline and Interpersonal Psychotherapy as Maintenance Therapies for Recurrent Major Depression. A randomized controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA* 1999; 281:39-45.



Kjell Martin Moksnes, seksjonsoverlege, Ullevål universitetssykehus, Psykiatrisk divisjon, Alderspsykiatrisk avdeling

Elektrostimulasjonsbehandling (ECT)

– en viktig behandling som møter motbør i media

Elektrostimulasjonsbehandling er en behandlingsmetode i psykiatrien som har utviklet seg mye siden den ble tatt i bruk i Norge for vel 60 år siden. Behandlingsmetoden er stadig under utvikling og vil antakelig fortsatt forandre seg en god del de neste 10-20 årene. Mange har motforestillinger mot ECT, og den beskrives ofte fortsatt på film, TV og i aviser slik som den ble gitt for mange år siden. ECT kan gi rask og god hjelp der annen behandling ikke strekker til.

Samtalebehandling i kombinasjon med legemidler er den vanligste form for behandling ved depresjon. Ulempen med samtaler og legemidler er at virkningen kommer langsomt, gjerne først etter to til seks uker og heller ikke alltid hjelper ved de alvorligste tilfellene. Bivirkningene ved ECT-behandling er som oftest få og kortvarige, men noen personer har hukommelsesvansker i lang tid etter behandlingen.

ECT er i stor grad modernisert og gis i samarbeid mellom narkoselege, psykiater og spesialutdannet sykepleier. Moderne utstyr med mer egnet stimuleringsstype, nøyte beregnet strømmengde, riktig plassering av elektrodene og utstyr som registrerer hva som skjer under behandlingen, er tatt i bruk ved mer enn 50 norske sykehus.

Tekstboks 1 **Indikasjon for ECT-behandling hos eldre**

- Depresjon med vrangforestillinger
- Melankoli
- Livstruende astenisk/stuporøs depresjon med spisevegring og signifikant vektapp
- Dyp depresjon med psykomotorisk hemning
- Høy selvmordsrisiko
- Alvorlig depresjon der annen behandling ikke virker
- Plagsomme bivirkninger av psykofarmaka
- Somatisk skrøpelige eldre som er overfølsomme for bivirkninger av legemidler
- Depresjon med somatiske lidelser der legemiddelbehandling frarådes

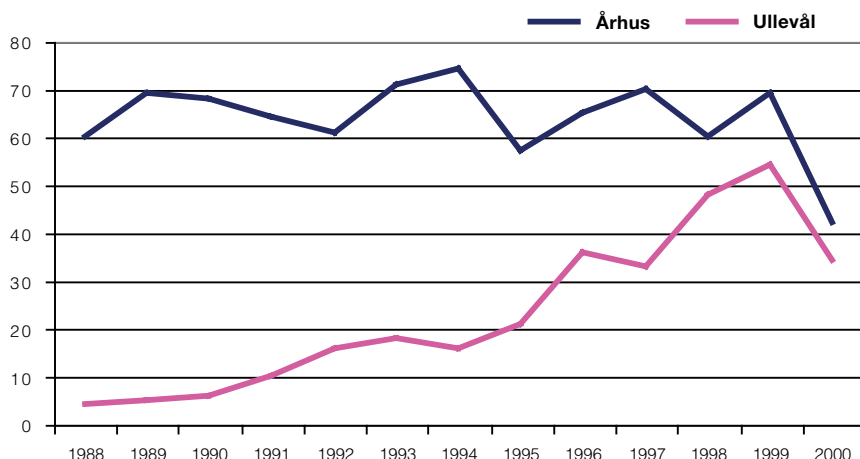
Når bør ECT brukes?

De vanligste indikasjonene hos eldre er nevnt i tekstboks 1. ECT kan være en særdeles effektiv behandling ved alvorlig depresjon hos mødre som nettopp har født og hos parkinsonpasienter (1, 2). Aarsland og Odberg anbefaler også ECT til deprimerede pasienter med demens av Alzheimers type, der annen behandling ikke virker (3). Behandlingen er et godt alternativ til eldre som ikke oppnår bedring med legemidler, eller ikke tåler disse på grunn av bivirkninger. Behandlingen kan være livreddende hos pasienter med akutt selvmordsfare, og hos dem som i en alvorlig forstenet depresjon slutter å spise og drikke. ECT viser seg å være godt tolerert ved de fleste legemlige sykdommer. Behandlingen virker ofte i løpet av første uke, og det er noen få relative kontraindikasjoner. Det gjelder pasienter med ferske hjerteinfarkt, ferske hjerneblødninger, økt trykk i hodet og utvidelser på livpulsåren. Hos disse bør en i første omgang velge andre behandlingsmåter.

ECT er en meget effektiv behandling

Flere studier har vist at 80-90 prosent av pasientene opplever bedring etter ECT-behandling. Ved årtusensskiftet ble ECT gitt til ca 20 personer per 100 000 innbyggere i Ullevål sektor i Oslo. I en slik befolkningsgruppe regner vi med at omtrent 4 000 har en alvorlig depresjon som trenger behandling. Det er mindre enn én prosent av disse som får ECT. I Norge har denne behandlingsformen vært brukt i mindre grad enn i Danmark, Sverige, Storbritannia og USA. I noen fylker har det vært økende bruk av ECT de siste årene, først og fremst fordi behandlingen har vært for lite brukt en lang periode. Bruken i Ullevål sektor nærmer seg bruken av ECT i Århus i Danmark (4, 5) (figur 1).

Mange som blir behandlet viser stor takknemlighet over å slippe den store lidelse depresjonen gir dem, og de ønsker den samme behandlingen om de får tilbakefall. De fleste vil gjerne anbefale metoden for

**Figur 1**

Antall førstegangsserier med ECT-behandling i Århus og Oslo fra 1988 til og med 2000.

Århus har 1.2 ganger større befolkning enn Ullevål sektor i Oslo.

andre (6). Etter en serie på 5-12 ECT-behandlinger, med to eller tre behandlinger per uke, bruker pasientene et potent antidepressivum og/eller litium for å redusere tilbakefallsprosenten.

Virkningsmekanismer

Det er mange ting som skjer i kroppen ved ECT-behandling. Puls og blodtrykk stiger noen få minutter, for så å normaliseres igjen. Enkelte hormoner øker i mengde. Enkelte negative stoffer i blodet ser ut til å normaliseres. Knut Hestad og medarbeidere utførte en pilotstudie som ble prisbelønnet i USA. De fant at tumor nekrosefaktor alfa¹ ble normalisert under ECT-behandling, men ikke ved bruk av antidepressiver (7). Nerveforbindelsene øker sin følsomhet for signalsubstanser som er til stede i mindre grad ved depresjon. Dyrestudier de siste år viser at antall endoteliale celler² i blodårene og hjerneceller øker etter elektrostimulasjon. Det ser ut til at ECT kan gi en positiv virkning på hjernevev, men dette er hittil kun vist i dyrestudier. Slike studier er vanskelige å utføre på mennesker (8).

Komplikasjoner og bivirkninger ved ECT-behandling

Ved ECT opptrer de vanligste bivirkningene de første minuttene eller timene etter behandlingen. Noen får hodepine, men denne bedres ofte etter et frokostmåltid eller behandles med en enkel smertelindrende tablett. Noen klager over muskelverk og noen eldre blir forbigående forvirret. For å forebygge dette gis B-vitaminet tiamin i tilslutning til behandlingen, og ECT-behandlingen reduseres fra tre til to behandlinger

per uke. Noen opplever en hukommelsesreduksjon som for de fleste går over i løpet av noen få uker. Stimulering av hjernen via pannen eller på høyre side er mer skånsom enn stimulering på begge sider. Mange eldre har en hukommelsesvekkelse på grunn av selve depresjonen, og disse opplever ofte at hukommelsen bedres etter behandlingen. Noen ganske få personer forteller om langvarig nedsatt hukommelse for hendelser i eget liv. Derfor kan vi ikke sikkert si at alle forstyrrelser av hukommelsen er forbigående. Det er vanskelig å finne ut om det er behandlingen eller sykdommen som gir slike uheldige virkninger. Vi kan med sikkerhet si at dette sjelden forekommer, men det er alvorlig for dem som rammes. Risikoen ved behandlingen må veies mot farene med å gå med en langvarig depresjon, som både gir økt sykkelighet og dødelighet. For eksempel vil depresjon samtidig med et akutt hjerteinfarkt øke dødeligheten to-tre ganger i løpet av det første halve året etter infarkt (9). Det er stor faglig enighet om at ECT er en effektiv og sikker behandling. Bivirkninger i hjerte-/karsystemet er også meget sjeldne.

Tilbakefall og vedlikeholdsbehandling

Ved alle behandlingsmåter ved depresjon er det stor fare for tilbakefall i løpet av det første halvår etter behandlingsserien, dersom behandlingen opphører. Derfor er det viktig med god oppfølging etter en ECT-serie. Kombinasjon av samtaler og legemidler bør gis for å hindre tilbakefall. Risikoen for tilbakefall vil da bli redusert. Dersom noen likevel får tilbakefall, gir en gjerne en ny serie og deretter vedlikeholdende ECT-behandling en gang i måneden et halvt års tid. Etter dette evalueres situasjonen sammen med pasient og pårørende. I flere prospektive, kontrollerte kliniske studier er det vist at vedlikeholds-ECT er et meget effektivt og sikkert alternativ til farmakologisk langtidsbehandling hos en selektert gruppe pasienter.

¹) Tumor nekrosefaktor alfa: Pasienter med depresjon har forhøyet nivå av cytokiner, særlig TNF- α . Cytokiner er stoffer som skilles ut fra en celle og påvirker andre cellers funksjoner, for eksempel ved betennelser.

²) Endoteliale celler: Det innerste cellelaget i små arterier.



Enhetsleder Anne Marie Mork Rokstad,
Sykehuset i Molde, Nordmøre og
Romsdal HF

I litteraturen er det beskrevet flere pasienter som har hatt nytte av slik profylaktisk behandling gjennom flere år (10). ECT-behandlingen utvikles stadig for å finne den rette balansen mellom god effekt og færrest mulig bivirkninger.

Holdninger

Mange helsearbeidere er i utgangspunktet skeptiske til en behandling som utløser et krampeanfall, selv om anfallet kun varer et halvt til ett minutt under god kontroll og oksygenering. En reservert eller negativ holdning blir ofte omformet til en positiv holdning når de får oppleve at en svært syk deprimerert pasient blir bedre i løpet av få uker eller de får undervisning om behandlingen (11).

■ kjellmartin.moksnes@ulleval.no

Litteratur

1. Berle JØ: Alvorlig depresjon og psykose post partum – når bør elektrokonvulsiv behandling brukes? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119:3000-3003.
2. Aarsland D, Larsen JP, Tandberg E: Elektrokonvulsiv behandling ved parkinsonisme. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113: 3564 - 3566.
3. Aarsland D, Odberg S: Electroconvulsive therapy of depression in Alzheimer's disease. A case presentation of acute and maintenance electroconvulsive therapy. *Nord J Psychiatry* 1996; 50(2):169-173.
4. Moksnes KM, Vatnaland T, Eri B, Torvik NH (2006): Elektrokonvulsiv terapi i Ullevålsektor i Oslo 1988-2002. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 13-14: 34-37.
5. Munk-Olsen T, Laursen TM, Videbech P, Rosenberg R, Mortensen PB: Electroconvulsive therapy: Predictors and trends in utilization from 1976 to 2000. *J ECT* 2006; 22:127-132.
6. Flåtten Ø: 377 elektrosjokkbehandlede pasienters mening om behandlingen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1975; 95:1206-1209.
7. Hestad K, Tonseth S, Stoen CD, Ueland T, Aukrust P: Raised plasma levels of tumor necrosis factor alpha in patients with depression: normalization during electroconvulsive therapy. *J ECT* 2003; 19(4):183-188.
8. Hellsten J, West MJ, Arvidsson A, Ekstrand J, Jansson L, Wennström M, Tingström A: Electroconvulsive seizures induces angiogenesis in adult rat hippocampus. *Biol Psychiatry* 2005; 58(11):871-878.
9. Lespérance F, Frasere-Smith N, Talajic M, Bourassa MG: Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation* 2002; 105:1049-1053.
10. Wijkstra J, Nolen WA: Successful maintenance electroconvulsive therapy for more than seven years. *J ECT* 2005; 21:171-173.
11. Papakosta VM, Zervas IM, Pehlivanidis A, Papadimitriou GN, Papakostas YG: A survey of the attitudes of greek medical students toward electroconvulsive therapy. *J ECT* 2005; 21:162-164.

«Eldres velferd

Presentasjon av Alderspsykiatrisk enhet i Molde

Alderspsykiatrisk enhet ved Helse Nordmøre og Romsdal HF er lokalisert ved Molde sykehus' psykiatriske enheter på Hjelset, to mil øst for Molde sentrum. Enheten består av døgnpost med åtte senger for utredningsopphold og poliklinikk med åtte fagstillinger som gir et variert og mangfoldig polikliniske tilbud.

Tidlig på 1990-tallet ble døgnetenheten omdefinert til utredningsenhet med tidsbegrensede opphold. Målgruppen for døgnopphold har vært personer med kognitiv svikt og spørsmål om demens i kombinasjon med psykiatrisk symptomatologi og atferdsendringer som skaper utfordringer i omgivelsene. Så langt har hele Møre og Romsdal vært opptaksområde. Fylket har ca 240 000 innbyggere og av disse er omkring 36 000 over 67 år. Fra etterjulsvinteren 2008 vil en tilsvarende enhet åpne i Ålesund for å betjene befolkningen på Sunnmøre. Befolkningsgrunnlaget for enheten på Hjelset blir da halvert. I den forbindelse vil døgnetenhetens målgruppe bli utvidet til å gjelde alle over 65 år med behov for alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste. I forhold til personer med spørsmål om demens er det ingen nedre aldersgrense.

Poliklinikken åpnet i oktober 2000 med fire fagstillinger, senere påplussert til åtte. Alderspsykiatrisk poliklinikk er i sin helhet finansiert av statlige opptrappingsmidler. Poliklinikken tilbyr både stasjonære konsultasjoner og ambulante tjenester med vektlegging av oppsøkende virksomhet i kommunene. Fra høsten 2006 har poliklinikken betjent kommunene i Romsdal og på Nordmøre, da eget team er etablert på Sunnmøre. Poliklinikk og døgnetenhet samarbeider tett, og de fleste som tas inn til opphold er vurdert poliklinisk før inntak. Enheten har et samlet årsbudsjett på vel 15,5 millioner kroner.

Behandlingstilbudet i døgnetenheten

Døgnetenheten er definert som en utredningsenhet. Alle innlagte pasienter blir derfor utredet i forhold til kognitivt, psykisk og fysisk funksjonsnivå. I døgnetenheten har en muligheten til å observere pasientene

angår oss!»

mer systematisk over lengre tid enn det som er mulig poliklinisk. Somatisk utredning gjøres ved spesialist i geriatri. Avklaring av somatiske problemstillinger er en svært aktuell og viktig del av utredningsoppholdet. Det samme er spørsmålet om kognitiv svikt, funksjonsnivå i daglige gjøremål og behov for hjelpetiltak. Det foretas derfor kognitiv testing, systematiske observasjoner i miljøet og kartlegging ved ergoterapeut. Psykiske symptomer vurderes gjennom observasjoner og samtale. Behandlingstiltak blir igangsatt på bakgrunn av hypoteser om hva som ligger til grunn for atferdsendringer og annen symptomatologi.

Miljøbehandling er en vektlagt del av døgnenhets tilbud. De fysiske lokalitetene i en bygning fra 1960-tallet er ikke særlig moderne eller tilrettelagte, men forholdsvis rommelige. Alle pasientene har egne rom, og store fellesarealer gir muligheter for ulike aktiviteter og skjerming når det er nødvendig. Utemiljøet er naturskjønt med opparbeidede turstier langs sjøen og sansehage etablert på en naturtomt i umiddelbar nærhet. Det er lagt stor vekt på uteaktiviteter og mulighet for hyppige spaserturer for pasientene. I miljøbehandlingen innendørs har sansestimulering vært et satsingsområde de siste årene. Det er etablert et eget sanserom i enheten der pasientene kan få individuelt tilpasset sansestimulering på bakgrunn av kartlagte behov og symptomatologi (1). Sansestimuleringsgruppe er et tilbud som gis to dager i uka. Felles gruppe med sang og musikk er et tilbud som i alle år har vært populært. Det samme er felles bakeaktivitet med påfølgende kaffelag.

Vurdering av medikamentell behandling er en naturlig del av et utredningsopphold. I hovedsak vil

innfallsvinkelen være vurdering av muligheter for medikamentsanering: utprøving av mindre doser enn pasienten kommer inn med, reduksjon av antall preparater, seponeringsforsøk og fortrinnsvis utprøving av medikamenter med gunstig bivirkningsprofil i forhold til målgruppen. Bruken av ECT (elektrostimulasjon) er økende.

Pasientene følges opp individuelt med primær- og sekundærkontakt i miljøet samt med daglig kontakt med behandler. Behandlerteamet består av overlege (spesialist i psykiatri), psykologspesialist og psykiatrisk sykepleier. I tillegg er spesialergoterapeut og turnusleger fast tilknyttet døgnenheten. Liggetiden har gått jevnt ned de siste årene. De første årene etter at døgnenheten ble definert som utredningsenhet tidlig på nittitallet, hadde man en gjennomsnittlig liggetid på i overkant av 80 døgn. I 2006 var vi nede i 48 døgn, og så langt i 2007 er vi nede i 37 liggedøgn i gjennomsnitt. Dette skyldes blant annet regelmessige evalueringer og justeringer av utredningsprosessen ved innleggelser, men også det nære samarbeidet med poliklinikken som vurderer pasientene poliklinisk før innleggelsen. Slik starter utredningsprosessen allerede før pasienten tas inn. Helt siden døgnenheten ble definert for tidsavgrensede utredningsopphold, har vi gjort skriftlig avtale med pasientenes hjemkommune om tilrettelegging for tilbakeføring etter endt opphold. Forlenget liggetid på grunn av at kommunene ikke kan ta pasientene tilbake, har således ikke vært et reelt problem. I mange utredningssaker tilbys personalet i kommunehelsetjenesten hospitering i døgnenheten før pasienten sendes tilbake. Personalet fra kommunen får på denne måten se og oppleve hvordan

pasienten fungerer og drøfte nødvendige oppfølgingstiltak med miljøpersonalet og behandlerne.

Det polikliniske tilbudet

Poliklinikken gir tilbud om utredning og behandling av alle typer psykiske lidelser hos personer over 65 år, samt utredning og behandling ved spørsmål om demens uavhengig av alder. Den polikliniske aktiviteten har øket jevnt fra oppstarten høsten 2000. Det første driftsåret lå en på rundt 250 henviste mens en i 2006 var oppe i nær 400 nyhenviste. Førstegangs konsultasjoner utgjorde omkring 20 prosent av de nær 2 000 polikliniske konsultasjonene på årsbasis. Symptomspekteret til henviste pasienter er bredt, men hovedvekten ligger på demensutredning og utredning og behandling av psykiatriske eller atferdsrelaterte symptomer i kombinasjon med demens. Gruppen med stemningslidelser, angstlidelser og psykoser er også relativt stor. Enkelte pasienter med lang psykiatrisk sykehistorie blir henvist for revurdering av medikasjon. Dette gjøres både poliklinisk og ved innleggelse.

Poliklinikkens personale, som består av psykologspesialist, overleger med spesialitet i allmennmedisin og geriatri, psykolog i utdanningsstilling, spesialsykepleiere i psykiatri og geriatri samt ergoterapeut, har en svært fleksibel arbeidsform. Den ambulante virksomheten består av pasientkonsultasjoner ved hjemmebesøk, på aldersinstitusjoner i kommunehelsetjenesten og til innlagte i somatiske og psykiatriske sykehusavdelinger. Flere samarbeidskommuner har regelmessige planlagte besøksdager som gjerne innledes med et samarbeidsmøte der primærleger, hjemmebaserte tjenester og personale fra institusjoner drøfter aktuelle problemstillinger og foretar gjensidig oppdatering av løpende saker. Samarbeidsmøtet kan også anvendes til veiledning og undervisning. Etter det innledende møtet gjøres det pasientbesøk etter oppsatt plan. I tillegg til oppsøkende virksomhet i kommunene er det løpende kontakt på telefon mellom behandlere i poliklinikken og samarbeidspartnere i kommunen, pasienter og pårørende.

Stasjonære polikliniske konsultasjoner i våre lokaler brukes mest ved utredninger av spørsmål om demens, men dette kan også gjøres ambulant. Pasienter som har behov for gjentatte konsultasjoner og er mobile til det, vil få stasjonært tilbud. I samarbeid med geriatrike seksjoner i Molde og Kristiansund samt nevrologisk avdeling i Molde har alderspsykiatrisk poliklinikk etablert et hukommelsessenter for å kunne gi et tverrfaglig utredningstilbud ved spørsmål om kognitiv svikt og mulig demens (2). Pasienter som får tilbud fra hukommelsessenteret er vanligvis i en tidlig fase av en mulig demensutvikling, eller det foreligger ikke grunnlag for demensdiagnose. De samarbeidende enhetene fordeler henvisningene

mellom seg slik at de eldste pasientene, og særlig de med somatiske komplikasjoner, har første konsultasjon i geriatrik poliklinikk. De yngste pasientene og tilfeller med psykiatriske komponenter gis en første time i alderspsykiatrien. Nevrologisk vurdering kommer vanligvis inn i videre oppfølging der det er behov for dette. Drøfting og avklaring av behov for supplerende undersøkelser samt konklusjoner i komplekse saker, tas på regelmessige samarbeidsmøter mellom enhetene. Ansvar for videre oppfølging avtales slik at pasient og pårørende får forutsigbare kontaktpersoner å forholde seg til.

Poliklinikken gir også tilbud om samtalegruppe til yngre personer med demens og deres pårørende. Gruppene møtes en gang per måned og tema for gruppesamtalene er ofte knyttet til fortløpende mestring av hverdagen med demenssykdom (3).

Som veiledningstilbud til primærhelsetjenesten har enheten personale med kompetanse innen Marte Meo veiledning (4) og Dementia Care Mapping (5). Marte Meo er en veiledningsmetodikk basert på videofilming og analyse av samhandlingssituasjoner mellom pasient og omsorgsperson, mens Dementia Care Mapping eller evaluering av demensomsorg (dansk oversettelse) er en kartlegging av pasientgruppens atferd og tegn til trivsel i institusjonsmiljø. Etter kartlegging og analyse av data gis det tilbakemelding til personalgruppen, og forbedringsområder identifiseres for oppfølgingstiltak.

Målgruppen for alderspsykiatriske tjenester er sammensatt og mangfoldig. Tjenestetilbudet må avspeile dette gjennom en bred innfallsvinkel og en organisering som gir mulighet for fleksible løsninger. Ikke minst kreves det medarbeidere som har kompetanse, interesse og pågangsmot til å møte hver enkelt bruker med åpenhet og respekt. Enhetens motto er: *Eldres velferd angår oss*. Med det utgangspunktet ønsker vi å være vedvarende opptatt av å utvikle det tjenestetilbudet som vår målgruppe har behov for.

■ anne-marie.rokstad@helsenr.no

Referanser

1. Furesund AS m.fl: Signe som ikke ville dusje. Om sansestimulering og samspill. *Demens&Alderspsykiatri* 2007; 11(1): 19-22.
2. Rokstad, AMM: Geriatri, nevrologi og alderspsykiatri sammen om etablering av hukommelsessenter. *DEMENS* 2005; 9 (4): 19.
3. Wogn-Henriksen K: «Er jeg den eneste i verden som har det sånn?» *DEMENS* 2005; 9 (3): 5-8.
4. Lunde, L-H: Videoveiledning (Marte Meo) i praksis – to kasuistikker. *DEMENS* 2003; 7 (1): 24-27.
5. Rokstad, AMM: Dementia Care Mapping (DCM). En metode for kvalitetssikring av omsorgen for personer med demens. *DEMENS* 2004; 8 (2): 7-9.



Knut Engedal, Professor dr. med.
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Norsk demensforskning

Det finnes omfattende internasjonal forskning om demens som spenner over et vidt felt, fra molekylærgenetisk forskning til forskning om forholdet mellom samfunn og enkeltmennesker.

De nordiske land er langt fremme, spesielt Sverige som har hatt en stor satsing på demensforskning de siste ti til tjue årene. I 2005 ble det fra ulike kilder bevilget 100 mill. kroner til et forskernettverk i Sverige. Forskernettverket Brainpower har tatt mål av seg til å initiere forskning på områder hvor det er behov for bedre kunnskap som årsaker til demens, hvordan man kan forhindre utvikling av demens, bedre og sikrere måter å diagnostisere på, bedre behandling av demens og bedre omsorg for pasienter med demens. (www.neurodeg@BrainPower.se)

Historikk

Norge har i langt svakere grad enn Sverige satset på forskning om demens, og det har vært en lang vei frem til den forskningen som pågår i dag. Det hele startet egentlig for lenge siden med en epidemiologisk undersøkelse, utført av dr. J. Bremer i Finnmark under annen verdenskrig. Han var en av de første i verden som rapporterte om forekomsten av demens i en befolkning. Det skulle gå 40 år før nye befolkningsundersøkelser av demens ble utført – i Vestfold, Bergen og Oslo. Deretter kom en undersøkelse av arvelighet og demens og så to prosjekter om diagnostikk av demens. De siste ti til femten årene har det skjedd en rivende utvikling på forskningsområdet i Norge. Flere prosjekter er kommet i gang, og sett med øynene til en som opplevde de magre 80-årene, kan utviklingen av nye demensprosjekter nærmest kalles en eksplosjon. Det er igangsatt mange forskningsprosjekter på ulike områder, initiert av mange aktører. Av den grunn er det vanskelig å ha full oversikt over aktiviteten. Undertegnede har takket ja til å lage en oversikt med fare for at noen kan bli glemt. Dersom det skjer, beklager jeg på det dypeste.

Ved starten av 2007 har jeg kjennskap til 15 doktorgradsprosjekter og flere langsiktige prosjekter om

demens på forsker-/postdoktornivå i Norge. Det er som sagt mulig at det finnes flere og det finnes selvfølgelig flere mindre prosjekter.

Helse Vest

Senter for nevro- og alderspsykiatrisk forskning i Stavanger er et meget aktivt demensforskningsmiljø. Gruppen gjennomfører forskning på ulike områder innen demensfeltet, og er takket være sin tunge og strategisk smarte innsats innenfor feltet Parkinsons sykdom og demens blitt et anerkjent forskningsmiljø internasjonalt. Det hele startet med en storstilt epidemiologisk undersøkelse av Parkinsons sykdom i Rogaland og har senere utviklet seg blant annet til å bli forskning om nevropsykiatriske symptomer, om nevropsykologiske utfall, om depresjon, om strukturelle skader i hjernen bedømt med MR og nevropatologi ved Parkinsons sykdom med demens, det siste i et samarbeid med en britisk forskergruppe. I tillegg har man i samarbeid med andre nevrologimiljøer på Vestlandet nettopp avsluttet inklusjon av 200 nydiagnostiserte parkinsonpasienter som vil bli fulgt opp for å undersøke hvem som utvikler demens (ParkVest).

DEMVEST er et annet prosjekt som er igangsatt i et samarbeid mellom gruppen i Stavanger, Haraldsplass diakonale sykehus i Bergen og Alderspsykiatrisk avdeling ved Haugesund sjukehus. Man vil følge opp 200 pasienter med mild demens, med fokus på demens med Lewylegemer, for å undersøke hva som forklarer utvikling av demens. I ParkVest og DEMVEST vil MR og spinalvæskeundersøkelser være viktige metoder som vil bli evaluert.

I Stavanger foregår dessuten en randomisert kontrollert studie som undersøker effekten av personalveiledning i forhold til pasientatferd, tvangsbruk og jobbtilfredshet i sykehjem. Fire sykehjem og 13 avdelinger er inkludert, og i prosjektet følges forsøkspersonene opp etter seks og 12 måneder.

Det finnes flere forbindelser mellom stavangermiljøet og Bergen. Noe av dette skyldes at professor Dag Aarsland, som leder senter for nevro- og alderspsykiatri i Stavanger, samtidig er professor i bistilling i geriatri i Bergen. NKS Olaviken psykiatriske sykehus AS og radiologisk og geriatrik seksjon på Haraldsplass diakonale sykehus i Bergen er samarbeidspartnere med miljøet i Stavanger, og ny radiologisk metodikk står i fokus for denne forskningen.

Smerter hos pasienter med demens er tema for et annet større forskningsprosjekt som foregår i sykehjem i Bergen. Man vil utvikle en metode for å kartlegge og utarbeide strategier for god behandling av smerter.

I Bergen drives demensforskning også ved Psykologisk fakultet, UiB. Fokus rettes mot å finne nye nevropsykologiske metoder for å definere hvem med mild kognitiv svikt som utvikler demens. Et annet prosjekt undersøker om det finnes gode, korte kognitive tester som kan brukes i daglig praksis for å skille mellom mild grad av demens og mild kognitiv svikt, og mellom mild grad av demens og normal kognitiv fungering hos eldre. Det siste prosjektet er et multisenterprosjekt hvor flere norske hukommelsesklinikker og poliklinikker har deltatt i datainnsamlingen.

Helse Midt-Norge

I Trondheim er forskningsprosjektet Trønderbrain i god gjenge ved St. Olavs hospital HF. Prosjektet som er lokalisert til Nevrologisk avdeling, fokuserer på arvelige forhold og demens og har samarbeid med Mayo-klinikken i USA. Datamaterialet samles inn i Trøndelag hvor bosettingen er relativt stabil, noe som gjør at mange familier på en eller annen måte vil være knyttet sammen. Det er dessuten nylig kommet i gang et nytt prosjekt ved MR-senteret ved St. Olavs hospital HF hvor man vil inkludere pasienter med Alzheimers demens for å finne frem til nye diagnostiske metoder.

Helse Nord

Ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) pågår det i øyeblikket en intervensjonsstudie i ni kommuner i Nordland fylke. Dette er en unik studie hvor «vanlige» pasienter inkluderes i en undersøkelse av medikamentet Donepezil og psykososial stimulering. Dette er en kontrollert undersøkelse, det vil si at noen pasienter får både legemiddelbehandling og vil delta i psykososial stimulering, mens andre bare vil få legemidler, eller ingen behandling i det hele tatt. Prosjektet er i oppstartfasen. Det planlegges videre en stor studie som vil utgå fra UNN, hvor man vil bruke data fra Tromsø-undersøkelsen for å finne frem til risikofaktorer for demens.

Helse Øst

Alderspsykiatrisk avdeling ved Sykehuset Innlandet HF har tre forskningsprosjekter med utgangspunkt i atferdsmessige og psykiatriske symptomer ved demens (APSD) hos pasienter innlagt i sykehjem. Den ene er en longitudinell undersøkelse av psykisk helse, inklusiv demens, hos et utvalg på nær 1 200 sykehjemspasienter fra Oppland, Hedmark og de to agderfylkene.

Den andre er en legemiddelindustriavhengig utprøving av et legemiddel (mot epilepsi) for behandling ved aggresjon hos personer med demens. Dette er en stor multisenterundersøkelse hvor alderspsykiatriske avdelinger har stilt opp på dugnad for å samle inn data sammen med sykehjemspersonalet. Studien har gått over hele landet og er i dag avsluttet. Vi venter spent på resultatene som kan forventes å bli publisert høsten 2007.

Det tredje prosjektet som utgår fra Sykehuset Innlandet HF er en randomisert kontrollert studie. Temaet er å studere effekten av seponering av anti-psykotika og antidepressiver hos pasienter med demens i sykehjem. I øyeblikket foregår en pilotstudie, mens hovedstudien, som blir en multisenterstudie, vil starte vinteren 2008.

Habiliteringstjenesten i Buskerud driver et mindre, men svært viktig prosjekt for å undersøke om det finnes pålitelige og gyldige kognitive tester som kan brukes for å diagnostisere og utrede demens hos personer med Downs syndrom.

Medbestemmelse hos personer med demens er tema for et forskningsprosjekt ved Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Universitetet i Oslo (UiO).

Høgskolen i Oslo har et prosjekt som fokuserer på smerter hos personer med demens. Det er lagt opp noe annerledes enn smerteprojektet som foregår i Bergen.

Akershus universitetssykehus HF og Rikshospitalet samarbeider om et forskningsprosjekt som studerer karakteristika hos pasienter med mild kognitiv svikt, som over tid utvikler Alzheimers sykdom. Prosjektet samarbeider med en gruppe demensforskere i Gøteborg og tar i bruk avanserte diagnostiske metoder som spinalvæskeundersøkelse og PET (en undersøkelse for å studere omsetning av ulike stoffer i hjernen, for eksempel sukker. PET er en undersøkelse for å studere hjernens funksjon).

Ved Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo er et intervensjonsprosjekt (randomisert dobbelblind studie) med et legemiddel som inneholder et østrogen og et gestagen i behandling av kvinner med Alzheimers demens nettopp avsluttet. Resultatene kan ventes å komme i løpet av 2007.

Et forskningsprosjekt som omhandler vitaminmangel og antioksydantforhold og demens, er i startfasen ved Aker universitetssykehus. Prosjektet er ikke i gangsett primo 2007.

Nasjonalt kompetansesenter for demens

Nasjonalt kompetansesenter for demens¹ og Geriatrisk avdeling, Ullevål universitetssykehus, har flere kliniske forskningsprosjekter om demens:

En postdoktorstipendiat er, etter å ha avsluttet et prosjekt om angst hos geriatrike pasienter, i England vinteren 2007. Der deltar hun i en større befolkningsstudie for å undersøke forekomsten av angst og depresjon hos eldre briter.

Demens etter hjerneslag – betydning for prognose, er tema for et prosjekt som inkluderer 200 pasienter med gjennomgått slag. Pasientene følges opp etter seks og 12 måneder.

Et tredje stort prosjekt omhandler forekomst og hjelpetiltak til yngre personer (under 65 år) med demens. Personer med diagnostisert demens før 65 års alderen, som bor i Oslo, Vestfold eller Telemark, er inkludert. Pårørende er intervjuet for å kartlegge behov for hjelpetiltak. Prosjektet er utvidet ytterligere det siste året for å evaluere ektefellers og barns stress og belastning.

Demens i familien er en nylig avsluttet kontrollert undersøkelse med formål å undersøke hvilken betydning det har å utdanne pårørende til å takle vanskelige situasjoner. Nær 200 par (pasienter og pårørende) er inkludert, hvorav halvparten av pårørende har fått tilbud om utdanning og kursing.

Resultatene foreligger og er under publisering.

¹) Hører inn under Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (red.)

Bruk av tvang og skjult medisinerer overfor pasienter med demens i sykehjem er et tidligere prosjekt som i 2005 førte til en doktorgradsdisputas. Prosjektet videreføres ved at rutiner for medisinerer av pasienter med demens kartlegges.

Helse Sør

Det nye PET-senteret og Nevrologisk avdeling ved Rikshospitalet samarbeider med Nevrologisk avdeling i Akershus, slik det er beskrevet under omtale av Helse Øst.

Det finnes et mindre prosjekt knyttet til nevrologisk avdeling på Sykehuset Buskerud HF, kalt Demi-Busk. Dette er et prosjekt om diagnostikk som inkluderer yngre pasienter med demens. Prosjektet er visstnok i øyeblikket inne i en passiv fase.

Konklusjon

Som understreket innledningsvis foregår det mye klinisk forskning relatert til demens i Norge. I denne artikkelen har jeg forsøkt å lage en oversikt over de doktorgradsprosjekter og andre større medisinske prosjekter som er igangsatt eller vil igangsettes i nær fremtid. Mindre prosjekter er ikke tatt med, og det er fullt mulig at noen større er uteglemt. Om noen som leser artikkelen ser at forfatteren bør underrettes om flere prosjekter, setter jeg pris på det.

■ knut.engedal@aldringoghelse.no

Astrid E. Andersen og Torhild Holthe

Boligguiden

Boligguiden

ISBN 978-82-8061-066-9

kr. **200,-**



Boken kan bestilles fra:



Aldring og helse

Forlaget

Forlaget Aldring og helse

Postboks 2136, 3103 Tønsberg

Tlf.: 33 34 19 50, Fax: 33 33 21 53

E-post: post@aldringoghelse.no

www.aldringoghelse.no

Alle er enige om at det er viktig å ha tilrettelagte botilbud for personer med demens, men få kommuner tar konsekvensen av dette. I Norge er det i dag 66 000 personer med demens, bare 14 prosent av disse har et tilrettelagt tilbud. Å tilrettelegge et godt omsorgsmiljø, både fysisk og psykososialt, er viktig for å få størst mulig helsegevinst, og den fysiske utformingen kan, hvis den er gjennomtenkt, sikre optimale rammer for samhandling, trivsel og trygghet.

Denne boka tar sikte på å gi gode råd i planleggingen av botilbud for personer med demens.



Harald A. Nygaard, professor emeritus, dr.med.
NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS

Alzheimers sykdom og arv:

Nytt gen oppdaget – nok en brikke i et komplekst arvemønster

Temaet arv og Alzheimers sykdom har tidligere vært omtalt i DEMENS (1, 2). Man regner at omkring to prosent av alle med Alzheimers sykdom har en dominant nedarvet form av sykdommen. Andelen er høyere hos personer under 65 år. Man har funnet endringer i arvemassen på tre forskjellige kromosomer, kromosom 1, 14 og 21 (3). Endringene i arvemassen på disse genene påvirker omdannelse av amyloid precursor protein (APP). APP er et eggehvitestoff som dannes i hjernens nerveceller. Det er uvisst hvilken funksjon APP utøver i hjernecellene. Normalt spaltes APP til mindre, oppløselige bruddstykker som blir utskilt, sannsynligvis gjennom blod og spinalvæske. Et kjennetegn ved hjernen til personer med Alzheimers sykdom er en utbredt opphopning av såkalte amyloide plakk eller beta-amyloid. Det er vist at endringer på kromosomene 1, 14 og 21 fører til endringer i nedbrytningen av APP (Figur 1). Amyloidet som oppstår ved denne avsporingen (beta-amyloid) er uoppløselig, i motsetning til normal amyloid. Det klumper seg sammen til amyloide plakk. Det er en utbredt oppfatning at beta-amyloid har en skadelig innvirkning på nervecellene, som degenereres og taper sin funksjonsevne. Oppfatningen av at beta-amyloid spiller en sentral rolle ved utviklingen av Alzheimers sykdom har gitt opphavet til hypotesen om den såkalte amyloide kaskade som en utløsende årsak til Alzheimers sykdom. Funksjonsnedsettelsen rammer blant annet produksjon av acetylkolin – et av signalstoffene som er viktige for hukommelsesfunksjonen.

En annen genetisk faktor knyttet til kromosom 19, som kan ha betydning for utvikling av Alzheimers sykdom, er Apolipoprotein E (ApoE). Det finnes tre forskjellige varianter av ApoE: ApoE 2, 3 og 4. ApoE er et glykoprotein¹ som hoved-

sakelig dannes i leveren, men også i hjernen, medvirker i hjernecellenes omsetning av kolesterol, og spiller en viktig rolle ved reparasjon og vedlikehold av nervecellene (4). Personer som er bærere av varianten ApoE4 har økt sannsynlighet, og bærere av ApoE3 lavere sannsynlighet for å utvikle Alzheimers sykdom. Man vet ikke på hvilken måte ApoE påvirker risikoen for utvikling av Alzheimers sykdom.

Etter at APP er dannet i det endoplasmatiske retikulum² (ER), transporteres det videre til det såkalte Golgiapparatet³ før det transporteres videre til cellemembranen (figur 2). I cellemembranen spaltes APP normalt til den løselige formen for amyloid eller til beta-amyloid. Ikke alt APP som er dannet transporteres gjennom celleveggen. Noe sirkulerer i cellens cytoplasma, dels blir det innlemmet i endosomer⁴ hvor det eventuelt spaltes til beta-amyloid. Det antas at Golgiapparatet kan spille en rolle i denne sammenhengen idet sirkulerende APP fanges opp av og lagres i Golgiapparatet, slik at mengden APP som står til rådighet for omdannelse i endosomene, reduseres.

²) Endoplasmatiske retikulum (ER): organell som ligger opptil cellekernen og hvor produksjon av protein og celler finner sted.

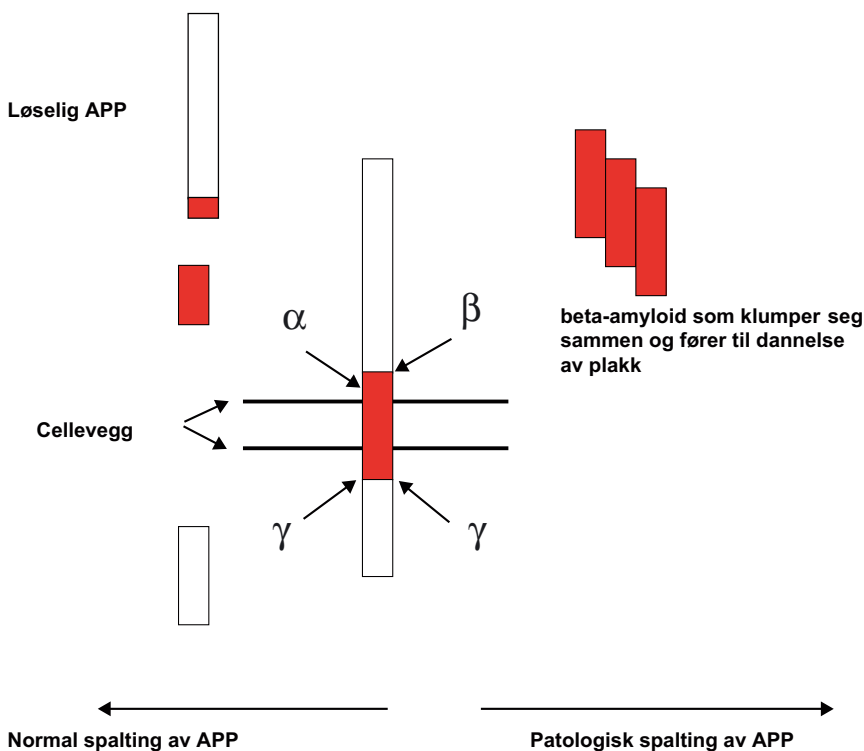
³) Oppkalt etter legen Golgi som var den første som beskrev denne strukturen i cellen. Golgiapparatet står i nær tilknytning til ER og tjener som lagringsplass for stoffer som er dannet i ER.

⁴) Endosom: små vesikler (blærer) i cytoplasmaet hvor forskjellige molekyler blir fanget opp og eventuelt videretransportert til andre organeller hvor de blir oppløst eller spaltet videre.

⁵) SORL1: Sorting protein related receptor, reseptor som sorterer og styrer transporten av lipoproteiner som innlemmes i forskjellige organeller. Det finnes forskjellige betegnelser på SORL1: SORLA1, SORLA, LR11.

⁶) Organeller: Små blærer som er omgitt av en membran og som finnes i celle. Organellene fungerer som et slags fordøyelsessystem som bidrar til å fjerne slaggprodukter i cellen.

¹) Glykoprotein: molekyler som er sammensatt av eggehvite og kullhydratgrupper.

**Figur 1**

Nedbryting av amyloid precursor protein (APP). Venstre side av bilde viser normal spalting. Først spaltes APP av α -sekretase. Den (øvre) delen som spaltes av er løselig og kan utskilles. Deretter følger en spalting av γ -sekretase. Dette fragmentet er sannsynligvis ikke skadelig. Den patoiske spalting av APP er vist i høyre del av tegningen. Først spaltes APP av β -sekretase. I dette tilfellet spaltes APP lenger ute en det som var tilfelle med α -sekretase. Deretter følger en spalting med γ -sekretase. Fragmentet beta-amyloid (hele det røde rektangelet) er ikke løselig. Flere av disse fragmentene klumper seg sammen og danner beta-amyloid. (Omarbeiet etter Lichtenthaler & Haass. J Clin Invest 2004; 113: 1384-1387)

Undersøkelser av hjernevev har vist at tettheten av enkelte reseptorer, blant annet SORL1⁵, er nedsatt hos personer med Alzheimers sykdom (5), og at nedsatt tetthet av SORL1 også er assosiert med høyere konsentrasjon av beta-amyloid (6). Én hypotese har vært at SORL1 er med på å regulere opptaket av sirkulerende APP i forskjellige organeller⁶ i nervecellen, og dermed medvirker til å styre blant annet mengden APP som står til disposisjon for omdanning til oppløselig, henholdsvis uoppløselig amyloid (beta-amyloid).

Disse studiene (5, 6) stadfester at mange forskjellige forhold medvirker til at den normale spaltingen av APP blir brakt ut av likevekt. I januar i år dukket det opp en liten notis i enkelte av landets aviser om at man hadde oppdaget et nytt «Alzheimergen» (SORL1), en oppdagelse som «gjør det mulig å undersøke og etter hvert behandle sykdommen ...» (NTB/VG 15.1.2007).

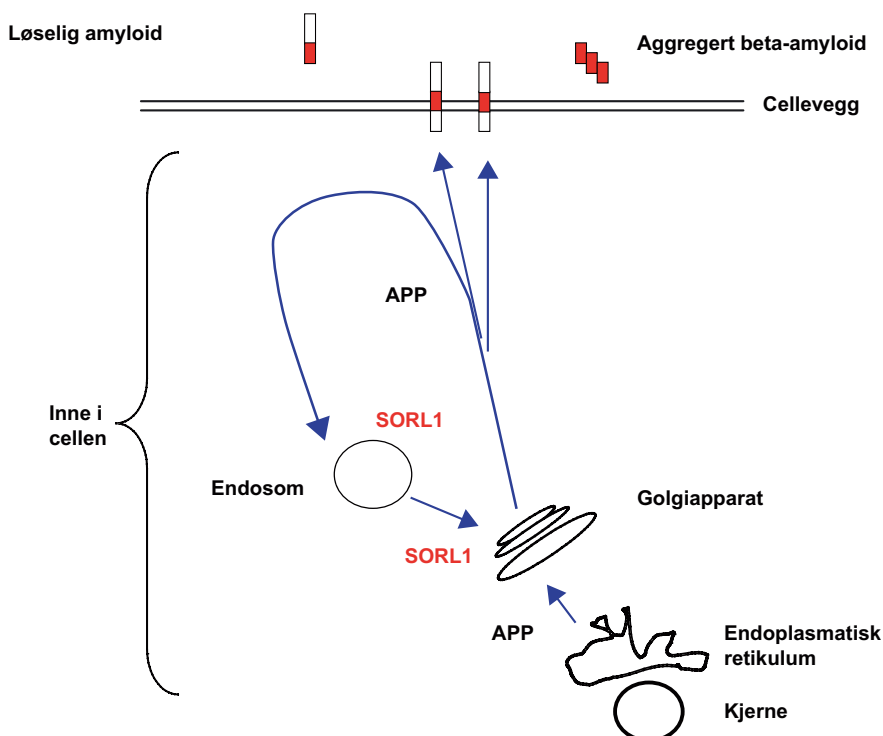
Nyheten er basert på en undersøkelse som nylig ble publisert i Nature Genetics (7). Undersøkelsen er basert på genetisk materiale fra seks forskjellige undersøkelser (datasett) og omfatter omkring 6 000 personer. Til forskjell fra mange andre undersøkelser omfatter denne forskjellige etniske grupper. Undersøkelsen hadde til formål å avdekke om det var noen årsaksmessig sammenheng mellom økt konsentrasjon av beta-amyloid og nedsatt tetthet av SORL1. Studien

viste at varianter (endringer i sammensetningen) på SORL1-genet var vanligere hos personer med Alzheimers sykdom av sen debut enn hos friske eldre. Forfatterne konkluderer med at funnene tyder på at nedsatt tetthet av SORL1 fører til økt transport av APP ut av cellen via enzymer som produserer beta-amyloid (beta- og gamma-sekretase). Med andre ord, normalt fungerende SORL1 kan ha en beskyttende effekt med hensyn til å utvikle Alzheimers sykdom. Avslutningsvis kommenterer forfatterne at genetiske eller ervervede endringer i SORL1-genet kan påvirke dannelsen av beta-amyloid. Det skal imidlertid bemerkes at sammenhengen mellom SORL1 og Alzheimers sykdom ikke var til stede i to av datasettene.

Denne undersøkelsen har vært gjenstand for stor oppmerksomhet i fagkretser. Det synes å være enighet om at den danner en brikke i et stort og komplisert puslespill. Undertegnede synes at denne lektyren var tung å komme gjennom. Det er derfor gledelig at en fagmann kommenterer: «Reading through the study again, I realize it's a good example of why there's often a disconnect between optimistic Alzheimer's headlines (which set our expectations too high) and the reality of research. The study is big, hard for a non-scientist to understand, and full of twists and turns. Nothing is simple in Alzheimer's research» (8).

Figur 2

Transport av APP fra dannelsen til spalting i celledommen til løselig amyloid, eventuelt beta-amyloid. APP som ikke umiddelbart passerer celledommen sirkulerer i cytoplasma. Noe sirkulerende APP kan omdannes til beta-amyloid i endosomene. Noe lagres i Golgiapparatet. SORL1 er av betydning for transport bort fra endosomene og inn i Golgiapparatet.



Den amyloide kaskade bygger som nevnt på at beta-amyloid er den umiddelbare årsak til prosessene som ender opp med en Alzheimers sykdom. Det postuleres at dersom man kan stoppe utviklingen av beta-amyloid, vil man også ha et verktøy til å stoppe eller til og med forhindre at sykdommen utvikles dersom man bare kommer tidsnok til med effektiv behandling. Alternativene er enten å hemme dannelsen, henholdsvis blokkere for virkningen av beta- og gamma-sekretase, eller å øke produksjonen av alfa-sekretase for å påskynde dannelsen av løselig amyloid. Det foregår dyreforsøk som er basert på disse prinsippene, men det foreligger ingen kliniske studier. Et annet alternativ ville bestå i å forsøke å løse opp amyloide plakk ved hjelp av immunisering (tidligere omtalt i DEMENS) (9). Forsøk med denne typen behandling ble stoppet grunnet hjernebetennelse hos noen av personene som deltok i forsøket. For tiden arbeides det med å gjøre denne formen for behandling sikrere.

■ harald.nygaard@isf.uib.no

Referanser

1. Øksengård A, Engedal K: Arv og risiko for Alzheimers sykdom. *DEMENS* 2002; 5(4): 2-3.
2. Nygaard H: Apolipoprotein E (ApoE) og Alzheimers sykdom. *DEMENS* 2000; 4(4): 14-15.
3. Myhre A, Tysnes O-B: Etiologi og genetikk ved Alzheimers sykdom. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2002; 122: 50-53.
4. Mahley R, Weisgraber K, Huang Y: Apolipoprotein E4: a causative factor and therapeutic target in neuropathology, including Alzheimer's disease. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 2006; 103(15): 5644-5651.
5. Scherzer C, Offe K, Gearing M, et al.: Loss of Apolipoprotein E receptor LR11 in Alzheimer disease. *Archives of Neurology* 2004; 61: 1200-1205.
6. Offe K, Dodson S, Schoemaker S, Fritz J, Levey A, Lah J: The lipoprotein receptor LR11 regulates amyloid beta-production and amyloid precursor protein traffic in endosomal compartments. *Journal of Neuroscience* 2006; 26: 1596-1603.
7. Rogaeva E, Meng Y, Lee J, et al.: The neuronal sortilin-related receptor SORL1 is genetically associated with Alzheimer disease. *Nature Genetics* 2007; 39: 168-177.
8. http://www.tangledneuron.info/the_tangled_neuron/2007/01/sorl1_new_alzhe.html (19.03.2007)
9. Nordberg A: Vaccination – framtida behandling av Alzheimers sykdom? *DEMENS* 2002; 6(2): 2-4.



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Swingende stund på sykehjemmet

Rytmene er ikke for pyser når det er sittedans på Åstveit sykehjem i Bergen. Men først er det korøvelse.



Na-na, no-no, ny-ny... Det er oppvarming for gamle og unge stemmebånd. Midt på dagen hver onsdag er alle pasienter som ønsker det, med på korøvelse, og den utsendte reporteren har sjelden sett sånn iver, glede og innsats i en forsamling der en stor del har demens.

Allerede før heisdøren går opp, høres summingen av stemmer fra pasienter og ansatte på vei opp til øvelse. Her kommer godt voksne mennesker med gåstoler, rullestoler, stokker og krykker i flokk og følge, rundt 20 denne onsdagen. Når hele sykehjemmet er med på en aktivitet, treffer mange folk de kjenner fra andre avdelinger og slår av en prat. Flere husker ikke alle de forskjellige ansiktene, men aner på stemningen at noe hyggelig skal skje. Og idet Wenche

Grønn slår an tonen på pianoet, er de med. Na-na, no-no, ny-ny. Ethvert kor med respekt for seg selv varmer opp før sangen starter. Deltakerne har fått utdelt permer med tekster. Noen kan lese og forstå dem, andre ikke. Men alle kan bla i dem og være med på det som hender. Det går i dur og moll og kjente tekster og melodier. Mest i dur, forresten. «*Dansen den går utpå Måkeskjær, i lyse sommernetter...*» Dukker det opp et minne eller to?

«*Innover fjorden en snekke gled, akk hvor timene flyr...*» Et minne til, kanskje?

«*Været er så vakkert, sa Johan – skal vi gå i land?*» Og alle vet jo hvordan det kan gå i busk og kratt, og hvem har ikke opplevd en sommernatt der mangt har skjedd? Eller drømt om det, i det minste?



Glede og fellesskap

Wenche Grønn er primus motor bak korøvelsene og spiller og dirigerer. Nesten alle avdelingslederne er med i koret, styrer Turid Hesjedal er med når hun kan, og det samme gjelder en annen sykepleier fra administrasjonen. Dessuten er mange andre ansatte ivrige korister. De skynder seg med annet arbeid for å kunne være med selv og for å hjelpe pasientene av gårde. De liker å synge og bidrar praktisk, noe Wenche Grønn setter stor pris på.

– Det er klart at denne støtten er viktig for korets eksistens og et fint signal for meg om at de ser på dette som et satsingsområde og et viktig terapeutisk arbeid, sier hun.

– Koret er ikke noe enmannsforetak. Vi drar lasset sammen. Ofte kommer de ansatte på fridager for å være med på korøvelse. Vi kunne ikke fortsatt uten deres støtte. Jeg synes jeg får uendelig mye igjen av både av glede og fellesskap.

Gleden speiles også i de gamle ansiktene. At enkelte dupper av innimellom er ingen katastrofe – det kan vel oppleves deilig å dorme litt til «Syrinene blomstrer»?

God grunn til begeistring

Høsten 2002 begynte Wenche Grønn i en deltidsstilling som hjelpepleier på Åstveit sykehjem. Hun så at det var lite aktivitet for pasientene, og med hennes musikk-lærerbakgrunn var det naturlig at tankene begynte å tumle med et kor. Til jul, kanskje?



– Jeg la en liten lapp i hyllene til de andre ansatte, for jeg var avhengig av at noen av dem ville være med for å kunne ha flere stemmer. Før jeg visste ordet av det, hadde vi etablert et kor. Vi hadde flere julekonserter, og vi vartet opp med både to- og tre-stemt sang. Det var mange våte øyne i koret og blant tilhørerne når vi sang julesangene.

Mange av deltagerne har demens. Ifølge dirigenten betyr ikke det all verden så lenge sangene er kjent fra før.

– I den generasjonen har de vært vant med å synge helt fra de var små. Nå henter de frem igjen brokker av tekster, eller hele tekster, fra hukommelsen. Så leser de på munnen til andre som synger og får med seg det meste. Når vi øver inn «nye» kjærlighetssanger, prøver vi å få med minner fra da de var unge. Alle har jo kjent den gode følelsen, og det blir mye latter.

Etter julekonserten i 2002 ville både styrer, ansatte og pasienter fortsette sangen. Bingo hver tirsdag og andakt hver torsdag dekket ikke behovet for noe å gjøre, og betjeningen har i disse fem årene sørget for at alle pasienter som ønsker det, kommer seg til korøvelsene.

«No livnar det i lundar, no lauvast det i li...» Teksten sitter spikret, og kormedlemmene gir det de har. Repertoaret er allsidig, og koret har sunget på gudstjeneste, på eldretreff i strøkets menighetshus og har hatt flere konserter på sykehjemmet.



3

1: Wenche Grønn er ildsjelen bak tiltaket, men setter stor pris på støtten fra kollegene.

2: Lilly Haukenes var ansatt på korttidsavdelingen til hun gikk av på AFP for tre år siden. I mange år spredte hun glede blant pasientene ved å synge med dem. Nå er hun frivillig hjelper på samme avdeling. «Jeg føler at jeg fremdeles hører til her.» Lilly Haukenes ser at koret betyr svært mye for pasientene, men også for henne selv. «Jeg opplever at pasientene setter pris på tilbudet og virkelig engasjerer seg. Etter at vi begynte med dette, har de livnet til. De dagene det er korøvelser ser jeg forskjell på dem før og etter øvelsen. I dette fellesskapet er de helt med, det kan vi se av ansiktsuttrykkene.»



4

3: Wenche Mjåtvædt er på dagavdelingen på sykehjemmet. Hun har vært med i koret et års tid og synes det er gøy å synge. «Vi sang mye skolen, vi, vet du, og det sitter.»

4: Borgny Larsen begynte i koret for fem år siden og er begeistret både for sangen og sittedansen. Hun har også sunget mye gjennom livet og synes det er helt topp å være med på korøvelse.

– Sangen får frem gleden i oss. Det ser du på ansiktsuttrykkene og i øynene. Og her får alle som har lyst, være med.

Så er det dans etterpå!

Etter korøvelsen er det sittedans. Stemningen tar helt av. Det går i sjømannsviser, jazz og fengende vals. Armer og ben svinges i takt med musikken, kinnene gløder og øynene stråler. Det pustes og tralles og bøyes og tøyes i et tempo som ikke er for pyser, og folk vil ha mer.

Sittedans er en del av konseptet Seniordans som kommer fra Danmark, og er lagt opp slik at alle kan bruke de delene av kroppen som kan og vil danse. Musikken er laget til konseptet og har gode rytmer.

– Når vi har holdt på en stund er vi gode og svette og tenker gjerne at vi skal roe ned litt, men deltagerne stemmer det ned og vil ha kjapp og fengende musikk.

«Ain't she sweet,» jazzet det fra høytalerne, og danserne gjør det dansere skal gjøre. Hvem har sagt at ikke gamle mennesker kan ha det gøy selv om kropp og sinn ikke er helt på topp?

– De tar gleden fra dette med seg tilbake til avdelingen. Hvis jeg går på en avdeling og begynner å synge på en av sangene, stemmer de i. Det gjelder også mange som har demens. Noe sitter tydeligvis igjen. For meg er dette uhyre givende. Å bruke musikk og sang må være en av de beste måtene å spre glede på. Hvis jeg ikke har fått til en liten seanse med sang og musikk i løpet av en vakt, er jeg ikke helt fornøyd.

18th Alzheimer Europe Conference

22-25 mai 2008, Oslo

BRYT BARRIERENE

På tide å tenke offensivt? En demensdiagnose skaper bekymring. Personer med demens og deres familier opplever mange barrierer som hindrer dem å leve et meningsfullt liv. Det er mulig å bryte noen av disse barrierene og oppleve livsglede og mening i livet til tross for sykdommen. Konferansen vil vise hvordan barrierer kan brytes og at en demensdiagnose ikke bare betyr lidelse og håpløshet.

Konferansen skal vise oss at det finnes håp om å få:

- ivarettatt sine rettigheter
- behandling
- hjelpemidler
- støtte gjennom alle faser av sykdommen
- støtte til familien



www.alzheimer-conference2008.org



Linda Gjøre prosjektmedarbeider/ergoterapeut, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Margit Gausdal, prosjektmedarbeider/ergoterapeut, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Samhandling om demensutredning

Hukommelses- og demensutredningsprosjekt 2005-2006

■ Ifølge ferske norske undersøkelser har kun halvparten av personer med demens som mottar hjemmetjenester en demensdiagnose. De fleste av dem som har diagnose har fått den i spesialisthelsetjenesten (1).

Antall personer med en demenssykdom i Norge er om lag 65 000 og vil øke i årene som kommer (2). Mer enn halvparten av disse bor i eget hjem. Det er en kjent sak at utredning av demens er forsømt i primærhelsetjenesten. I en norsk undersøkelse gjennomført av Lystrup og medarbeidere (1) fant man at kun 53 prosent av personer med demens som mottok hjemme-sykepleie hadde fått satt en demensdiagnose av lege. Årsakene til dette er mange, og én er at mange primærleger har hatt et pessimistisk syn på om utredning kan ha noen som helst effekt på pasientens situasjon (3). Dette har endret seg noe etter at kolinesterasehemmerne ble godkjent for bruk i Norge. Knut Engedal (4) skriver at det er en rimelig målsetting at fastlegen, eventuelt i samarbeid med pleie- og omsorgstjenesten, foretar utredning av pasienter med klare symptomer på mental svikt, og hvor det ikke foreligger spesielle atferdsproblemer eller samtidig kompliserende annen sykdom. Yngre pasienter, og de fleste pasienter med symptomer på demens i tidlig stadium der diagnosen er uklar, skal fortrinnsvis henvises til spesialisthelsetjenesten.

Selv om en demenssykdom ikke kan kureres, er det viktig å få stilt en diagnose for å kunne forsøke symptomatisk legemiddelbehandling og kunne lage en plan for god omsorg, slik at pasienten kan bo i egen bolig så lenge som mulig. Det er viktig at pårørende kan få informasjon om sykdommen og lære seg å takle atferdsendringene som kan følge med sykdommen. Dette er samfunnsøkonomisk besparende når alternativet til eget hjem er sykehjemsinnleggelse (2).

Hukommelses- og demensutredningsprosjektet

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har tidligere gjennomført et utviklingsprosjekt hvor man har prøvd ut ulike former for tverrfaglig utredning av demens i primærhelsetjenesten. Man har ikke prøvd ut en modell for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten tidligere. Hensikten med Hukommelses- og demensutredningsprosjektet var derfor å implementere og evaluere en modell for demensutredning i samhandling mellom Hukommelsesklinikken på Ullevål universitetssykehus og bydelene Sagene og Nordre Aker i Oslo. Ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) var det per 1.1.2006 i bydel Sagene 30 414 innbyggere, og andel eldre over 65 år var 2 963, noe som tilsvarer 9,7 prosent av alle innbyggerne. I bydel Nordre Aker var det 41 649 innbyggere på samme tidspunkt, og befolkningen over 65 år var på 5 868. Det tilsvarer 14 prosent av alle innbyggerne. På grunnlag av befolkningsmengde og andel eldre kan man ved å bruke forekomsttall for demens fra Rotterdamundersøkelsen, beregne antatt forekomst av demens (2). Ut fra dette kan man anta at det i 2007 vil være 341 personer med demens i bydel Sagene, og 626 personer med demens i bydel Nordre Aker (5). Ved å gjennomføre Hukommelses- og demensutredningsprosjektet ville vi finne ut om modellen for organisering av demensutredning var effektiv og om kompetanse kunne overføres fra spesialist- til primærhelsetjeneste gjennom praksislæring, praktisk samarbeid og veiledning av helsepersonell.

Ergoterapeutene Linda GjØra og Margit Gausdal ble ansatt ved Hukommelsesklinikken, Ullevål universitetssykehus i august 2005 for å arbeide utadrettet med demensutredning i hver sin bydel. Pilotprosjektet ble avviklet desember 2006.

Gjennomføring

Før prosjektet gikk inn i aksjonsperioden med demensutredninger, ble det holdt informasjonsmøter for leger og øvrig helsepersonell i de to bydelene. Denne informasjonsformidlingen ble gjentatt underveis i aksjonsperioden. Leger ble tilbudt meritterende kurs om demens og diagnostikk av demens. Øvrig helsepersonell ble tilbudt kurs om demens og utredning og oppfølging av personer med demens. I tillegg ble helsepersonell fra bydelene tilbudt hospitering på Hukommelsesklinikken.

Prosjektergoterapeutene hadde hovedansvaret for organisering og gjennomføring av utredningen i aksjonsperioden som varte fra oktober 2005 til oktober 2006. For å sikre kompetanseoverføring var det alltid personale fra primærhelsetjenesten med på utredningene. Det ble benyttet et standardisert utredningsverktøy i utredningene, utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og Sosial- og helsedirektoratet (6). Verktøyet består av en veileder, en del for pleie- og omsorgspersonell og en del for leger.

Henvisingsterskelen var lav. Det vil si at hjemmetjenesten og bestillerkontor i bydelene, ikke bare leger, kunne henvise til utredning. Dersom henvisingen kom fra hjemmetjenesten eller bestillerkontor, ble pasientens fastlege kontaktet for å klargjøre og avtale utredningen. Det ble utført hjemmebesøk ved ergoterapeut fra prosjektet og personale fra hjemmetjenesten, og standardiserte skjemaer ble brukt. Anamneseskjema er brukt for pårørende, mens pasientene ble testet kognitivt med Mini Mental Status (MMS) og Klokke-test. Resultatene fra hjemmebesøket ble diskutert med overlege på Hukommelsesklinikken som ga råd om hvor videre utredning skulle foregå –

hos fastlege eller på Hukommelsesklinikken – og om hvilke undersøkelser som burde utføres i fortsettelsen. Konklusjon fra hjemmebesøket med forslag til hjelpetiltak ble sendt både til hjemmetjeneste, bestillerkontor og fastlege.

Resultatevaluering

Data på alle henviste pasienter ble registrert og anonymisert. I alt ble det henvist 193 pasienter fra de to bydelene, og 70 prosent av henvisningene kom fra hjemmetjeneste og bestillerkontor. Av de henviste pasientene ble 104 utredet i prosjektet. I tabell 1 vises de hyppigste årsakene til at utredning ikke fant sted. Av dem som ble utredet i bydelene ble 26 pasienter henvist videre til utredning på Hukommelsesklinikken, alternativt alderspsykiatrisk eller geriatrisk poliklinikk, på grunn av en mer sammensatt problemstilling. De resterende ble utredet og fulgt opp av fastlegene og helsepersonale i bydelene. I Sagene bydel ønsket noen leger at det ikke skulle gjøres utredning på grunn av pasientens høye alder, somatisk sykdom eller at de ikke så noen hensikt i å gjennomføre en utredning. Som det kommer frem i tabell 1, ble en del

Tabell 1
Årsaker til at pasienter ikke ble utredet i prosjektet

	Sagene	Nordre Aker
Pasient hadde blitt diagnostisert tidligere	13	17
Fastlege ønsker ikke starte utredning	7	0
Pasient ble fulgt opp av fastlege/andre instanser	12	18
Død	1	2
Pasient/pårørende ønsket ikke utredning	1	3
Annet	11	4
Antall*	45 (55)	44 (40)

* % av totalt henviste pasienter

Tabell 2
Utredet i bydelene

	Sagene		Nordre Aker	
Antall personer	37		67	
Gjennomsnittsalder (min-maks)	85	(73-94)	84	(66-94)
Kvinner, antall (%)	32	(86)	53	(79)
Menn, antall (%)	5	(14)	14	(21)
Gjennomsnitt MMS skåre (min-maks)	21,7	(13-29)	21,4	(11-29)
Gjennomsnitt Klokke-test skåre (min-maks)	2,7	(0-7)	2,6	(0-7)

*n=33, **n=33, ***n=62, ****n=59.

N avviker i de ulike kategoriene MMS og Klokke-test da noen av pasientene vi utredet ikke ble testet. MMS maks 30 poeng, og Klokke-test maks 7 poeng.

pasienter i begge bydelene fulgt opp av fastlege eller andre instanser. Noen fastleger ønsket å gjøre utredningen på egen hånd, og noen av pasientene var henvist til Hukommelsesklinikken eller til Rosenborgsenteret (demensutredningsenheten på Lovisenberg Diakonale Sykehus). Noen av pasientene som ble henvist lå på korttidsavdeling i sykehjem der tilsynslege kunne gjøre utredning. Noen av pasientene ble anbefalt direkte henvisning til alderspsykiatrisk poliklinikk på grunn av kompliserte problemstillinger og atferdsvansker.

Tabell 2 viser en oversikt over pasientene som ble utredet i aksjonsperioden i forhold til demografiske forhold, samt gjennomsnittsskåre på MMS og Klokke-test. Gjennomsnittsalderen er på over 80 år, og det er en større andel kvinner enn menn som er henvist og utredet. MMS- og Klokketestresultatene er noenlunde like i de to bydelene. Gjennomsnittlig resultat på MMS for pasientene i de to bydelene er henholdsvis 21,7 og 21,4 poeng og på Klokketest 2,7 og 2,6.

Tabell 3 viser at det i samme tidsrom som aksjonsperioden ble utredet 49 pasienter fra Sagene og Nordre Aker ved Hukommelsesklinikken (mot 44 i samme tidsperiode året før). I aksjonsperioden ble det utredet 104 pasienter i de to bydelene. Dette betyr at det i aksjonsperioden ble utredet til sammen 153 pasienter (104+49) mot 44 året før, fra de to bydelene. Dersom man ser på utredninger i bydelene i tillegg til på Hukommelsesklinikken, ser man en økning i det totale antall utredninger. Pasientene som ble utredet i bydelene var i gjennomsnitt 10 år eldre og skåret dårligere på MMS og Klokketesten sammenlignet med pasientene som ble utredet i Hukommelsesklinikken.

Prosessevaluering

Det ble sendt ut spørreskjemaer til leger og øvrig helsepersonell i bydelene etter aksjonsperiodens slutt. Svarene viste at de fleste var fornøyd med hvordan prosjektet var blitt informert om, og gjennomført. Det ble gitt uttrykk for at demensutredning ble en oppgave som kom i tillegg til andre arbeidsoppgaver, og helsepersonell i bydelene hadde derfor ikke tid eller mulighet til å prioritere dette. Å få til godt samarbeid mellom de forskjellige aktørene pekes på som utfordrende. Det trekkes frem som positivt at man har en tverrfaglig tilnærming ved demensutredning. Det pekes dessuten på at det må jobbes med gode rutiner for å sikre god og tilstrekkelig utredning og samtidig unngå dobbeltarbeid.

Diskusjon

Målsettingene i prosjektet

Prosjektets målsetting har vært å implementere en modell for utredning av personer med mistanke om demens i et samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det har videre vært et mål at bydelene etter prosjektets slutt er i stand til å gjøre en selvstendig demensutredning og at det er etablert en varig drift. Å bedre samhandlingen mellom sykehus og bydel samtidig som man vil gjøre bydelene selvstendige med hensyn til demensutredning, er to målsetninger som kan synes å stå i motsetning til hverandre.

Dersom bydelene gjøres selvstendige i demensutredning vil de sannsynligvis bli gode til dette, men de vil fortsatt ha behov for veiledning og hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Om primærhelsetjenesten kan gjøre en selvstendig utredning eller om den bør gjøres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, vil være avhengig av både pasientens alder og grad av demens.

Tabell 3

Henviste pasienter til Hukommelsesklinikken (HK) før og i aksjonsperiode, sammenliknet med utredet i bydel i aksjonsperioden.

	HK før aksjonsperiode 01.09.04-30.09.05		HK i aksjonsperiode 01.10.05-31.10.06		Utredet i bydel	
	Sagene	Nordre Aker	Sagene	Nordre Aker	Sagene	Nordre Aker
Antall	17	27	18	31	37	67
Gj.snittsalder (min-maks)	79 (60-89)	75 (58-93)	70 (36-86)	75 (56-88)	85	84
Gjennomsnitt	*	**	****	*****		
MMS skåre (min-maks)	24,7(17-30)	23,5 (9-30)	22,3(16-29)	21,4(15-30)	21,7	24,1
Gjennomsnitt	*	***	*****	*****		
Klokke-test skåre (min-maks)	3,3 (0-7)	2,9 (0,7)	4,4(0-7)	4,3 (0-7)	2,7	2.6

*n=15 **n= 25 ***n=21 ****n=16 *****n=14 *****n=28 *****n=25

N avviker i de ulike kategoriene MMS og Klokke-test da det på noen av pasientene som ble utredet, ikke ble gjennomført MMS og Klokke-test. MMS maks 30 poeng, og Klokke-test maks 7 poeng.

Organisatoriske forhold ved demensutredning i aksjonsperioden og ved videreføring

I aksjonsperioden har mange personer fra bydelene vært med på utredninger sammen med prosjektergo-terapeutene, og det var et delmål å undersøke om det skjedde en kompetanseoverføring gjennom praksislæring ved at helsepersonell fra bydelene var med på utredningene. I evalueringen fra helsepersonell i bydelene ser en at de etterlyste kontinuitet i utredningsarbeidet. Det ble hevdet at dersom noen skal bli gode på dette området må de jobbe med det jevnlig, ikke sporadisk. Det er kommet frem i evalueringen av prosjektet at det å opprettholde stillingene som prosjektergo-terapeutene har hatt ved Hukommelsesklinikken, ses som nødvendig for å videreføre demensutredningstilbudet i bydelene. Flere svarer på spørreundersøkelsen at selv om det blir opprettet demensteam i bydelene, er de redde for at demensutredningstilbudet vil opphøre dersom det ikke er en kontaktperson i spesialisthelsetjenesten som er pådriver og veileder.

Utfordringer ved demensutredning i primærhelsetjenesten

Det er viktig å utrede og diagnostisere demens for å kunne lage en plan for god omsorg slik at pasienten kan leve i eget hjem så lenge som mulig. Derfor understrekes betydningen av at helsepersonell og fastleger ser behovet for å gjøre utredninger og følge opp denne pasientgruppen. Dette er like avgjørende som å få avsatt tid til utredningsarbeidet. Ser man ikke hensikten med å utrede demens og sette i gang hensiktsmessige tiltak, blir det heller ikke gjort. En må arbeide for at flest mulig av fastlegene og annet helsepersonell forstår nytten av å utrede og sikre god oppfølging av personer med demens. Det er viktig at arbeidet i prosjektet med å øke kompetansen om demens hos leger og annet helsepersonell i primærhelsetjenesten, blir videreført.

Det er nødvendig at det finnes åpne kommunikasjonslinjer mellom helsepersonell i bydelen og fastlegene. I en del tilfeller kom det informasjon fra fastleger om at flere av de henviste pasientene allerede hadde en diagnostisert demens, mens dette var ukjent for øvrig helsepersonell i bydelene. På den annen side var også noen fastleger oppgitte når vi ringte angående pasienter som hadde diagnose, men der progresjonen i det siste hadde gått raskt uten at de hadde fått noen meldinger om dette fra hjemmetjenesten. Å bedre kommunikasjonen begge veier vil sannsynligvis være noe både fastleger, helsepersonell og ikke minst pasienter og pårørende vil tjene på.

Bydelene har i dag ikke et godt nok system til å ivareta oppfølging av personer med demens. De fleste vi utredet fikk en god del av de hjemmebaserte tjenestene de hadde behov for på dette tidspunktet, men det sviktet en del når det gjaldt oppfølging. Det

er ikke en klar ansvarsfordeling i bydelene i forhold til hvor ofte pasientene som er utredet skal ha oppfølging, og hvem som har ansvaret for dette. Fordi demenssykdommer er progredierende vil hjelpebehovet stadig endre seg. Dette krever at noen følger opp personer med demens og deres familier, slik at sykehusinnleggelse eller fast plass på sykehjem kan unngås lengst mulig.

Antallet utredede pasienter fra de to bydelene ved Hukommelsesklinikken, før og under aksjonsperioden, er noenlunde lik. I løpet av aksjonsperioden er det utredet flere pasienter i bydelene enn før prosjektstart. Om aksjonsperioden var blitt utvidet, ville trolig færre av de pasientene som kan utredes i primærhelsetjenesten, komme til Hukommelsesklinikken. Etter hvert ville dette sannsynligvis resultert i et klarere skille mellom hvem som skal utredes hvor, og det kunne bidra til økt effektivisering av utredningene med bedre pasientflyt mellom primær- og spesialisthelsetjeneste. Uansett fordeling er det klart at prosjektet har ført til at omtrent tre ganger så mange pasienter som tidligere er utredet for demens i de to bydelene i aksjonsperioden.

Konklusjon

Prosjektet har vist at mange pasienter kan utredes i primærhelsetjenesten, og at det kan være riktig nivå for utredning. Utredningen har vist seg å være viktig for å kunne fatte vedtak, iverksette riktige hjelpetiltak og bidra til bedre oppfølging av hjemmeboende personer med demens.

Oppgavefordelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er blitt tydeligere og mer hensiktsmessig, i og med at de mer kompliserte tilfellene er blitt henvist til spesialisthelsetjenesten, mens de øvrige er blitt tatt hånd om i bydelene. En har sett gevinst i samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten med tanke på å bedre kommunikasjonen og sikre kvaliteten på demensutredningen.

Bydelene har gitt tilbakemeldinger om at prosjektet har gitt kompetanseheving på fagområdet demens, både til hjemmetjenesten og bestillerkontorene. Den oppmerksomheten demens har fått i bydelene har bidradd til økt bevissthet om personer med demens. Det tverrfaglige samarbeidet rundt de personene det gjelder er blitt styrket, og det er utviklet et bedre og mer kontinuerlig samarbeid med flere fastleger. For å skape gode rutiner for utredning og oppfølging er det avgjørende at demensutredning blir forankret på ledelsesnivå i bydelene, og at det blir avsatt tid og ressurser til arbeidet. Det er viktig å jobbe videre for at fastlegene skal se det som sin oppgave å utrede og diagnostisere demens, og at dette kan gjøres i samarbeid med hjemmetjenesten ved hjelp av utredningsverktøyet til bruk i primærhelsetjenesten.

Personale i primærhelsetjenesten sier at demensutredning vil forsvinne dersom ingen får frigitt tid til dette, da arbeidsoppgaver som står i deres stillingsbeskrivelser må prioriteres høyere. De mener man må avsette fast tid for at demensutredning skal bli prioritert. Prosjektet har allerede vist en del gevinster ved den beskrevne organiseringen, men når nye og store oppgaver skal implementeres, må det være tilstrekkelig tid til å innarbeide og etablere rutiner.

Selv når bydelene blir i stand til å gjøre selvstendige demensutredninger, har de behov for en kontaktperson i spesialisthelsetjenesten som kan bidra med veiledning og ytterligere kompetanseheving, og samtidig være pådriver for at demensutredning utføres i primærhelsetjenesten.

Veien videre

Prosjektet vil bli videreført av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i 2007 for å styrke kompetansen om demens i bydelene ytterligere og for å arbeide for at det opprettes demensteam i bydelene Sagene og Nordre Aker.

Referanser

1. Lystrup, LS mfl. (2006) Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 15, s.1917-1920.
2. Engedal, K og Haugen PK (2004) *Lærebok demens. Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
3. Brækhus, A og Lillesveen B (2005) *Utredning av demens. Organisering og samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Erfaringer fra tre fylker og 17 kommuner*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
4. Engedal, K (2005). *Veileder til utredningsverktøy for fastleger og personell i kommunehelsetjenesten*. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
5. Ott A mfl. (1998). Incidence and risk of dementia. The Rotterdam Study. *Am.J Epidemiol*, vol 147 nr 6, 574-580
6. Engedal, K mfl. (2005) *Utredningsverktøy til bruk i primærhelsetjenesten*. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

■ linda.gjora@aldringoghelse.no
margit.gausdal@aldringoghelse.no

Heder til redaksjonsmedlem!

Anne Marie Mork Rokstad ble i mai utnevnt til Årets sykepleier i Møre og Romsdal. Anne Marie har i mange år vært medlem av redaksjonen i tidsskriftet DEMENS – nå Demens&Alderspsykiatri, og vi iler til med en gratulasjon.



Fylkesleder Guri Måseid i Norsk Sykepleierforbund Møre og Romsdal (til v.) gratulerer Anne Marie Mork Rokstad med velfortjent heder.
 (Foto: Joakim Riise)

Juryen har bestått av fem medlemmer, alle med sykepleierfaglig bakgrunn, fra kommunehelsetjenesten, høyskolen og NSF's fylkesstyre.

I utnevnelsen sier Norsk Sykepleierforbund, Møre og Romsdal, blant annet:

Anne Marie Mork Rokstad er psykiatrisk sykepleier og arbeider som enhetsleder ved alderspsykiatrisk avdeling ved Hjelset, Molde Sykehus.

Hun har i sitt mangeårige virke vist omsorg, kjærlighet og forståelse for alderspsykiatriske og demente pasienter og deres pårørende.

Hun har etablert egne samtalegrupper for pasientene og parallelle grupper for familien og pårørende. Hun har også startet opp en funksjonell alderspsykiatrisk poliklinikk.

Florence Nightingale sier: «Det arbeid som duger er det som blir utført av dyktige hender, ledet av en klar hjerne og inspirert av et kjærlig hjerte.»

Demens&Alderspsykiatri gratulerer!



Eva Lundemo, sykepleier, enhetsleder omsorgsdistrikt Forset/Auggedal, Gausdal kommune.

Demensteam i Gausdal kommune

Gausdal er en landkommune med ca. 6 000 innbyggere. Gausdal var to kommuner til langt inn på 1960-tallet: Vestre Gausdal og Østre Gausdal kommune. Vestre Gausdal hadde ett sykehjem som i dag er Forsettunet og Østre Gausdal kommune hadde ett – i dag Follebutunet.

Follebutunet har 37 sykehjemsplasser. I tilknytning til sykehjemmet er det 28 omsorgsboliger, hvor 10 enheter er bofellesskap for eldre.

Forsettunet består av 39 sykehjemsplasser hvorav seks er tilrettelagt for pasienter med demens. I tilknytning til sykehjemmet er det 26 omsorgsboliger, hvor 16 enheter er bofellesskap for eldre. I Gausdal har vi integrerte tjenester der hjemmesykepleien er organisert sammen med sykehjemmene. Personalet har felles turnus og de fleste arbeider både på sykehjemmet og i hjemmesykepleien.

Pleie og omsorg er delt inn i fire omsorgsdistrikter: Østre, Follebu, Bødal/Svatsum og Forset/Auggedal. Hvert omsorgsdistrikt har en syke-hjemsavdeling, hjemmesykepleie, omsorgsboliger, bofellesskap og hjemmesykepleie som sitt arbeidsfelt.

Før min tid som sykepleier og leder i Gausdal, var det dyktige spesialsykepleiere som blant annet utførte utredning/kartlegging av personer med mulig demens. Skjermet enhet var utformet og drevet av kvalifisert personale. De la grunnlaget til det som senere har utviklet seg til Demensteamet.

Hvorfor demensteam?

Det er en økning av de eldste eldre, det vil si personer over 80 år, og forekomsten av demens er hyppigere hos dem over 75 år og eldre enn i yngre aldersgrupper. Et demensteam skal bidra med hjelp til utredning og diagnostiseringsarbeid sammen med legene i kommunen.

Hvilke arbeidsoppgaver har demensteamet?

1. Utredningsarbeid
 - Kartlegge hvilke problemer som oppleves ved at en har redusert hukommelse
 - Foreta intervju/samtale med pårørende
 - Foreta hukommelsestest og andre tester av personen med mulig demens.
2. Sende testresultatet med kommentar til fastlegen

som vurderer om det søkes videre til spesialisthelsetjenesten ved Sykehuset Innlandet HF Lillehammer (SIL).

3. Oppfølging av eventuell påbegynt behandling og tiltak etter samråd med fastlegen.

Hvordan skal demensteamet arbeide?

- Som en serviceinstans for fastlegene ved å sette i gang utredningsarbeid
- Som et bindeledd til spesialisthelsetjenesten og hukommelsesteamet på SIL
- Som støttespiller og veileder for den som utredes og hans/hennes pårørende
- Som støttespiller og veileder for dem som yter tjenester til personen med mulig demens.

Hvem kan bestille utredning?

- Alle kan melde bekymring, men det blir ikke iverksatt utredningsarbeid med mindre fastlegen ønsker det
- I all hovedsak er det fastlegen som bestiller utredning.

Utviklingen av Demensteamet

Demensteamet ble til som et produkt av min hovedoppgave ved videreutdanningen i aldring og eldre på Høgskolen i Gjøvik i fra 1998-2000. Det forelå den gang ingen ferdig mal for hvordan utredningsarbeidet skulle gjennomføres, ei heller utredningsverktøy som det vi har i dag. Der har Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse gjort et solid arbeid.

Demensteamet består i dag, som for syv år siden av Atle Skorpen, spesialsykepleier i geriatri og enhetsleder i omsorgsdistrikt Østre, Geir Olav Grøndahl, spesialist i allmenn medisin og tilsynslege samme sted og Eva Lundemo, spesialsykepleier i geriatri og enhetsleder i omsorgsdistrikt Forset/Auggedal. Tilsynslegen ved Forsettunet, Kjell Bræin, er også delaktig i utredningsarbeidet.

Demensteamet har vært i drift siden 1999-2000. Med støtte fra begge tilsynslegene og den gang helse- og sosialsjef, satte vi i gang utredning av pasienter som ble henvist av de to tilsynslegene. Begge tilsynslegene har egen praksis i kommunen og henviser også pasienter herfra.

I dag har vi delt kommunen i to: Atle Skorpen har ansvaret for østre og jeg for vestre dalføre. Etter hvert har vi fått to nye geriatriiske sykepleiere i kommunen: Helen Dypdal og Ragnhild Hårstad. Dette er en god styrke for teamet.

Utredningsarbeidet

Når vi mottar en bestilling om utredning, tar vi kontakt med den som skal utredes og evtuelle pårørende, for å avtale når vi skal møtes. Nesten all utredning begynner hjemme hos personen. Vi reiser da ut to ansatte - den ene geriatriiske sykepleieren snakker med personen som skal utredes og den andre med pårørende. I dag bruker vi utredningsverktøyet fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Etter papirarbeidet tar vi en samtale i fellesskap hvis personen med mulig demens tillater dette. Det er viktig å snakke om hvordan de opplever å bli testet. Noen kan bli irriterte, andre kan bli lei seg. Da må vi bruke tid på å roe ned til slutt. Hele hjemmebesøket kan ta fra en og en halv til to timer.

Testresultatet og et sammendrag av hvordan testingen foregikk, blir levert til fastlegen som for øvrig bruker det samme utredningsverktøyet.

Etter at alle tester og undersøkelser er foretatt, blir det en samtale i demensteamet eller fastlegen. Fastlegen vil da kunne sette en diagnose eller fastslå at det *ikke* er demens. Er det tvil om hvorvidt hukommelsessvikten skyldes demens, foretas nye tester etter en tid. Fastlegene kan også søke pasienten til ytterligere utredning ved SIL.

Konkluderer legen med at det er demens, vil han vurdere medisinerings hvis det er Alzheimers sykdom. Pasienten vil da bli retestet omtrent hvert halvår. I likhet med den første utredningen skjer dette hjemme hos pasienten.

Retesting hver sjette måned blir også gjort av dem med annen type demens så lenge fastlegen ønsker det.

Å foreta deler av utredningsarbeidet i hjemmet har mange fordeler:

- Den som utredes føler større trygghet i kjente omgivelser
- Vi kan observere hvordan den som utredes klarer noen av dagliglivets oppgaver
- Vi kan i fellesskap svare på skjemaet «Observasjon av sikkerhet i hjemmet», slik at vi kan bidra til å fjerne faremomenter og tilby komfyrvakt etc.

Det er vanskelig å se ulemper ved å ta deler av utredningsarbeidet i hjemmet. Den eneste måtte være at det tar lengre tid enn om vi hadde gjort det samme på et kontor, men fordelene er klart større enn ulempene.

Samarbeid på alle plan er nødvendig

I denne tidlige fasen er det viktig å berede grunnen for et godt samarbeid mellom tjenestemottager og tjenesteyter samt pårørende. Vi ønsker å skape den tryggheten som skal til for at de eldre som etter hvert trenger ulike tjenester av oss, kan bo hjemme så lenge som mulig. Tryggheten vi klarer å skape er nesten like viktig for pårørende som for den som må ha tjenester fra oss. Et godt samspill er uvurderlig.

Det er av stor betydning at pårørende har noen de kan henvende seg til for å kunne samtale om det som måtte oppstå av små og store problemer. I tillegg til hjemmesykepleien kan både Atle Skorpen og jeg kontaktes.

Hvis personer med demens trenger hjelp til å administrere sine medisiner, kan de få hjelp av hjemmesykepleien om ikke en pårørende ønsker å gjøre dette.

Det har ikke alltid vært like lett å få alle i organisasjonen til å erkjenne betydningen av at pasienter blir utredet. Det er et klart kommunalt ansvar å ivareta et slikt arbeid. I dag er det mer anerkjent og akseptert av de fleste at dette er en del av arbeidsfeltet for Pleie og omsorg.

I Gausdal har vi en aktiv demensforening som er dannet av pårørende. Karen Kleiven er leder og primus motor i foreningen. Demensteamet har et godt samarbeid med foreningen og deler ut en brosjyre de har laget til personer med demens og pårørende. Der står telefonnummer og navn på personer de kan kontakte om de skulle ønske det. Demensforeningen har i flere omganger hatt samtalegrupper for pårørende.

Foreningen dekker noe av det Demensteamet ikke har klart godt nok – å gi tilbud til pårørende om samtaler med andre i samme situasjon.

Ved at vi i Gausdal har et demensteam, vil nesten alle som kommer inn på sykehjem på grunn av demens være utredet før innleggelse. Det er en fordel for å vite hvilke tilbud pasienten trenger. Videre kan Demensteamet planlegge tilbud og vurdere om vi har nok tilrettelagte tilbud for personer med demens. Det har vi så avgjort ikke. Det har ført til at vi nå er i ferd med å lage en fremtidig handlingsplan for demensomsorgen i vår kommune. Denne utredningen har politikerne bestilt, og den skal være ferdig til politisk behandling i juni 2007. Til planarbeidet har vi god hjelp og veiledning av Høgskolen på Gjøvik og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Den underliggende tanken er at god *demensomsorg er god eldreomsorg!*



Aase-Marit Nygård, psykologspesialist,
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

K R O N I K K

Den nakne sannhet – hvem eier demensdiagnosen?¹ Formidling til og oppfølging av eiere

*Jeg opplever at jeg sakte men sikkert
blir så usikker på alt
Jeg glemmer ting, tid og mennesker
Jeg er usikker på hva det er
Jeg er redd for å foreta meg ting
Usikkerhet er ikke det samme som
å være gal,
men det er noe i den retning
Jeg kan snakke om ting og mennesker
men det er et skalkeskjul,
jeg forstår ikke helt....*

(Blant gamle papirer)

Min bakgrunn for å mene noe om temaet er utallige samtaler med pårørende som har fått, eller ikke fått demensdiagnose, utallige samtaler med personer med demens i dagsenter og sykehjem om hvorfor de er der de er, hva som er i veien med dem og om angsten, om å være i livet de ikke er helt sikre på om de kjenner igjen. Jeg har lært av Richardt, som løp New York-maraton den ene høsten og var satt ut over de fleste sidelinjer den neste. Jeg kommer tilbake til Richardt.

Informasjon om en diagnose til eieren er i utgangspunktet en legesak, og leger er sentrale personer i denne sammenhengen. Mange av de dilemmaer leger står overfor, deles av andre helsearbeidere som er i nærkontakt med personer med demens og pårørende.

Mitt kildemateriale er ulike artikler samlet over tid, en oversiktsartikkel i International Journal of Geriatric Psychiatry i

2004 med materiale fra fem elektroniske databaser og utvalgte tidsskrifter og bøker (1). Det er ingen norske artikler å vise til.

Når diagnose formidles, brukes ord som verktøy. Det handler om å forholde seg til ord og tolke budskap. Er det noe konkret og gjenkjennelig å gripe fatt i, er ordene forståelige og har de noe med meg å gjøre?

Da Piet Hein åpnet poesifestivalen i Oslo i 1986, sa han at

*ordene skal være håndtak på tingene
men hvis vi ikke passer på
vil de netop holde oss
virkeligheten fra livet*

Hvilke ord blir tydelige håndtak i en diagnosefortelling? Gir omskrivinger av demens og Alzheimers sykdom til begreper som *forvirring*, *dårlig hukommelse* og *bare skrøpeligheter alderen fører med seg*, bedre håndtak å gripe fatt i?

I de fleste tilfeller er demensutviklingen irreversibel, det gjelder Alzheimers sykdom, cerebrovasculære sykdommer og andre sykdommer som primært eller sekundært angriper hjernen.

Å hjelpe personer med demens er ikke bare en utfordring til legers og andre faggruppers profesjonelle ferdigheter, men betyr å måtte ta stilling til vanskelige spørsmål som gjelder begrensninger i individers autonomi og medisinsk paternalisme, en persons verdighet og det å skulle handle til beste for pasienten (best interests).

¹) Redigert utgave av innlegg på Demensdagene 2006 (red.)

Formidling av demensdiagnoser synes å sprike i alle retninger. Det er påvist store sprik mellom gjeldende praksis og eksisterende retningslinjer (der hvor de finnes), for håndtering av diagnoser.

Noen smakebiter

En undersøkelse blant alderspsykiatere (1994) viste at flesteparten av dem sjelden, eller bare av og til informerte pasienten om diagnosen, og så godt som aldri om prognosen. Om de ga informasjon eller ikke, var avhengig av hvor i prosessen pasienten befant seg. Når pasienten var i en tidlig fase av demensutviklingen, informerte 38 prosent av alderspsykiaterne om diagnosen. Når det dreide seg om moderat eller alvorlig demens, var det henholdsvis 13 og seks prosent som tok opp diagnosen med pasientene. Imidlertid informerte 98 prosent av dem pasientens pårørende om diagnose og prognose (2).

Liknende praksis ble registret hos geriatere, med det unntak at når det gjelder mild demens, forteller de pasienten mer og pårørende mindre enn hva psykiatere gjør (op.cit.).

Nevnte oversiktsartikkel viser at praksis hos allmennpraktiserende leger (GP) varierte fra 39-70 prosent når det gjaldt informasjon om demensdiagnose til pasienter. Mellom 90-99 prosent opplyste at de ga informasjon til pårørende. En undersøkelse fra 2002 om formidling av demensdiagnose til pasienter og pårørende, viste at familien så godt som alltid ble fortalt diagnosen, mens bare halvparten av pasientene ble informert (3).

Alle faggrupper fortalte at de til tider brukte omskrivninger, som hukommelsesproblemer og forvirring, mens andre mer konsekvent brukte begrepene demens/Alzheimers sykdom.

Omskrivninger ble i mindre grad brukt overfor pårørende. Alderspsykiatere brukte hyppigst direkte tale.

Undersøkelser viser at mellom 57 og 83 prosent av pårørende ikke ønsker at pasienten skal få vite diagnosen, mens over 70 prosent ønsket å få vite sannheten om det var dem selv det gjaldt. I et utvalg hvor pasientene hadde fått vite diagnosen, fant 98 prosent av pårørende at det var nyttig både for dem selv og for pasienten (op.cit.).

Omtrent hver tredje pårørende hadde selv informert pasienten om demensdiagnosen, og mange fant det vanskelig å snakke om sykdommen.

Hva mener en person med demens selv?

Undersøkelser av hva personer med demens selv mener, er et tema som sjelden er tatt opp og belyst. En liten undersøkelse av 30 personer med demens som hadde kontakt med alderspsykiatrien i Worcester, England i 1997, kan tjene som eksempel. Undersøkelsen omfattet 20 kvinner og 10 menn, 81 år i gjennomsnitt,

demensdiagnose etter ICD-10, og MMS fra 7-29 med et snitt på 18. Resultatene er basert på samtaler med pasientene.

Opplysningene er ikke kontrollert, men gir i alle fall et bilde av hva pasientene hadde oppfattet (4).

Samtalene gikk ut på å få vite hva de følte var i veien med seg, hva de er blitt fortalt og av hvem og hva de ville vite mer om.

Hva tror du er i veien med deg?

Av de 30 pasientene kunne 14 angi diagnose eller adekvat beskrive hovedsymptomer, i første rekke hukommelsesproblemer. Ingen brukte ordet demens.

Jeg hadde slag, jeg er ikke særlig i form etter det og kan ikke gjøre ting jeg kunne før (VD (vaskulær demens), MMS 15)

Jeg vet ikke egentlig hva som er i veien med meg, men jeg har problemer med hukommelsen og hallusinasjoner (Lewylegemer, MMS 12)
Jeg har problemer med å forstå (MMS 7)

Resten av deltakerne (16/30) benektet å ha problemer, eller ga mindre sannsynlige forklaringer på sin situasjon: Ensomhet, alder, magetrøbbel, eller rett og slett at de ikke visste.

Mange hadde ingen anledning til å snakke med andre om sykdommen. Til tross for at halvparten hadde adekvat innsikt, ville de fleste vite mer om sin situasjon som de opplevde som vanskelig.

Hva er du blitt fortalt om sykdommen din?

To av tre personer sa at ingen hadde snakket med dem om hva som feilte dem. Bare i fem tilfeller hadde de fått snakke med legen om sin situasjon. Bare én bekreftet å ha fått fortalt diagnosen. To fortalte at legen hadde forsøkt å berolige – *det er ikke noe alvorlig i veien med deg* og anbefalte å ta medisiner de hadde fått. Tre var blitt fortalt at plagene kunne skyldes at de *hørte dårlig, hadde angina pectoris eller opplevde sorg*. To hadde følt seg støtt over informasjon de hadde fått, den ene hadde oppfattet at budskapet var: *Du er jo helt gal, helt utafør*. Den andre siterte utsagnet: *Du trenger mye hjelp*. To husket ikke, eller hadde ikke forstått hva informasjonen innebar.

Hva ville du like å vite?

Det var 21/30 som ville vite hva som var i veien, eller vite mer i de tilfeller de var klar over diagnosen, muligheter for bedring og årsaker til sykdommen. De fleste ville ha informasjon fra legen, bare to nevnte pårørende som en mulighet.

De som ikke ville vite

Ikke alle ville vite, 9/30 var ikke interessert i få vite hva som feilte dem, eller ville ikke ha informasjon. Årsakene varierte fra at de sannsynligvis allerede hadde full innsikt i sin situasjon, til et mer eller mindre bevisst valg om ikke å ville vite sannheten, fullstendig benektning. I denne undersøkelsen fant man ikke kliniske eller demografiske forskjeller mellom de som ville og de som ikke ville vite.

Jeg vet hva som er i veien (VD, MMS 15)

Jeg vet jeg har vanskelig for å huske ting, men jeg kan ikke se hva som er så galt i det (AS (Alzheimers sykdom), MMS 16)

Det er ingen vits i å snakke om det når du ikke kan gjøre noe med det, og det kan du ikke, kan du? (AS, MMS 23)

Jeg har nok problemer som jeg har (VD, MMS 28)

Jeg har egentlig ikke lyst til å vite hva som er i veien med meg (AS, MMS 18)

Jeg ville gjerne vite hvis det var noe i veien, men det er det ikke (uspesifisert demens, MMS 24)

Samtidig som oversikter viser at de fleste ønsker å få vite sannheten, må retten til de få som ikke ønsker sannheten, respekteres. Demensdiagnosen må ikke rutinemessig fortelles (gjelder også andre sykdommer), helsepersonell må ta seg tid til å finne ut av pasientens preferanser og forholde seg til dette både hva gjelder tidspunkt og utporsjonering.

Etiske koder og formidling av diagnose

Medisinsk etikk og retningslinjer for å formidle diagnose kan tolkes forskjellig. Å fortelle sannheten er ikke eksplisitt formulert i den Hippokratiske ed, men sier at pasientens beste er det overordnede prinsipp: *Jeg vil bruke mine evner for det beste for mine pasienter i samsvar med min dyktighet og min dømmekraft og aldri volde noen skade.*

Kan informasjon om en demensdiagnose oppfattes som å volde skade?

En mer moderne utgave av den Hippokratiske ed, Geneve-deklarasjonen (1947) slår ganske enkelt fast at *pasientens helse skal være legens første hensyn.*

I Lisboa-deklarasjonen (1981), i regi av World Medical Association, heter det: *En pasient har rett til å akseptere eller avslå behandling etter å ha fått adekvat informasjon.* Dette innebærer at formidling av sannhet/fakta gjennom en diagnose, er en forutsetning for å kunne si ja eller nei til en foreslått behandling. Prinsippet forsterkes i den såkalte Hawaii-deklarasjonen (1977/1983) om etiske retningslinjer for psykiatrien (The World Psychiatric Association): *En psykiater bør informere pasienten om hva som feiler ham (nature*

of the condition), behandlingsprosedyrer, inkludert mulige alternativer, og om mulige resultater.

Informasjon må formidles på en hensynsfull/omtenksom måte, og pasienten må gis mulighet til å velge mellom hensiktsmessige og tilgjengelige metoder.

Betyr dette at psykiatere ikke har plikt til å informere når det ikke foreligger behandlingsmuligheter? Og hvor stor grad av sannferdighet omfattes av formuleringen *må formidles på en hensynsfull og omtenkksom måte*? Så mye man mener pasienten ønsker, eller så mye legen mener er tilstrekkelig?

I 1995 skriver the General Medical Council i England at leger, for å bygge opp og opprettholde tillit i forholdet til pasienten, må gi den informasjon de etterspør i forbindelse med sin sykdom, behandlingen av den og prognosen. Prognosen må gis på en måte pasienten kan forstå (4).

I virkeligheten er det slik at mange personer med demens ikke ber om informasjon, og mange leger ser ut til å mene at fordi det ikke er behandlingsmuligheter, vil slik informasjon være mer til skade enn til gagn og ikke være nødvendig i den fortsatte kontakt med pasienten. Men kan en relasjon mellom en lege/behandler og en pasient være vellykket, enn si fungere, uten at man forteller sannheten?

Etikk og informasjon om diagnoser

To retninger innenfor etikken beskjeftiger seg med disse dilemmaene: pliktetikken og konsekvensetikken.

Pliktetikken sier at løgn og bedrag i seg selv er forkastelig, og at klinikere som alle andre, har en moralsk plikt til å fortelle sannheten. Det heter at kompetente pasienter har rett til å få vite diagnosen, og de bør fortelles sannheten uansett konsekvensene.

Konsekvensetikken sier at avgjørelsen om å fortelle eller ikke fortelle, avhenger av flere forhold i det kliniske bildet, og legen må avgjøre hva som vil være minst skadelig, gagne pasienten best og gi de beste resultater.

I **pliktetikken** kan begrepet *kompetente pasienter* forårsake reservasjoner når det gjelder informasjon om diagnosen til personer med demens. Men det er vanskelig å forstå at noen sykdom i seg selv skulle berøve eller nekte eieren (pasienten) retten til å få vite hva som er i veien, altså diagnosen.

Kompetanse defineres vanligvis i forhold til en bestemt oppgave eller handling, og den eneste relevante sammenheng her, vil være å kunne ta inn over seg og forstå diagnostisk informasjon. Per i dag hevder de som går inn for å fortelle sannheten, at arten og omfanget av sykdommen ofte begrenser retten til å få informasjon. *Selv om muligheten er til stede for at en person med alvorlig grad av Alzheimers sykdom ikke kan forstå diagnosen, er det likevel slik at*

den rett en pasient har til å få vite diagnosen, bør bli respektert (5).

Det forblir kontroversielt, når, om noen gang, en person mister den rettigheten (til å vite), og om inkompetanse (definert av andre som ute av stand til å oppfatte diagnostisk informasjon), vil være tilstrekkelig til ikke å informere.

Med hensyn til *konsekvensetikken*, hvor legen skal vurdere informasjon etter hva som er mest hensiktsmessig, altså å forutse pasientens reaksjoner, er det ansett som svært vanskelig å forutse hvordan andre vil reagere. Leger og andre i helsebransjen, har en tendens til å overføre både egen angst og egne oppfatninger til pasienten, noe som overraskende ofte ikke stemmer med pasientens reaksjoner.

I 1953 viste en undersøkelse at 90 prosent av legene ikke informerte pasientene om at de hadde en kreftdiagnose. Dette forandret seg da cellegift og stråling ble behandlingsmuligheter som kunne endre sykdomsforløpet. Fordi behandling forutsatte informert samtykke, ble informasjon om diagnose viktigere enn muligheten for å gjøre skade gjennom formidling av dårlige nyheter. Undersøkelser i dag viser at 97 prosent av legene informerer om kreftdiagnoser (4). Hva når demenspillen kommer?

Argumenter for å fortelle sannheten

Ikke å snakke sant er ikke forenlig med respekt for en annen persons autonomi. En pasient kan ikke foreta viktige avgjørelser uten å være fullt ut informert, det gjelder for eksempel juridiske forhold, økonomi, bilkjøring og planlegging for resten av livet. Mange vil si at argumentet ikke virker like relevant når det gjelder personer i en senere fase av en demensutvikling. En demensdiagnose kan gi initiativ til og være portåpner for langsiktig kontakt med lokalt hjelpeapparat. I kjølvannet av diagnostikk og utredning ligger forpliktelser til å identifisere og etablere nødvendige betingelser for at en person som utvikler demens, kan fortsette å leve i størst mulig overensstemmelse med tidligere liv. Ville en person med demens få det bedre med informasjon om en gruvekkende sannhet, enn uten?

Behov for tillit i et behandler-pasientforhold

Noen vil si at et gjensidig tillitsforhold ikke kan bygges på usannheter og at hemmeligholdelse, selv med de beste intensjoner, engang startet, er dømt til å fortsette. En hver behandlingsallianse skal i prinsippet inkludere ærlig informasjon om diagnose og prognose. Noen vil si at personer med demens ikke er i stand til å inngå noen som helst slags sosial kontrakt som et direkte resultat av sine kognitive skader, og derfor kan legen hevde den primære betingelse om *ikke å volde*

skade. Samtidig som leger, i likhet med alle andre, ikke skal snakke usant, blir spørsmålet om det å unnlate å fortelle sannheten, er noe annet enn usannhet? Er det det?

Begrenset formidling (kliniske hensyn)

Ærlighet må ikke forveksles med brutal sannhetsfortelling, den hele og fulle sannhet. Når informasjon om diagnosen antas å ville skade eller ha negativ innvirkning på pasienten, kan det forsvares at legen tilbakeholder eller omgår enkeltpunkter? Ja, mener noen. I senere tid har andre tatt til orde for at dette dreier seg om uønsket paternalisme. Å føre pasienten bak lyset bidrar til den ekspertdyrking som omgir den medisinske profesjon, og representerer et syn på leger, ikke som utøvere av service, men som voktere av spesiell kunnskap som de selv kan bestemme når og til hvem de vil avsløre. Imidlertid, paternalisme forekommer både titt og ofte i demensomsorgen, og mange fagfolk vil forsvare å omskrive sannheten for hukommelsesreduserte personer.

Når alt kommer til alt: Angst, depresjon og katastrofe-reaksjoner har forekommet som resultat av diagnoseformidling. Men skyldes det mer måten informasjon formidles på og manglende oppfølging, enn selve innholdet i budskapet?

Pasienten forstår ikke informasjonen

Dette kan være en overbevisende unnskyldning når det gjelder personer med demens, som har problemer med å oppfatte ny informasjon på grunn av hukommelsesproblemer, har vansker med å uttrykke seg verbalt og som kommer til kort med abstrakte begreper. Motargumentet blir at nettopp på grunn av sykdomsutviklingen, burde en person med demens i så god tid som mulig få vite om de trusler som foreligger. De opplever at skumle ting er på gang og fortjener/har krav på en forklaring. Kognitiv svikt fjerner ikke retten til å få vite sannheten, den gjør det bare vanskeligere for legen og medarbeidere å bidra med forståelig informasjon. Sannheten blir kanskje ikke fullt ut forstått, heller ikke husket i alle detaljer. Formidlere sitter med en vanskelig oppgave, men ingen av disse faktorene skulle kunne rokke ved forpliktelsen til å være ærlig.

Retten til sannheten om egen helse

Litteraturoversikter viser at med hensyn til demens, er det uklart om retten til å vite sannheten om egen helse er en rettighet, eller et privilegium bare for alle som er tilstrekkelig oppegående og forstår informasjonsformidling, modige nok og freidige nok til å etterspørre opplysninger, og sterke nok til å mestre påkjenningen av å vite.

Hittil har det vært lagt vekt på kartlegging av holdninger til gjeldende praksis med hensyn til å informere eieren av en demensdiagnose. Kanskje dette bare er å betrakte som forpostfektinger så lenge man ikke har en felles forståelse av betydningen av å formidle en diagnose?

Richardt

Richardt kom inn i mitt liv i juni 1994, 52 år gammel. Han døde tre år senere på sykehjem.

I 1994 fikk han diagnosen Alzheimers sykdom, og hadde da vi først møttes, en MMS på 27. Et år senere var skåren 18.

Han ønsket en samtalepartner, og vi samtalte annenhver uke i nesten to år. Ved første besøk kom han i egen bil. Uken etter hadde noen observert ham i gal retning i en rundkjøring, og han sluttet å kjøre bil. Å levere inn førerkortet opplevde han som uproblematisk, men fryktelig trist. Han var først og fremst glad for at han ikke hadde skadet noen.

Han var opptatt av hva som foregikk med ham, for noe rav, ruskende galt var det. Han var nettopp blitt sykmeldt. Dette noe var begynt to år tidligere, rundansen i helsevesenet hadde startet, undersøkelser her og prøver der, ulike avdelinger i spesialisthelsetjenesten som ikke snakket med hverandre. Hukommelsesklinikken på Ullevål tok etter hvert over, og han fikk en diagnose. Vi hadde en samtale i juli 1994, dagen etter han hadde hentet diagnosen sin:

Snakket du med doktor Engedal i går, som avtalt?

– Ja.

Og hva sa han?

– *Han sa jeg hadde Alzheimers sykdom.*

Vet du noe om Alzheimers sykdom, hva betyr det?

– *Det er hjerneceller som dør og da har jeg færre å bruke. Hvordan blir det egentlig, Til slutt blir det vel ingenting igjen, og hva slutter det hele med? Blir jeg en grønnsak?*

Det var prognosen han var opptatt av, hva som ville skje. Verken i denne samtalen, umiddelbart etter at han hadde fått diagnosen, eller i samtaler som fulgte om samme tema, var det personen med demens som var på ordletingsjakt. Det var samtalepartneren på den andre siden av bordet som var i beit for ord, forståelige, brukbare ord.

Måneder etter at Richardt hadde fått problemer med å vite hvilken arm som skulle i hvilket jakkeerme og å flytte lommeboka fra bordet til innerlommen, tok han opp eksistensielle spørsmål.

– *Grønnsak*, han spør om det noen gang blir helt tomt, om alt blir vasket ut? *Og hvorfor klarer han ikke å få skallet av rekene lenger?* Samtalene dreide seg ikke bare om sorg og savn. Han hadde en velutviklet humoristisk sans, han var opptatt av sport og sportsendinger, og den dagen han kom og kunne fortelle at

samboeren endelig hadde fått førerkort, banket han seg i panna og sa – *at hos den dama er det ikke mye Alzheimer, skal jeg si deg!*

Etter tredje samtale sier han mot slutten: – *Så var det en ting til.. du skriver jo ned en hel masse, jeg ... dette med å huske... når andre spør... jeg mener, kan du skrive ... bare stikkord som jeg kan ha?*

Fra da av oppsummerte vi samtalen på et kartotek-kort, med mitt navn og telefonnummer øverst. Det hendte han ringte senere på dagen og sa – *at det står her at ... hva var det egentlig igjen? Jeg vet det er viktig for meg.*

Det er en stor utfordring å skrive sannheten om celledød og et menneskes større og større avhengighet av andre på et kartotek-kort, som skulle leses om igjen og om igjen av den det selv gjaldt og som ville vite. Han gikk med kortbunken på innerlommen alltid.

Avslutningsvis vil jeg erklære meg enig i Benny Andersen's utsagn om at i sannhet er livet smalt og høyt.

Demens&Alderspsykiatri vil gjerne ha lesernes mening om dette temaet.
Skriv til ragnhild.kruger@aldringoghelse.no

Referanser

1. Bamford C, Lamot S, Eccles M, Robinson L, May C, Bond J. Disclosing a diagnosis of dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004, 19: 151-169.
2. Rice K, Warner N. Breaking the bad news: What do psychiatrists tell patients with dementia about their illness? *Int J Geriatr Psychiatry* 1994, 9: 467-471.
3. Halroyd S, Turnbull Q, Wolf AM. What are patients and their families told about the diagnosis of dementia? Results of a family survey. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002, 17: 218-221.
4. Marzansky M. Would you like to know what is wrong with you? On telling the truth to patients with dementia. *J Med Ethics* 2000, 26: 108-113.
5. Pitt B. You've got Alzheimer's disease: telling the patient. *Current opinion in Psychiatry* 1997, 10: 307-308.

Mette Søndergaard

Demens og aktiviteter i et livshistorisk perspektiv

Astrid Andersen, ergoterapeut, Nasjonalt kompetansesenter for demens

Endelig er boken om demens og aktivitet skrevet. Den gir beskrivelser om hvordan vi som personale kan støtte og få frem mennesket bak demensen, og den er lettlest.

Forfatteren har i møte med personale stadig støtt på uttalelsen «aktiviteter – hva skal vi finne på?» Hun beskriver opplevelsen som et kollektivt sukk. Med denne boken har hun som mål å gi leseren en verktøykasse til inspirasjon, analyse, forberedelse og utførelse av aktiviteter. Noe hun lykkes med.

Boken henvender seg til personale ved bo- og aktivitetssentre for svake eldre og eldre med demens, samt studenter innen pedagogikk og helse- og sosialfag. De fire delene i boken omhandler:

- Identitet og demens
- Aktiviteter og livshistorie
- Motivasjon og omgivelser
- Mestring og kommunikasjon

Teori og praktiske eksempler er flettet sammen på en levende måte. Boken beskriver hvordan personalet kan tilrettelegge og lykkes med en aktivitet, og hvordan vi kan mislykkes dersom vi ikke har nok kunnskap om, eller ikke tar hensyn til, det enkelte individ, men behandler personer med demens som en gruppe med like behov.

Det gis mange tips om hvordan livshistorie kan samles inn, benyttes og suppleres for å bli et godt redskap for samtaler og samhandling.

Forfatteren oppmunter oss til å gå på oppdagelsesferd for å finne ut hvordan vi kan være i forkant av handlinger som fører til at personer med demens ikke blir korrigert, men bekreftet for sine initiativer. Hvordan kan vi bruke mer av vår tid på å tilrettelegge for positiv handling og samhandling fremfor å hindre og korrigere uønsket atferd?



Kommunikasjon er et av hovedtemaene i boken, og Mette Søndergaard viser frem mange sider av hvordan mennesker kan være/ikke være i samspill med hverandre. Hvordan taler folk, rom og ting til oss?

Hvordan kan vi bruke hverdagens «rot» som invitasjon til aktivitet?

Hvordan kan personalet være bevisst hjelpeløse for å få til aktivitet, ved for eksempel å la duken ligge skjevt til en beboer får mulighet til å rette den, og lignende små utspill?

Forfatteren har mange korte billedlige beskrivelser som gir en dypere forståelse av hva det dreier seg om, enn det lange forklaringer ofte kan gjøre.

Som eksempel kan nevnes «gå på besøk i hennes virkelighet, gi scenen til personen, eldreinstitusjoner er kvinneunivers (underforstått: tenk på hva menn trenger), fartsregulering av ord og bevegelser.»

Hun gir oss som personale et stort ansvar:

«Når et menneske med demens begiver seg ut i at formidle til sine omgivelser, bærer det mottagende menneske stort sett hele ansvaret for at formidlingen lykkes.»

Med disse ord anbefales boken på det varmeste.

Danmark: Systime Academic, 2004, 204 sider
ISBN 87-7675-196-1



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger.

Gull og galla for The Grand Lady

Mandag 4. juni ble det markert at Aase-Marit Nygård gikk av ved fylte 70 år.

Fagseminar med innlegg av Arnfinn Eek, Per Kristian Haugen, Harald A. Nygaard, Kjersti Wogn-Henriksen, Anne Marie Mork Rokstad og Birger Lillesveen gikk over i hyllest, hilsener og hurrarop. Det ble en feiring verdig personen som har vært så sentral i utviklingen av norsk demensomsorg.

At hennes innsats i aldersforskning og demensomsorg gjennom snart 50 år sto til gull, var ingen overraskelse for kolleger og venner. Men hovedpersonen selv? «Det hadde jo ikke gått an å få til dette alene,» var hennes hovedinnvending mot å bli tildelt Kongens fortjenstmedalje i gull aldeles på egen hånd.

Ikke desto mindre sa fylkesmann Hans J. Røsjorde blant annet dette i sin tale ved overrekkelsen:

Du har vært forsker, kliniker, formidler, prosjekt-utviklingsarbeider og administrator med det mål å bedre hjelpetiltak til personer med demens og deres pårørende. (...) Du var sentral gjennom 80-tallet med å utvikle ideen om å bygge skjermede enheter for personer med demens og spesielt tilrettelagte dagsentre for denne gruppen. Gjennom de forsøk du fikk gjennomført ble det utviklet modeller som er formidlet til hele landet. Dette er resultater som har fått anerkjennelse så vel nasjonalt som internasjonalt. (...) Gjennom ditt arbeid har du fremstått som en veileder og inspirasjon over hele landet, og med din faglige soliditet er du blitt lyttet til av fagfolk på alle nivåer. Noe Stortinget åpenbart også må ha gjort.

Helt i Aase-Marit Nygårds ånd siterte hun i sin takketale Gunnar M. Roalkvams dikt *Å vera fysst* – blant annet dette:

*Det e ingen vits å ble fysst
å komma fram
aleina.
Det bler ikkje kjekt
før me andre komme,
alligavel.*

Festens midtpunkt minnet dessuten om øyeblikkets betydning – en påminnelse som også går rett inn i demensomsorgens kjerne: *Hvor viktig er et øyeblikk? Øyeblikket kan være avgjørende. Sjansen kommer ikke alltid tilbake.*

Bok om miljøbehandling

Under feiringen ble Aase-Marit Nygård overrakt en rykende fersk bok formet som et festskrift til henne. Boken *Det går an!*

Muligheter i miljøterapi består av bidrag fra 33 norske fagfolk.

Boken viser bredden i den behandlingen som ikke handler om legemidler, men om god tilrettelegging, blick for individet og kunnskap om demenssykdommenes mange uttrykk. Artikkelsamlingen gir eksempler på kasuistikker med forankring i dokumentert kunnskap. Det har lenge vært etterlyst en bred og grundig presentasjon av forskjellige metoder innenfor miljøbehandling, og nå foreligger det altså nesten 400 sider produsert av våre dyktigste fagfolk på området.

Boken kan bestilles på e-post: post@aldringoghelse.no



:aktuell informasjon – debatt



:neste nummer

vol. 11 – nr. 3 – 2007

- ◆ Psykoser hos eldre
- ◆ Forekomst av depressive symptomer hos somatisk syke eldre
- ◆ Miljøbehandling – utfordringer og muligheter
- ◆ Erindringsarbeid i hjemmetjenesten – er det mulig?



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Ullevål universitetssykehus
Medisinsk divisjon, Geriatrik avdeling
0407 OSLO
Tlf: 22 11 77 28/33 34 19 50
Fax: 23 01 61 61

Psykiatrien i Vestfold HF, Psykiatrisk fylkesavdeling
Postboks 2136
3103 TØNSBERG
Tlf.: 33 34 19 50
Fax: 33 33 21 53

E-post: post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no

ISSN: 0809-3520

Medlem av:



www.aldringoghelse.no