



vol. 12 – nr. 3 – 2008

Demens&Alderspsykiatri

- ◆ Hvordan påvirkes APSD-forløp av psykofarmaka?
- ◆ DPS-ene og de eldre pasientene – en føljetong
- ◆ Ernæring og Alzheimers sykdom
- ◆ Kroken sykehjem – et demensfyrtårn
- ◆ ISO for liten – ISO for stor?



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 8. september 2008.



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 i samråd med forfatterne. 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
Mobil: 915 39 065
ragnhild.kruger@aldringoghelse.no

Redaksjonssekretær:

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

Ansvarlig redaksjonskomité:

Øyvind Kirkevold, dr.philos
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, Phd
Sykehuset Innlandet HF, Tlf. 96 88 35 35

Anne Marie Mork Rokstad, enhetsleder
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
Tlf. 22 11 77 27

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: tidsskriftet@aldringoghelse.no

www.aldringoghelse.no

Fagpressen



- 4 Endringer ved atferdsmessige og psykologiske symptomer hos personer med demens (APSD) under opphold ved en alderspsykiatrisk avdeling
Alka R. Goyal
- 10 Hvordan påvirkes APSD-forløp av psykofarmaka?
Geir Selbæk
- 14 DPS-ene og de eldre pasientene – en føljetong
- 16 ISO for liten – ISO for stor?
- 20 Den 18. Europeiske Alzheimer-konferanse: Personer med demens brøt barrierene!
- 23 Demens som sykdomsbegrep er en sosial konstruksjon!
- 23 Ærespris til Harald A. Nygaard
- 24 Kan ernæring forebygge eller dempe utviklingen av Alzheimers sykdom?
Morten Mowé
- 28 Kroken sykehjem – et demensfyrtårn
Anne-Margrethe Støback, Gunnar Misje
- 32 Gi oss tid! Hjertesukk fra demensnettverk i Troms
- 33 19. Nordiske Kongress i Gerontologi: Et sant mangfold
- 35 De gamle, sårbare pasientene er legenes største utfordring
- 37 Verdighet for personer med demens krever innsats fra oss alle!
- 38 Specialisthelsetjenesten må delta aktivt på sykehjemmene!
- 39 Disputas om smerter hos personer med demens
- 40 Revidering av utredningsverktøy til bruk i kommunehelsetjenesten
Linda Gjora, Margit Gausdal
- 42 Bokomtale
- 43 Demensdagene 2008

Behov for større fokus

Det har vært en særegen opplevelse å lese bergensavisene i sommer. En sykepleier skrev et innlegg om hvorfor hun sluttet i jobben på sykehjemmet. Hun fikk ikke gjort en forsvarlig jobb på grunn av ressursmangel og valgte å slutte. Andre kom med noenlunde tilsvarende historier. Skremmende lesning med tanke på det store behovet for fagfolk i eldreomsorgen.

Overlege Bettina Husebø ved Bergen Røde Kors sykehjem avsluttet debatten med å si: «Jeg blir, for jeg trengs.»

Saken er at alle trengs, og det må gjøres et krafttak for å beholde de fagfolkene man har på sykehjemmene, og for å skaffe mange flere. At sykehjemmene er et forsømt område i helsenorge, er det altfor mange eksempler på. Vi velger å tro at Helse- og omsorgsministeren ser de kommunale institusjonenes rolle og betydning når samhandlingsreformen skal utformes.

At alderspsykiatrien er et område med behov for større fokus, har vi svart på hvitt fra samme statsråd. Igjen har SINTEF kommet med en rapport som viser at eldre mennesker med psykiske vansker er omtrent usynlige ved de distriktspsykiatriske sentrene (DPS-ene), og Demens&Alderspsykiatri har lagt fakta frem for statsråden. Dette har vi tenkt å fortsette med.

Funnene i rapporten tyder på at eldre får et kvalitetsmessig dårligere tilbud enn yngre grupper, og det er i så fall uakseptabelt.

Om kort tid blir forslaget til neste års statsbudsjett lagt frem. Vi skal lese nøye alle signaler som handler om eldreomsorg. Og naturligvis – vi skal ha et skjerpet blikk på det som vedrører Demensplan 2015.

God høst – og kom gjerne med innspill om hvordan omsorgsarbeidet fungerer eller ikke fungerer i din kommune!

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



Alka R. Goyal, spesialsykepleier, fag- og kvalitetsrådgiver,
Psykiatrisk avdeling for personer med psykisk utviklingshemning,
Ullevål universitetssykehus

Endringer ved atferdsmessige og psykologiske symptomer hos personer med demens (APSD) under opphold ved en alderspsykiatrisk avdeling

Ved systematisk kartlegging og behandling av APSD er det mulig å redusere disse symptomene, noe som er av stor betydning både for pasienten og omsorgspersonene.

Atferdsmessige og psykologiske symptomer er en del av demenssykdom som blant annet inkluderer vrangforestillinger, hallusinasjoner, aggresjon, angst, depresjon, apati, irritabilitet og søvnproblemer. Ut fra forfatterens egne kliniske erfaringer gjennom mange år, oppleves disse symptomene som mer belastende for pårørende og hjelpeapparatet enn de kognitive utfallene ved demens, og de er hovedårsak til innleggelse i institusjon. Det vises også av internasjonale studier (1, 2).

Denne artikkelen vil presentere funn fra mastergradsstudien *Endringer ved atferdsmessige og psykologiske symptomer hos personer med demens, under opphold ved en alderspsykiatrisk avdeling, mars 2007*. Veiledere har vært professor Kirsten Thorsen og sykepleier, MPH, dr. philos Øyvind Kirkevold. Posten hvor undersøkelsen er gjennomført, er en liten lukket post med seks sengeplasser. Det er ca 40-45 innleggelser på årsbasis. Gjennomsnittlig liggetid i posten er 37 dager ifølge postens statistikk fra 2005. Cirka halvparten av pasientene på posten blir innlagt hjemme fra, resten fra sykehjem som hører til sykehusets sektor. Posten har som oppgave å utrede og behandle personer som har utviklet moderat til alvorlig grad av demens med APSD. Hovedmål for utrednings- og behandlingsarbeidet er å kartlegge ressurser og problemområder, og finne rett tilnærmingssåte og omsorgsnivå for pasienten. Et tverrfaglig team som består av leger, sykepleiere, hjelpepleiere, ergoterapeut, sosionom og fysioterapeut samarbeider

om utrednings- og behandlingsarbeidet. Pasientens somatiske og psykiske tilstand blir kartlagt. Den psykiske tilstanden blir kartlagt ved hjelp av strukturerte skjemaer, blant andre Neuropsychiatric Inventory (NPI) (3) norsk versjon og Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) (4) norsk versjon, som fanger opp omfanget av APSD.

Måleinstrumenter

NPI er et av de instrumentene som dekker et bredt spekter av atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens. Instrumentet er basert på et strukturert intervju med en omsorgsperson som kjenner pasienten godt, og det skilles mellom hyppighet og intensitet i atferdsendringer. Totalt er det 12 atferdsdomener (variabler) på NPI som er brukt i denne studien, samt følelsesmessig belastning for omsorgspersonene relatert til hvert domene. Skåre på hver variabel er hyppighet x intensitet (H X I). Minimum totalskåre på NPI er 0 (fravær av symptomer) og maksimum 144. Skåre på 4 eller mer på hver enkel variabel blir regnet som klinisk signifikante symptomer (5, 6) og betyr at symptomene er fremtredende og belastende. Minimum totalskåre på belastningen er 0 (ingen belastning) og maksimum 60.

Cornell skala er utviklet for kvantitativ måling av alvorlighetsgrad av depresjon hos personer med demens og er ikke et diagnostisk instrument (4). Skalaen utnytter informasjon både fra pasientens omsorgsgiver(e) og fra et kort intervju med pasienten

selv hvis denne kan besvare spørsmålene. Cornell skala har 19 variabler delt i fem atferdsområder. Maksimum skåre på skalaen er 38. En total skåre på 8 eller mer antyder klinisk signifikante depressive symptomer (7).

Hensikten med undersøkelsen

Det er tidligere ikke gjort noen systematisk evaluering av hvilke tilleggssymptomer (APSD) og plager pasienter med demens i en alderspsykiatrisk avdeling har, målt ved NPI og Cornell skala fra innkomst til utskriving. Det er heller ikke gjort noen evaluering av hvordan disse symptomene og plagene eventuelt har endret seg under oppholdet i avdelingen. Studien brukes som evalueringsstudie for avdelingens praksis og behandling for å kunne gi kunnskap som avdelingen og eventuelt primærhelsetjenesten kan anvende.

Praktisk gjennomføring

Studien fikk alle nødvendige tillatelser for gjennomføring. Det ble utarbeidet skriftlig informasjon der en redegjorde for prosjektets hensikt, metode og hva deltakelse ville innebære for informantene. Informasjonskriv om prosjektet ble gitt til pasientenes nærmeste pårørende. Noen av pasientene fikk også skrevet selv.

Inklusjonskriterier

- Moderat til alvorlig grad av demens basert på ICD-10 systemet ved tidspunktet for inntak i posten
- Mini Mental Status Examination (MMSE) skåre på 23 eller lavere
- Minst én eller flere typer atferdsvansker ved klinisk vurdering (som det søkes innleggelse for) i tillegg til demens.

Eksklusjonskriterier

- Tidligere psykiatrisk historie av schizofreni eller psykose før demensutviklingen, fordi personer med disse lidelsene vanligvis har en del atferdsvansker før de utvikler demens. Derfor kan det gi et feil bilde av APSD (8)
- Pasienter med reinnleggelser innen ett år fra utskriving er ekskludert fra studien, fordi målet med slike reinnleggelser ofte er avlastning for sykehjempersonalet, ikke direkte utredning eller behandling av pasienten. Det er cirka en eller to reinnleggelser på årsbasis på posten.

Datasamling

Datainnsamlingen foregikk fra 01.01.06 til 31.12.06, og 39 pasienter er inkludert i studien. Ved innkomsten ble det satt av tid for å få informasjon om pasientens tilstand, om hva som var «bestillingen» og til samtale med pasienten. Det ble innhentet anamnetiske opplysninger, informasjon om pasientens boforhold og pårørendes situasjon. Den somatiske og kognitive

status ble undersøkt av legen. Pasientens daglige atferd ble observert av miljøpersonale og nedtegnet på et døgnrytmeskjema¹ fra innkomst og frem til utskriving. Dette gjøres rutinemessig ved posten.

Ved hjelp av døgnrytmeskjemaer og miljørapporter ble NPI og Cornell skala utfylt etter en ukes observasjoner fra innleggelsestidspunkt. Skjemaene ble fylt ut av pasientansvarlig sykepleier² og primærkontakt³, da disse to hadde mest kjennskap til pasienten fra miljøet. Nær utskrivingstiden ble det tatt utgangspunkt i den siste ukens observasjoner. Hovedsakelig har de samme kontaktpersonene satt skåre på skjemaene ved inn- og utskriving av en pasient. Men på grunn av turnusarbeid, ferieavvikling og andre uforutsigbare forhold, har man vært nøye på at minst én av pasientens to kontaktpersoner var med i utfyllingen av skjemaene ved utskriving. Demografiske variabler som alder, sivil status, type demens, tilleggsdiagnoser og om pasienten var innlagt fra sykehjem eller hjemmefra, ble registrert fra pasientens journal.

Funn

Alle statistiske analyser ble foretatt i «Statistical Package for the Social Sciences» versjon 14,0. Gjennomsnittlig alder ved innleggelse var 83 år. Fordelingen mellom menn og kvinner var henholdsvis 18 (46,2 prosent) og 21 (53,8 prosent). I studien ble 23 pasienter (59 prosent) innlagt fra institusjoner (hovedsakelig fra sykehjem) og 16 (41 prosent) ble innlagt hjemmefra.

Kliniske data

Det var 59 prosent (n = 23) som hadde demens av Alzheimers type, 35,9 prosent (n = 14) hadde en blandingstype demens og 5,1 prosent (n = 2) hadde vaskulær demens. Blant dem med blandingstype hadde 5,1 prosent (n = 2) en blanding av Alzheimers type og frontotemporallappsdemens. Andelen som hadde blanding av Alzheimers type og vaskulær demens var 5,1 prosent (n = 2) og 2,6 prosent (n = 1) hadde vaskulær demens og Lewy body demens. De resterende hadde en blanding av Alzheimers type og uspesifikk demens. Atten personer (46,2 prosent) hadde hjertekarsykdommer i tillegg til demens. Kun fem personer (12,8 prosent) i utvalget hadde ingen tilleggsdiagnose.

¹) Et registreringsskjema for å kartlegge pasientens døgnrytme og atferd ved fargekoding.

²) Pasientansvarlig sykepleier er sykepleiefaglig ansvarlig og kontaktperson for pårørende. Dette skjer i samarbeid med primærkontakten.

³) Pasientens primærkontakt er som regel en hjelpepleier som har hovedansvar for pasientens daglige pleie og stell, og vedkommende er kontaktperson for pårørende (i samarbeid med pasientansvarlig sykepleier).

Mini Mental Status Examination (MMSE) ble ikke tatt for 17 pasienter, som utgjør 43,6 prosent av utvalget. Årsaken var at de fleste av dem var kognitivt sett for dårlige til å gjennomføre testen, og noen av pasientene nektet å samarbeide. Av de 22 pasientene som ble testet for MMSE, hadde 19 personer (48,7 prosent) moderat grad av demens (MMSE skåre 11-23), og tre pasienter (7,7 prosent) hadde demens av alvorlig grad (MMSE skåre 0-10).

Forekomsten av APSD ved innleggelsen

- Irritabilitet/labilitet, søvnproblemer og agitasjon/aggresjon var noen av de hyppigst forekommende atferdsmessige og psykologiske symptomer ved innleggelsen målt ved NPI. Angst, manglende hemning og avvikende motorisk atferd var noen av de mest alvorlige representerte symptomer (NPI skåre = 12 på den enkelte variabel) ved innleggelsen
- Gjennomsnitt totalskåre på NPI ved innleggelsen var 44,2. Gjennomsnittlig totalskåre var 18,3 for følelsesmessig belastning for personalet relatert til disse symptomene
- Gjennomsnittlig Cornell skåre ved innleggelsen var 9,5. Over halvparten (61,5 prosent) av pasientene hadde total Cornell skåre 8 eller mer ved innleggelsen, noe som antyder kliniske symptomer på depresjon.

Sammenheng mellom kjønn og forekomsten av APSD

- En større andel kvinner (76,2 prosent) enn menn (27,8 prosent) hadde klinisk signifikante symptomer på angst ved innleggelsen og forskjellen var statistisk signifikant
- Det var flere kvinner (n=16) enn menn (n=8) som viste kliniske symptomer på depresjon målt ved Cornell skala (skåre $\geq$ 8) ved innleggelsen. Denne forskjellen mellom menn og kvinner var også statistisk signifikant.

Når det gjelder variabelen depresjon/dysfori⁴ på NPI fant man ingen signifikant forskjell mellom menn og kvinner. Dette kan tyde på at Cornell skala er et mer omfattende instrument for kartlegging av depresjon hos personer med demens enn NPI.

Sammenheng mellom ulik boform og forekomsten av APSD

Med unntak av oppstemthet/eufori, manglende hemning og irritabilitet, hadde pasientene som var innlagt fra institusjoner hyppigere klinisk signifikante APSD (NPI $\geq$ 4 på hver enkel variabel) enn de som var innlagt hjemmefra. Forskjellen var imidlertid ikke statistisk

signifikant. Det var heller ingen statistisk signifikant sammenheng mellom pasientens boform og forekomsten av depressive symptomer målt på Cornell skala ved innleggelsen.

At pasientene innlagt fra institusjoner har vist flere APSD enn de som var innlagt fra eget hjem, kan tyde på at pasientene må være alvorlig syke for å bli innlagt i en institusjon.

Endringene i APSD for samtlige pasienter under oppholdet

- Figur 1 viser alle variabler, unntatt hallusinasjoner på NPI, en gjennomsnittlig reduksjon i skåre fra innkomsten til utskrivning. Variabelen hallusinasjon har vist en svak økning under oppholdet på alderspsykiatrisk avdeling. En mulig forklaring er at hallusinasjoner ikke ble observert i løpet av en ukes tid, spesielt hvis de ikke var årsaken til forstyrrende atferd
- I tabell 1 viser symptomene vrangforestillinger, depresjon/dysfori, angst, manglende hemning, irritabilitet/labilitet, avvikende motorisk atferd og søvn signifikant forbedring under oppholdet
- Når det gjelder klinisk signifikante APSD (NPI $\geq$ 4), viste angstsymptomet en klar forbedring under oppholdet
- Gjennomsnitt skåre på NPI fra innkomst til utskrivning var betydelig redusert
- Disse endringene ved APSD under oppholdet (fra inn- til utskrivning) har vist en merkbar reduksjon på følelsesmessige belastninger for personalet (målt på NPI), noe som er av stor betydning for omsorgspersonene
- Resultatene viste også en betydelig reduksjon på gjennomsnittlig Cornell skåre fra inn- til utskrivning. Dette antyder en forbedring på pasientenes depressive symptomer under oppholdet.

Sammenheng mellom kjønn og endringer ved APSD

I motsetning til mennene har kvinnene under oppholdet vist en statistisk signifikant forbedring på angst og depressive symptomer, samt signifikant reduksjon på den følelsesmessige belastningen for personalet relatert til APSD.

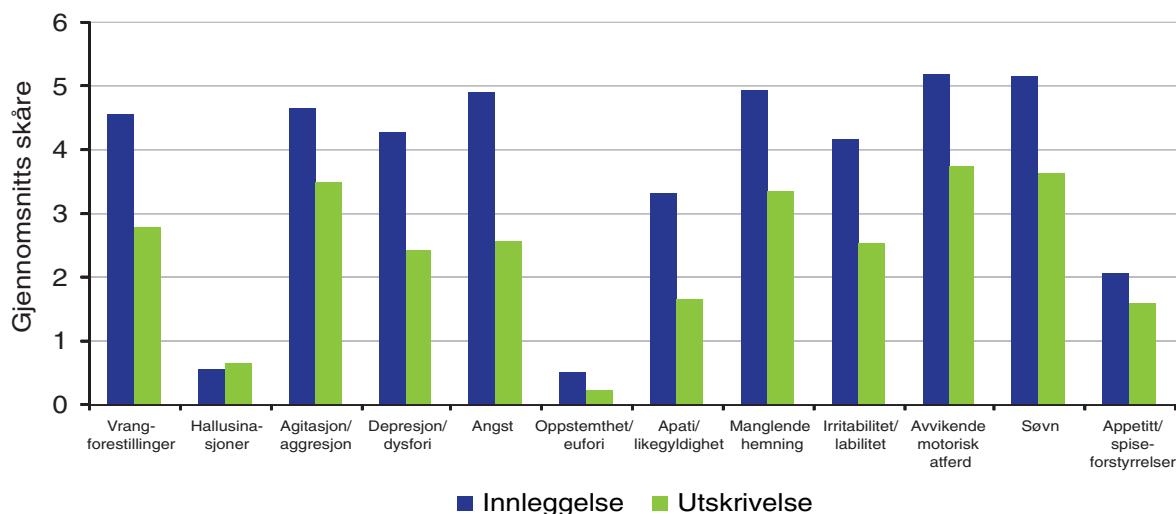
Sammenheng mellom boform og endringer ved APSD

Resultatene har vist at pasienter innlagt fra eget hjem ble bedre på irritabilitet/labilitet og pasienter innlagt fra institusjoner bedret seg på depressive symptomer. Begge gruppene har vist en reduksjon på den totale følelsesmessige belastningen for personalet under oppholdet. Alle disse endringene er statistisk signifikante.

⁴) Dysfori: Nedstemthet (red.)

Figur 1

Sammenligning av gjennomsnittlig skåre på hver variabel ved NPI (hyppigheten X intensiteten) ved inn- og utskrivning (n 39).

**Tabell 1**

Endringene i APSD målt ved NPI fra innkomst til utskrivning under oppholdet ved alderspsykiatrisk avdeling (n 39)

Variabel	Reduksjon antall	Økning antall	Uendret antall	P-verdi ¹
Vrangforestillinger	15	8	16	0,02*
Hallusinasjoner	1	4	34	0,41
Agitasjon/aggresjon	20	9	10	0,06
Depresjon/dysfori	17	7	15	0,006*
Angst	17	3	19	0,001*
Oppstemthet/eufori	3	0	36	0,10
Apati/likegyldighet	14	5	20	0,06
Manglende hemning	14	4	21	0,008*
Irritabilitet/labilitet	19	5	15	0,01*
Avvikende motorisk atferd	19	6	14	0,03*
Søvn	23	7	9	0,01*
Appetitt/spiseforstyrrelser	8	7	24	0,53

¹Wilcoxon signed ranks test

* Statistisk signifikant forbedring under oppholdet

Diskusjon

Forhold ved postens pasientbehandling som kan ha hatt betydning for endringer i APSD

- Registreringer og målinger av APSD ved innleggelse kan være det første skrittet for å identifisere og kartlegge omfanget av pasientens reaksjoner og opplevelser. Selve behandlingen av symptomene baserer seg i stor grad på hvordan pasientens reaksjoner blir møtt og forstått, noe som avhenger av personalets empatiske evner
- Posten har bedre bemanningsressurser enn sykehjemmene, noe som muliggjør tettere oppfølging av pasienter. Dette kan skape større trygghet hos pasienten. Iblant skal det lite til for å skape ro hos pasienten, men det forutsetter oppmerksomhet, kreativitet og intuisjon fra personalets side. Ved å «lese» pasientens ansiktsuttrykk eller kroppsspråk, kan man forebygge uro gjennom å møte pasienten på en hensiktsmessig måte
- Personer med demens og utfordrende atferd er ikke en homogen gruppe. Tilrettelegging av daglige aktiviteter og måltidssituasjoner tilpasset den enkelte er en viktig del av postens utrednings- og behandlingsarbeid. Med gode observasjoner og dokumentasjon er det mulig å skreddersy en individuelt rettet behandling
- En systematisk undersøkelse av pasientens fysiske og psykiske helsetilstand og en nøye vurdering av deres medisiner under oppholdet, kan ha virket positivt i behandlingen av APSD
- Posten har gode rutiner når det gjelder samarbeid med pårørende. De anses som gode støttespillere i kartlegging av pasientens bakgrunnsopplysninger og tidligere levevaner, noe som bidrar til en mer individuelt rettet behandling
- Man kan si at postens rutinemessige kartlegging av depresjon ved å anvende Cornell skala for personer med APSD er et tjenlig utgangspunkt for behandling av depresjon. Denne behandlingen vil også trolig kunne bidra til å redusere omfanget av andre psykiske og atferdsmessige forstyrrelser som for eksempel angst, agitasjon/aggresjon, irritabilitet og søvnproblemer. Grunnen er at disse symptomene ofte kommer parallelt med depresjon. Det påpekes at institusjonsbeboere som utvikler aggressiv atferd bør utredes og behandles for depresjon, som ofte er underdiagnostisert (7)
- Personale fra primærhelsetjenesten får tilbud om å delta i pasientrettet veiledning før pasienten utskrives til sykehjem eller eget hjem. I samarbeid med avdelingens uteteam tilbys oppfølging av pasienter etter utskrivning ved behov. Personene som ikke viser forbedringer i APSD under oppholdet, blir utskrevet med tett oppfølging og veiledning av ute-teamet fordi det ikke alltid er mulig å behandle alle symptomene. I noen tilfeller dreier oppfølgingen

seg om støtte og oppmuntring for sykehjems-personalet som mottar pasientene etter oppholdet på posten. Det viktigste blir å fokusere på god tilpasning av omgivelsene til pasientens og personalets beste

- Man kan ikke utelukke at det å flytte pasienten til en alderspsykiatrisk avdeling gir effekt i seg selv, og at ikke nødvendigvis det som gjøres på posten er det viktigste. Muligens kan flytting til noe nytt og det at pasienten får ny oppmerksomhet gi effekt uavhengig av behandlingsopplegget. Da denne studien ikke har noen «kontrollgruppe» er det vanskelig å si noe mer spesifikt om behandlings-effekten.

Svakheter og styrke ved studien

Studiens styrkeberegning var basert på 40 personer og var tilfredsstillende. Ved deling av datamateriale i grupper (kjønn og bomiljø), kan den ha mistet statistisk styrke (power) slik at forskjellene som er klinisk interessante ikke er statistisk signifikante i studien. Utvalgets begrensede størrelse er studiens svakhet.

En styrke ved studien er at det er brukt validerte og reliable instrumenter for målinger av APSD, instrumenter som brukes hyppig i internasjonale studier. Instrumentene har daglig vært brukt i avdelingens praksis i mange år. Personalet har hatt jevnlig undervisning om bruk av testene og har god erfaring i bruk av dem.

Kliniske implikasjoner og konklusjon

Resultatene fra undersøkelsen har vist at personene innlagt på posten ved alderspsykiatrisk avdeling, har et meget varierende symptomsspekter med spredning fra 5,0 til 102,0 målt ved totalskåren i NPI. De har behov for individuell tilnærming i forhold til håndtering av APSD. Til tider er det krevende for personalet å forholde seg til personer med så store atferdsavvik.

Ved registrering av APSD stilles det krav til nøye vurderinger av pasientens tilstand, noe som gir personalet større bevissthet om og økt faglig kompetanse i å behandle pasientens problematikk. Samtidig får personalet et bedre kunnskapsgrunnlag for iverksetting og vurderinger av tiltak. Slik blir det lettere å formidle erfaringer mer presist videre til primærhelsetjenesten. Nøyaktig utredning og kartlegging er et ledd i kvalitetssikring av arbeidet fra spesialist- til primærhelsetjenesten.

En klinisk hovedutfordring er å utvikle en bedre forståelse av APSD og depressive symptomer hos personer med demens. En sentral oppgave er å legge miljøet og omsorgen bedre til rette for at slike symptomer og reaksjoner i mindre grad oppstår. Når de oppstår må personen møtes på en måte som ivaretar hans eller hennes integritet. Ved systematisk registrering og behandling av APSD på et tidlig tidspunkt

(mens pasienten bor på et lavere omsorgsnivå) kan man forhindre en mer kostbar behandling ved innleggelse i sykehus. I tillegg kan man unngå følelsesmessig belastning som flyttingen medfører for pasient og omsorgsperson (9).

Posten har ofte en lang venteliste av pasienter som trenger behandling. En del innleggelser på den alderspsykiatriske avdelingen hadde vært unngått dersom tilstanden til personer med demens og APSD hadde vært kartlagt systematisk og behandlet på sykehjem. En norsk studie (6) legger vekt på at det er et stort behov for kompetanseheving i kartlegging og behandling av APSD blant sykehjemspersonale, fordi disse symptomene finnes overalt på sykehjemmene.

Med et økende antall eldre mennesker i tiden fremover er det grunn til å anta at flere personer vil bli rammet av demenssykdom. Dette vil føre til en økning i forekomsten av APSD som følger med sykdommen, noe som vil bli en stor utfordring for helsevesenet i fremtiden. Det er behov for økt kunnskap og kompetanseheving i systematisk kartlegging av atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens blant personalet i demensomsorgen. Dette vil være utgangspunkt for å kunne gi bedre behandling til pasientene og veiledning og støtte til personale og pårørende.

■ alka.goyal@uus.no

Referanser

- 1) Black W, Almeida OP. A systematic review of the association between the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and burden of care. *Int Psychogeriatr* 2004 Sep;16(3):295-315.
- 2) Wood SA, Cummings JL, Barclay T, HSU M-A, Allahyar M, Schnelle JF. Assessing the impact of neuropsychiatric symptoms on distress in professional caregivers. *Aging & Mental Health* 1999;3(3):241-5.
- 3) Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology* 1997 May;48(5 Suppl 6):S10-S16.
- 4) Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry* 1988 Feb;23(3):271-84.
- 5) Margallo-Lana M, Swann A, O'Brien J, Fairbairn A, Reichelt K, Potkins D, et al. Prevalence and pharmacological management of behavioural and psychological symptoms amongst dementia sufferers living in care environments. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001 Jan;16(1):39-44.
- 6) Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006 Dec 28.
- 7) Menon AS, Gruber-Baldini AL, Hebel JR, Kaup B, Loreck D, Itkin ZS, et al. Relationship between aggressive behaviours and depression among nursing home residents with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001 Feb;16(2):139-46.
- 8) Devanand DP, Jacobs DM, Tang MX, Del Castillo-Castaneda C, Sano M, Marder K, et al. The course of psychopathologic features in mild to moderate Alzheimer disease. *Arch Gen Psychiatry* 1997 Mar;54(3):257-63.
- 9) Tunis SL, Edell WS, Adams BE, Kennedy JS. Characterizing behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) among geropsychiatric inpatients. *J Am Med Dir Assoc* 2002 May;3(3):146-51.

KURS I HØST?

Det er fortsatt ledige plasser på følgende kurs:

Dagtilbud til personer med demens – drift og innhold	Tønsberg 12.-13. nov., påmeldingsfrist 25. sept.
Utredningskurs	Kristiansand 21. okt., Stavanger 22. okt., Sogndal 23. okt., Alta 28. okt., Bodø 29. okt.
Utviklende dialoger – samtale og kommunikasjon med mennesker med utviklingshemning	Lillehammer 13.-14. nov., påmeldingsfrist 10. okt.
Sorg og sorgreaksjon hos mennesker med utviklingshemning	Lillehammer 11. nov., påmeldingsfrist 10. okt.

For mer informasjon om kursene, se www.aldringoghelse.no

KOS ETTER KURS

«Mindre tvang – mer kos» rapporterer Vestby sykehjem til Fagbladet etter at 72 ansatte på sykehjemmet og 12 i hjemmetjenestene har gjennomført studiesirkelen *Tvang – helst ikke...* Reportasjen kan leses i Fagbladet nr 5/2008. Fagforbundet dekker for øvrig kursutgiftene for sine medlemmer.

Opplysninger om kurset *Tvang – helst ikke...* finner du på www.aldringoghelse.no

(Red.)



Psykiater Geir Selbæk, PhD, Sykehuset Innlandet HF og
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Hvordan påvirkes APSD-forløp av psykofarmaka?

Ett års oppfølging av atferdsmessige og psykologiske symptomer hos sykehjemspasienter med demens

«Våre funn indikerer at den medisinske oppfølgingen av sykehjemspasienter med demens er mangelfull.»

Antall personer med demens i Norge nærmer seg 70 000. Nær halvparten av disse bor i sykehjem. Pasienter i sykehjem er blitt gjenstand for økende oppmerksomhet, både i media og i offentlige utredninger. Medieoppslag har gitt eksempler på mangelfull omsorg og medisinsk oppfølging. Demensplan 2015 «*Den gode dagen*» erkjenner behovet for økt kompetanse og bedre tilpassede botilbud (1). Det er likevel få systematiske undersøkelser av kvaliteten på omsorg og medisinsk oppfølging i sykehjem.

Resultater fra en tverrsnittundersøkelse av 1 163 sykehjemspasienter i fire norske fylker er publisert i en tidligere artikkel (2). Vi fant at 80 prosent av pasientene hadde demens, at omkring en tredjedel hadde alvorlige atferdsmessige eller psykologiske symptomer (APSD), og at tre av fire pasienter sto fast på psykofarmaka. I denne artikkelen presenteres resultater fra ett års oppfølging av disse pasientene. Vi fokuserer på forløp av atferdsmessige og psykologiske symptomer i sammenheng med bruk av psykofarmaka. Dette er den største longitudinelle studien på verdensbasis med dette fokus. Studien er tidligere i år publisert i *American Journal of Geriatric Psychiatry* (2).

Materiale og metode

Vi innhentet datamateriale ved at prosjektmedarbeidere intervjuet sykepleiere som kjente pasienten godt. I tillegg brukte vi data fra journal og medikamentlister. Psykologiske og atferdsmessige symptomer ble kartlagt ved hjelp av Neuropsychiatric Inventory (NPI) (3), og demensgrad ble vurdert ved hjelp av Klinisk Demensvurdering (KDV) (4). Utvalg og metode er

utførlig beskrevet i tidligere artikler (5). Første datainnsamling fant sted ved årsskiftet 2004/2005. Andre datainnsamling med samme intervju ble gjennomført ett år senere. Ved første undersøkelse hadde 933 pasienter (80,5 prosent) demens. Analysene i denne artikkelen er basert på dette utvalget.

Etter ett år var 633 pasienter tilgjengelig for oppfølging. Frafall skyldtes død (286 pasienter), flytting til hjemmet (6 pasienter) og flytting til annet omsorgsnivå (8 pasienter). Gjennomsnittsalderen var 84,5 år (SD¹ 7.5) ved første undersøkelse og 84,9 år (SD 7.8) ved andre undersøkelse.

Dataanalyse

Som i tidligere studier ble en NPI-skåre ≥ 4 på et enkelt punkt definert som et klinisk signifikant symptom. Forskjell mellom dem som gikk ut av studien og dem som fullførte første oppfølging ble analysert med t-test for uavhengige grupper. Samme metode ble brukt for å analysere forskjellen i symptomendring mellom brukere og ikke-brukere av psykofarmaka. Endring i KDV-skåre og endring i skåre av enkelt-symptomer på NPI ble analysert med t-test for par-data. Alle signifikansnivåer ble satt til 0.01 for å korrigere for multiple tester.

Studien er godkjent av Regional etisk komite, Datatilsynet og Sosial- og helsedirektoratet.

Finansieringen er ved Helse Øst og Sykehuset Innlandet.

¹) SD: standarddeviasjon - mål for spredning (red.).

Tabell 1

Klinisk signifikante NPI-symptomer (≥ 4) og bruk av psykofarmaka blant sykehjemspasienter med demens (KDV ≥ 1)

Symptomer	Forekomst ved første gangs u.s. n=633 (%)	Forekomst ved andre gangs u.s. n=633 (%)	Pasienter med vedvarende symptomer (%) ¹	Pasienter som fikk nye symptomer (%) ²
Vrangforestillinger	24.4	23.5	44.1	16.9
Hallusinasjoner	12.6	12.1	42.1	7.8
Depresjon	20.8	19.1	41.7	13.2
Agitasjon/aggresjon	27.4	28.0	52.9	18.6
Angst	22.0	19.2	44.5	12.1
Eufori	7.8	5.3	28.6	3.3
Apati	25.6	28.2	52.2	20.0
Manglende hemning	22.2	23.2	50.0	15.5
Irritabilitet	30.0	33.4	58.0	23.0
Motorisk uro	20.8	19.4	40.8	13.8
Minst ett symptom	70.8	68.6	78.8	43.8
Psykofarmaka				
Antipsykotika	25.9	26.5	75.0	9.6
Antidepressiva	41.1	37.8	79.2	8.8
Angstdempende med.	22.9	22.9	72.4	8.2
Minst ett psykofarmakum	75.0	71.9	88.8	20.9

¹ Andel med symptomer ved andre gangs u.s. blant dem som hadde symptomet ved første gangs u.s.

² Andel med symptomer ved andre gangs u.s. blant dem som ikke hadde symptomet ved første gangs u.s.

Funn

Demens

Ved andre gangs undersøkelse (n=633) hadde 0,3 prosent ingen tegn til demens (KDV=0), 3,6 prosent hadde mulig demens (KDV=0.5), 17,1 prosent hadde mild demens (KDV=1), 27,6 prosent hadde moderat demens (KDV=2) og 50,7 prosent hadde alvorlig demens (KDV=3). KDV-skåre økte i løpet av året. Gjennomsnittlig forverring var 0.2 poeng (SD 0.7) (p<0.001).

Sammenligning med pasienter som gikk ut av studien

Vi sammenlignet resultater fra pasienter med demens som ble fulgt opp etter et år og dem som gikk ut av studien. Vi fant at de som gikk ut av studien var eldre (p<0.001), hadde lavere funksjonsnivå (p<0.001) og alvorligere grad av demens ifølge KDV (p=0.002). Vi fant ingen forskjell i liggetid, antall medikamenter, antall psykofarmaka eller total skåre på NPI ved første gangs undersøkelse.

NPI symptomer og medikamenter

Tabell 1 viser forekomst og forløp av klinisk signifikante NPI-symptomer og medikamentbruk. Symptomskåre for alle enkeltsymptomer bedret seg i løpet av året (p<0.001, t-test for pardata).

Bruk av psykoformaka og endring i NPI-skåre

Vi sammenlignet endring i NPI-skåre blant dem som brukte psykofarmaka ved begge undersøkelser og dem som ikke brukte psykofarmaka ved noen av undersøkelsene (tabell 2). Vi slo sammen NPI-punktene hallusinasjoner og vrangforestillinger til kategorien psykose, og punktene agitasjon/aggresjon og motorisk uro til kategorien agitasjon. Depresjon ble undersøkt som enkeltpunkt. Vi fant ingen forskjell i endring av NPI-skåre mellom brukere og ikke-brukere av psykofarmaka. Når vi analyserte NPI-skårer hos pasienter med alvorlige symptomer (NPI ≥ 8) eller pasienter med ethvert symptom (NPI > 0), fant vi heller ingen forskjeller mellom brukere og ikke-brukere av psykofarmaka.

Analyse med non-parametriske tester endret ingen av resultatene.

Tabell 2

NPI-symptom skåre hos brukere og ikke-brukere av psykofarmaka og endring etter 12 måneder hos demenspasienter med klinisk signifikante NPI-symptomer ved første gangs undersøkelse.

	Første gangs undersøkelse Gjennomsnitt (SD)	p-verdi*	Endring ved andre gangs undersøkelse Gjennomsnitt (SD)	p-verdi*
Psykose				
<i>Antipsykotika</i>				
Bruker (n=45)	10.6 (5.8)		- 2.9 (7.6)	
Ikke-bruker (n=80)	9.4 (4.9)	0.253	- 4.4 (6.6)	0.272
<i>Angstdempende med.</i>				
Bruker (n=31)	10.4 (6.3)		- 4.6 (5.6)	
Ikke-bruker (n=101)	10.0 (5.0)	0.721	- 4.1 (7.1)	0.697
Agitasjon				
<i>Antipsykotika</i>				
Bruker (n=65)	9.6 (5.3)		- 2.2 (6.7)	
Ikke-bruker (n=133)	9.6 (4.9)	0.911	- 3.8 (7.0)	0.116
<i>Angstdempende med.</i>				
Bruker (n=39)	11.7 (6.5)		- 4.1 (7.9)	
Ikke-bruker (n=158)	9.3 (4.6)	0.037**	- 3.4 (6.8)	0.589
Depresjon				
<i>Antidepressiva</i>				
Bruker (n=71)	7.3 (2.7)		- 3.3 (3.7)	
Ikke-bruker (n=34)	6.4 (2.4)	0.106	- 4.7 (2.2)	0.017**
<i>Angstdempende med.</i>				
Bruker (n=26)	8.2 (2.6)		- 3.2 (4.1)	
Ikke-bruker (n=73)	6.5 (2.2)	0.002	- 4.0 (2.9)	0.263

* Uavhengige grupper t-test

** Ikke antatt lik varians – Levene's test for lik varians < 0.01

Diskusjon

Psykologiske og atferdsmessige symptomer er vanlig hos sykehjemspasienter med demens. Denne studien bekrefter resultater fra en rekke tidligere studier. Vi finner at et stort flertall av pasientene (84 prosent) har slike symptomer av klinisk signifikant grad ved første og/eller andre gangs undersøkelse. Apati, aggresjon/agitasjon og irritabilitet var de vanligste og mest vedvarende symptomene. Enkeltsymptomer som vrangforestillinger (56 prosent), depresjon (58 prosent) og aggresjon/agitasjon (47 prosent) forsvant hos omkring halvparten av pasientene. Tilsvarende tall for remisjon/bedring er funnet i internasjonale studier (6, 7).

Alle typer klinisk signifikante NPI-symptomer bedret seg i løpet av oppfølgingstiden, mens graden

av demens, målt ved KDV, økte. Tidligere studier har rapportert at symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner, agitasjon og apati forverres med progresjon av demens. Våre funn kan skyldes at observasjonstiden er for kort til å registrere symptomforverrelse på grunn av demensprogresjon. En annen mulig forklaring er at mennesker som blir observert i en forskningssammenheng, har en tendens til å fremstå på en annen måte enn de vanligvis gjør. At alle pasienter opplevde bedring av symptomer indikerer at en minimal intervensjon, som våre intervjuer, kan påvirke symptomforløpet i positiv retning. Dette funnet er på linje med den store placeboeffekten vi kjenner fra en rekke behandlingsstudier (8).

Tre av fire pasienter med demens brukte psykofarmaka fast ved første gangs undersøkelse. Etter ett

år brukte 89 prosent av dem fremdeles minst ett slikt medikament. Vedvarende bruk (definert som bruk ved begge undersøkelser) var vanlig både for antipsykotika (75 prosent) og antidepressiva (79 prosent).

Våre to undersøkelser viste ingen forskjell i symptomforløp mellom dem som brukte psyko-farmaka ved begge undersøkelser og dem som ikke brukte psyko-farmaka ved noen av undersøkelsene. Dette gjaldt uavhengig av symptomnivå ved første gangs under-søkelse. Dette funnet må tolkes med forsiktighet. Vi kan ikke se bort fra at pasienter har opplevd effekt av den medikamentelle behandlingen før første under-søkelse eller på et eller annet tidspunkt mellom de to undersøkelsene. Likevel gir funnene grunn til bekym-ring.

Det er sparsom dokumentasjon for effekt av psyko-farmaka ved agitasjon, psykose eller depresjon hos personer med demens. Psykofarmaka, særlig anti-psykotika, kan gi alvorlige bivirkninger, og pasienter med demens er særlig utsatt. At 75 prosent likevel brukte slike medikamenter i en tverrsnittsundersøkelse reflekterer muligens behandlernes ønske om å lindre lidelser hos en belastet pasientgruppe. Vi kan forstå at man i fortvilelsen gjør behandlingsforsøk selv om det er dårlig dokumentasjon for effekt og risikoen for bivirkninger er høy. Det er vanskeligere å forstå at nær ni av ti av pasientene som brukte psykofarmaka fremdeles brukte disse medikamentene ett år senere. Særlig for antipsykotika advares det mot vedvarende bruk. I de gjeldende behandlingsveiledninger anbefales det at man tar bort antipsykotika etter tre til seks måneder selv om medikamentet har effekt (9, 10). I vår undersøkelse finner vi ingen forskjell i symptom-forløpet av psykose eller agitasjon/aggresjon blant dem som bruker antipsykotika og dem som ikke bruker slike medikamenter. Det tyder på at praksis i sykehjemmene ikke er i tråd med de gjeldende behandlingsanbefalinger.

Personalet ved sykehjemmene som deltar i studien er klar over at medikamentbruk er et fokus i studien. Vi vil tro at de er ekstra aktpågivende i forhold til sin praksis. Det er derfor grunn til å tro at situasjonen kan være verre i andre sykehjem.

Konklusjon

Atferdsmessige og psykologiske symptomer er utbredt blant pasienter i sykehjem. Generelt sett er symptomer vedvarende, men enkeltsymptomer bedres i stor grad. Langtidsbruk av psykofarmaka er vanlig uten at de ser ut til å påvirke symptomene positivt i oppføl-gingsperioden. Våre funn indikerer at den medisinske oppfølgingen av sykehjemspasienter med demens er mangelfull.

■ geir.selbaek@aldringoghelse.no

Referanser

- 1) Helse- og omsorgsdepartementet (2007) Demensplan 2015 «Den gode dagen».
- 2) Selbaek G, Kirkevold O et al. The course of psychiatric and behavioral symptoms and the use of psychotropic medication in patients with dementia in Norwegian nursing homes – a 12-month follow-up study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008;16(7):528-36.
- 3) Cummings JL, Mega M et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44(12):2308-14.
- 4) Hughes CP, Berg L et al. A new clinical scale for the staging of dementia. *British Journal of Psychiatry* 1982;140:566-72.
- 5) Selbaek G, Kirkevold O et al. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2007;22(9):843-9.
- 6) Aalten P, de Vugt ME et al. The course of neuropsychiatric symptoms in dementia. Part I: findings from the two-year longitudinal Maasbed study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20(6):523-30.
- 7) Ballard C, Margallo-Lana M et al. A 1-year Follow-Up Study of Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia Among People in Care Environments. *Journal of Clinical Psychiatry* 2001;62(8):631-6.
- 8) Ballard C, Waite J. The effectiveness of atypical anti-psychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(1):CD003476.
- 9) Statens legemiddelverk. Medikamentell behandling av atferdsforstyrrelser og psykologiske symptomer (BPSD) hos personer med demens. 2005.
- 10) Lyketsos CG, Colenda CC et al. Position statement of the American Association for Geriatric Psychiatry regarding principles of care for patients with dementia resulting from Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14(7):561-72.



Tekst: Ragnhild M. Eidem Krüger

DPS-ene og de eldre pasientene – en føljetong

I Demens&Alderspsykiatri nr. 2/2007 skrev Geir Selbæk artikkelen *DPS-ene og de eldre pasientene: Grunn til bekymring (eller undring?)* (1). Den viste til tall fra SINTEF Helse hvor det kom frem med all tenkelig tydelighet at personer over 65 år utgjør en forsvinnende liten del av pasientene ved landets distriktpsikiatriske sentre. I samme artikkel henvises det til uttalelse fra Helse- og omsorgsdepartementet: «DPS-ene skal ivareta det alminnelige psykiske helsevernet for alle aldersgrupper.»

Ikke desto mindre var funnene like nedslående i SINTEF Helses rapport fra april i år: *Bidrar utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet? Resultater fra undersøkelser gjennomført i 2002, 2005 og 2007* (2).

Kort fortalt gir rapporten et dystert bilde av DPS-enes rolle i alderspsykiatrien:

- *Vi har funnet at eldre med psykiske vansker i svært liten grad er representert ved DPS-ene. Studien viste at kun sju prosent av pasientene var over 60 år, og personer over 70 var nesten fraværende (...). Samtidig vet vi at risikoen for anhedoni (nedstemthet, red.) øker med alderen og depresjon øker for de over 80 år (s. 21)*
- *Vi fant at det hadde funnet sted en økning i ventetidene ved DPS-ene. (...) De som hadde kortest ventetid var de som var yngre, var sykere (...). Dette betyr at DPS-ene i større grad enn før prioriterer yngre pasienter samt pasienter som er alvorlig syke. (s. 22)*

Rapporten konkluderer blant annet slik når det gjelder tilbudet til eldre mennesker:

«Det er (...)ingen tvil om at denne pasientgruppen har et stort behov for behandling og hjelp for psykiske lidelser, og burde få bedre tilgang på spesialistbehandling enn tilfellet er i dag. Fordi eldre også har somatiske problemer, bør et psykisk helsetilbud til denne gruppen i større grad samordnes med fastlegen og kommunale hjelpe- og støttetilbud til eldre.» (s. 30)

Et område med behov for større fokus!

D&A har lagt funnene fra rapporten frem for Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hansen og spurt om han mener at eldre mennesker får et tilfredsstillende psykiatrisk tilbud i dag – i det siste året av Opptrappingsplanen for psykisk helse.

– Barn og unge har hatt høyest prioritet i opptrappingsplanen, fordi dette er en særlig sårbar gruppe. Det betyr også at det har vært mindre fokus på andre grupper, som blant annet eldre med psykiske lidelser. Vi har begrenset kunnskap om behovene hos eldre, men jeg er åpen for at alderspsykiatri kan være et område der det er behov for et større fokus fremover. Her vil det ikke minst være viktig å få gode innspill fra fagmiljøene, slik at ansvarlige på alle nivåer kan vurdere hvordan tjenesten bør utvikles.

Hvilke konkrete grep skal tas for at eldre skal få det tilbudet de har behov for?

– De regionale helseforetakene er i oppdragsdokumentet både for 2007 og 2008 bedt om å iverksette tiltak for å oppgradere DPS-ene faglig og bemanningsmessig, slik at de settes i stand til å utføre sine oppgaver.

Statsråden bemerker dessuten at det fins en del alderspsykiatriske avdelinger rundt om i landet, og Helsedirektoratet anbefaler i sin rapport *Respekt og kvalitet. Rapport om styrking av spesialisthelsetjenster for eldre* (2007), at de regionale helseforetakene foretar en gjennomgang av oppgave- og ressursfordelingen mellom DPS og alderspsykiatriske spesialavdelinger i et behandlingskjedeperspektiv. Helsedirektoratet anbefaler videre at de distriktpsikiatriske sentrenes funksjon overfor eldre pasienter med psykiske lidelser styrkes gjennom

- en videreutvikling av DPS-tilbudet til å omfatte døgntilbud, dagtilbud, ambulante team, polikliniske tilbud og veiledning
- bedring av akutttilbudet til eldre pasienter, blant annet ved styrket bemanning ved sengeenheter, spesielt legebemanningen.

Helse- og omsorgsdepartementet har nå under ferdigstilling en strategi for spesialisthelsetjenester for eldre. Der vil blant annet tjenestetilbudet til eldre med psykiske lidelser tas opp.

(Intervjuet med statsråden måtte foregå via e-post. Red.)

Eldre mennesker må få den hjelpen de har bruk for!

Demens&Alderspsykiatri har lagt frem funnene fra rapporten også for generalsekretær Bjørn Lydersen i Rådet for psykisk helse.

– Det er uakseptabelt at eldre i så liten grad blir fanget opp av DPS-ene. Samtidig er vi opptatt av å se psykiatriske helsetjenester i sammenheng. De skal være tilgjengelige og gi hjelp til dem som trenger det, og kommunehelsetjenesten er en viktig bit av bildet. Svaret på utfordringen er derfor ikke bare at eldre mennesker skal få hjelp av DPS-ene, men at de skal få den hjelpen de har bruk for!

I D&A nr. 4/2007 innrømmet daværende generalsekretær Sunniva Ørstavik at alderspsykiatri ikke hadde vært profilert fra Rådets side, men lovet å ta feltet opp i samtaler med sentrale politikere i tiden fremover. Hva har skjedd siden den tid?

– Vi har trukket frem alderspsykiatrien i møter med helse- og omsorgsministeren, sier Bjørn Lydersen. Han fremholder at Rådet for psykisk helse for øvrig har jobbet mest med å løfte kvaliteten og endre perspektiv og holdninger i psykiatrien generelt. Brukerperspektivet er sentralt for organisasjonen.

– I forhold til eldre brukere har vi arbeidet for å få ut relevant informasjonsmateriale, og vi jobber også for å få i gang forskning om alderspsykiatri. I høst er det planlagt et møte med ulike aktører som kjenner feltet og kan komme med innspill om aktuelle prosjekter.

Dette er alvorlig!

Leder for Mental Helse, Anne Grethe Klunderud, mener DPS-enes svake rolle i alderspsykiatrien er alvorlig.

– Dette bekrefter det vi sier i vårt sosialpolitiske program – at eldre med psykiske helseproblemer er en glemt gruppe. Ikke bare DPS-ene er et svakt punkt, det er etter vår erfaring også en skremmende mangel på bruk av individuell plan for eldre. Jo eldre man blir, desto mer bruk har man gjerne for sammensatte tjenester, så individuell plan burde vært mye hyppigere brukt.

I fjor høst sa du til D&A at Mental Helse ville ha alderspsykiatrien frem i lyset. Hva har dere gjort siden den gang?

– Vi har løftet alderspsykiatrien frem i vår kontakt med Helse- og omsorgsdepartementet, senest før sommeren. Overfor Helsetilsynet har vi dessuten pekt på svakheter i psykiatriske helsetjenester til eldre. De har hatt tilsyn med psykisk helse en periode, og nå skal de undersøke på DPS-nivå.

Mental Helse har formulert et skriv til Helse- og omsorgsministeren i tilknytning til høstens statsbudsjett. Der blir blant annet behovet for fortsatt ørmerking av midler tatt opp. Alderspsykiatrien blir imidlertid ikke nevnt, Klunderud?

– Det er riktig. I dette skrivet har vi vært ganske generelle. Jeg lover imidlertid at vi skal ta opp alderspsykiatrien i krav til Helse- og omsorgsministeren senere i høst.

Referanser

- 1) Selbæk G (2007) DPS-ene og de eldre pasientene: Grunn til bekymring (eller undring?) Demens&Alderspsykiatri vol. 11, 2, s. 8-9.
- 2) Gråwe RW, Hatling T, Ruud T (2008) Bidrar utbyggingen av distriktpsykiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet? Resultater fra undersøkelser gjennomført i 2002, 2005 og 2007. SINTEF A6169 Rapport. SINTEF Helse.



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Kriger

ISO for liten – ISO for stor?

Et blikk på kvalitetssikringen ved en alderspsykiatrisk avdeling

ISO-sertifisering er blitt tidens tale, også innenfor helsevesenet. Mange er skeptiske til et så omfattende dokumentasjonsarbeid, men Demens&Alderspsykiatri har besøkt en avdeling der holdningen er positiv.



Avdelingssjef
Elisabeth Tufte Sand

En ISO-sertifisering innebærer at ledelsen har et verktøy for styring og ledelse av kjernevirksomheten, enten det gjelder en produksjonsbedrift eller som i dette tilfellet, en alderspsykiatrisk avdeling. Korrespondanse, postrutiner, informasjon, søknadsbehandling, inntaksmøte, fordelingsmøte, pasientmottak, behandling, oppfølging, pasientopplæring – alt som foregår på avdelingen skal gjennomgås, standardiseres og kvalitetssikres.

Alderspsykiatrisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum HF er en av de første i sitt slag i Norge som har oppnådd ISO-sertifisering. Det er de stolte over.

– *Det føles som kronen på verket, får Demens&Alderspsykiatri vite.*

– *Systematisk arbeid med saksgang gir idéer til forbedring. ISO-arbeid er også et redskap i utvikling av organisasjonen.*

Vant med system i sakene

ISO står for International Organization for Standardization. Her i landet er Norges Standardiseringsforbund (NSF) sentralorgan for standardisering og har ansvar for blant annet koordinering og tilrettelegging av standardiseringsvirksomheten. Man tenker elektrisk utstyr, pølsefabrikk og industri ved ordet. Men tenker man alderspsykiatri?

D&A besøkte Alderspsykiatrisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum HF og traff tre entusiastiske ledere: avdelingssjef Elisabeth Tufte Sand, assisterende avdelingssjef Jorunn Landbakk og kvalitetsrådgiver Karin Galgerud.

De forteller at kvalitetssikring har en lang historie ved avdelingen. Allerede i 1988 startet avdelingen et prosjekt rettet mot kommunehelsetjenesten, og det ble gjort med grundige prosedyrer og metodebok under ledelse av daværende avdelingssykepleier Mary Sandal Johansen. Da var avdelingen en langtidsavdeling for eldre med kroniske psykiske lidelser i 22 kommuner, mens den nå er en utrednings- og behandlingsavdeling med poliklinikk og sengepost som dekker kommunene Asker og Bærum. Elisabeth Tufte Sand var den første psykologen ved avdelingen da hun kom dit i 1996, og var pådriver for å formalisere kvalitetsarbeidet til ISO-sertifisering.

– *Det gir trygghet å ha system i sakene, sier Tufte Sand.*

Positiv innstilling i avdelingen

Det vakte stor motstand i sykehuset da tanken om ISO-sertifisering ble tatt opp på 1990-tallet. Ingen hadde hørt om det, ingen visste hva det var. På Alderspsykiatrisk avdeling var innstillingen en annen. Her

Kvalitetsrådgiver Karin Galgerud (t.v) og assisterende avdelingssjef Jorunn Landbakk er stolte over ISO-sertifikatene avdelingen har fått.



hadde man jobbet nedenfra og oppover i systemet med kvalitetsutvikling i mange år, gjennom grupper som arbeidet med ulike prosedyrer.

Kravene bak en ISO-sertifisering er mange og detaljerte, og dette må være en ressurskrevende prosess?

– Det er det hvis man skal starte på null. Fordi vi hadde så mange prosedyrer utarbeidet og nedskrevet allerede, kunne vi starte med å få dem inn i Elektronisk Kvalitetshåndbok (EK). Vi satte oss som mål at det ikke skulle gå mer enn to år fra vi hadde fått alt inn i EK til vi var ISO-sertifisert. Det viktige var at dette ikke kom fra toppen og ble tredd nedover halsen på de ansatte – her var holdningen like entusiastisk i hele personalet. Vi har gått gjennom et pasientforløp fra A til Å for å finne ut hvor noe kan gå galt. Alle ansatte i døgnposten og poliklinikken har gitt innspill, og vi har laget prosedyrer for de kritiske punktene.

Likevel måtte avdelingen ha en pådriver som koordinerte arbeidet. Ergoterapeut Karin Galgerud ble valgt som kvalitetsrådgiver. Dette er ikke en ekstra stilling som er tilført på grunn av sertifiseringen, så Galgerud har i perioder måttet ta inn færre nye pasienter, og har enkelte uker bare jobbet med ISO.

– At systemene er på plass fører i neste runde til tryggere rutiner og mer effektiv praksis, så det lønner seg i lengden å bruke en del tid på prosedyrearbeid, sier Karin Galgerud.

– Det blir mindre slark i systemet, papirer går til riktig instans, pasienten får oppfølging av de rette fagfolkene, informasjonen til pasienten blir gitt på en måte vi er enige om – det er ikke slik at noen tror at noen andre gjør det. Vi forebygger menneskelige feil. Prosedyre for demensutredning er blitt standardisert: Hva skal være standard, hva er tillegg, hvilke verktøy brukes, hvordan gis tilbakemelding. Uten faste prosedyrer ville vi lurt på hvem som hadde gjort hva og hvordan, hvem som hadde fått informasjon og hvem som ikke hadde fått. Hvis det forekommer avvik fra prosedyren skal det dokumenteres.

Har sertifiseringsarbeidet gått ut over andre tjenester?

– Vi hadde allerede en rutine på at vi møttes i arbeidsgrupper for å gjennomgå prosedyrer. Derfor tror vi ikke at det har gått ut over noe. Tvert imot har vi sett at med gode og nedskrevne prosedyrer jobber folk lettere. Det er lett å være ny her, for man kan bare gå inn og se i EK og lese seg til hvordan de forskjellige oppgavene skal løses.

Pasienten eller «systemet» i sentrum?

I de mange papirene som hører til en slik prosess, står det blant annet:

«Det er viktig å holde seg informert om pågående standardiseringsarbeid, slik at man kan ligge i forkant av utviklingen og tilpasse produksjon og rutiner til kommende standarder. Norske myndigheter vil i større grad enn tidligere henvise til standarder i sine lover og forskrifter.»

Mange i helsevesenet mener imidlertid det er for mye dokumentasjon av alle tenkelige ting. Det er ikke Elisabeth Tufte Sand enig i.

– Hvordan skulle jeg våget å være leder uten å ha all informasjonen systematisk skrevet ned? Det er så mange baller i luften, så mange utfordringer og så mye man skal ta hensyn til at det gir trygghet å ha system i sakene.

Hvem gjør dere dette primært for?

– Vi gjør det først og fremst for pasientens skyld og dernest fordi vi synes det er morsomt å jobbe systematisk. Lysten til å sette kvalitet i system er til stede i alle nivåer i avdelingen.

Mange vil hevde at denne type prosedyrearbeid er mer egnet til å styrke lederposisjoner enn til å gjøre det bedre for pasientene?

– Det er klart det styrker ledere å ha gode, gjennomarbeidede prosedyrer. Da kan man måle resultater og avvik. Samtidig styrker det min trygghet som ergo-

terapeut å vite hva som forventes av meg for å utøve god praksis, sier Karin Galgerud.

Hva om pasienten har andre forventninger enn ISO-systemet?

– Vi informerer pasientene i forkant om hva de kan forvente av våre tjenester. Dette gjentas når vi møter dem og gis også til pårørende hvis ikke pasientene motsetter seg det.

Hvordan merker en pasient at dette er en ISO-sertifisert avdeling?

– Kanskje pasienten ikke merker det hvis han ikke har noe å sammenligne med. Vi mener at ansatte her vet hva de skal gjøre og at informasjon blir gitt på en måte som pasientene har utbytte av. Ikke minst er det viktig at alle gir likelydende informasjon, så ikke pasientene blir usikre. Faste rutiner kan også gi pasientene trygghet.

Bruker dere like mye ressurser og oppmerksomhet på å kvalitetssikre den direkte pasientkontakten som på kvalitetssikring av prosedyrene?

– De store prosjektene våre har handlet om kommunikasjon mellom pleier og pasient, og vi bruker mye tid på det. Prosjektet Epikrise til pasient er et eksempel (beskrevet i D&A nr.3/2007 red. anm.). Undervisning for pasienter i døgnpast har vi to dager hver uke, og det er en arena for kommunikasjon. Søvnhygiene, angst og uro, livskvalitet, rettigheter og lovverk er blant emnene. Undervisning til pårørende har vi også. Vi har hatt brukerundersøkelser de siste 11 årene. Vi intervjuer pasientene idet de skrives ut. Hvordan har de opplevd oppholdet, hvordan ble de mottatt, opplevde de respekt, ble de tatt på alvor, hadde de medvirkning, informasjon, samarbeid, mottakelsen av pårørende og så videre. Det kan selvfølgelig tenkes at pasienter svarer mer positivt enn det er dekning for, fordi de føler seg sårbare, og den egentlige lakmustrasten for hvor god brukerundersøkelsen er, har vi ikke, sier Jorunn Landbakk.

Hvordan måle behandlingskvalitet?

I ISO 9000 leser vi ett av de åtte prinsippene for kvalitetsledelse:

«Forstå gjeldende og fremtidige kundebehov. Oppfylle kundekrav. Strebe etter å overgå kundens forventninger.»

Hva med kvalitetssikring av selve den medisinske behandlingen?

– Det var et tema i ISO-sertifiseringen: Hvordan skal vi oppnå prosesser der vi får mål på behandlingskvaliteten? Vi bruker GAF-skåre¹ ved innleggelse og ved utskrivning. Den måler symptomer og funksjon,

men sier ikke alltid hvordan kvaliteten på behandlingen har vært, særlig for pasienter med demens. Der er sykdommen progredierende, så skåren gir ikke nødvendigvis et riktig bilde av behandlingen. Dette har vi ikke et fullgodt svar på.

Er hurtig utskrivning et kvalitetsmål?

– Nei, det mener vi ikke. Liggetiden er noe lengre nå enn for noen år tilbake. Fordi vi har en poliklinikk er det de sykeste pasientene som kommer hit til sengeposten.

Avdelingens egne kvalitetsmål sier blant annet følgende: «Alderspsykiatrisk avdelings kvalitetsmål er at driften av avdelingen er innenfor den budsjettmessige ramme de tildeles.» Dere må vel oppleve kollisjoner mellom økonomi og behandlingskvalitet?

– I ledelsen har vi flere mål som handler om økonomi og drift. Min holdning er at vi forvalter fellesskapets midler. Jeg er strengere med disse midlene enn med mine private penger, og jeg blir skeptisk hvis det ikke fins mål for økonomistyring. Jeg er ikke interessert i å være med på å bygge opp et system der vi blir bondefanget på det ene eller andre området. Vi skal jobbe etterrettelig. Vi skal kunne vise hvordan vi har jobbet, og folk som vil se oss i kortene er hjertelig velkomne. Hvis vi tror vi kan gjøre noe bedre, skal vi gjøre det. Dette er en arena for utviklingsarbeid, og vi skal forvalte de pengene vi har på den best mulige måten. Vi skal ha en ambisjon med det vi gjør – det er en kvalitet! Vi ønsker å få til det best mulige, men vi kan ikke garantere at vi alltid klarer det, sier Elisabeth Tufte Sand.

I Kvalitetshåndboken som hører til i ISO-gjennomgangen står det at tjenesten skal ha rett kvalitet. Hva er rett kvalitet?

– For våre ulike tiltak har vi bestemt en standard. Vi skal for eksempel sikre at alle i døgnpasten har en primær- og sekundærkontakt. Når dette er dokumentert i håndboken, har vi mulighet til å måle om tjenesten har rett kvalitet. Ved interne revisjoner som vi gjennomfører omtrent hvert halvår, kan vi måle om prosessene er gode nok og om praksis samsvarer med standardene. Vi har imidlertid ikke prosedyrer på absolutt alt vi gjør. Vi kan ikke erstatte faglige lærebøker med prosedyrer – de kommer i tillegg.

For lite – for mye – eller helt passe?

Alle avvik fra prosedyrene rapporteres til avdelingsledelsen, som i hvert tilfelle vurderer om alvorlighetsgraden tilsier at rapporten skal gå høyere opp i systemet.

Enkelte hevder at alt papirarbeidet i helse- og omsorgssektoren tar tid fra pasientkontakten. Kan det bli for mye dokumentasjon?

– Hvis man legger opp til prosedyrer som forlanger veldig detaljert dokumentasjon, vil papirveldet oppleves

¹) Global Assessment for Function, en vurdering av psykisk symptombelastning samt sosial og yrkesmessig fungering (red.)

som en belastning for ansatte. Man må bestemme seg for hva som er viktig å måle. I vårt tilfelle er det Helse Sør-Øst RHF som bestemmer. Vi måles på epikrisetid, liggetid, overbelegg og mye annet – og vi må vokte oss for i tillegg å skape kvalitetsmål som vi ikke trenger å rapportere om eller ikke ser hensikten med, mener Karin Galgerud.

«Realisering av produkt»

ISO-kravene er fra starten av beregnet for produksjonsbedrifter. Dette preger språket i standarden som inneholder kravene til sertifisering. Vi kjenner igjen ordene fra markedsspråket – som kunde, produkt og marked – ord som får mange i helse- og omsorgsyrkene til å se rødt.

«Realisering av produkt» er et begrep man ikke automatisk tenker på i forbindelse med en alderspsykiatrisk avdeling, og Karin Galgerud strevde i halvannet år med begrepene i ISO-standard for å forstå innholdet og finne et mer dekkende språk. «Realisering av produkt» i helsesektoren er simpelt hen pasientbehandling. En «prosessytelse» kan for eksempel være et behandlingsforløp i poliklinikk. Pasienten slipper å hete kunde.

– Jeg fikk god hjelp fra kvalitetsenheten på sykehuset til å finne gode ord, men vi kan sikkert fremdeles bli bedre på hva vi kaller ting. Uansett bruker vi ordet pasient – ikke kunde eller klient.

– Det er ingen grunn til å legge skjul på at vi klødde oss i hodet lenge før vi forsto hva innholdet i standarden betydde i vår sammenheng, bekrefter Jorunn Landbakk.

– Nå er det laget en veileder for bruk av standarden i helsevesenet.

Verdt ressursene?

Vil dere med hånden på hjertet si at ISO-sertifiseringen har vært verdt ressursene, eller har det vært en del dokumentasjon for dokumentasjonens skyld?

– Det har vært verdt det, men vi har brukt uforholdsmessig mye tid på jobben fordi vi måtte oversette standarden. Det slipper de som kommer etter. Vi fikk heller ikke kurs i dette, slik de får nå. Men vårt system er helt komplett, og nå da hele sykehuset skal sertifiseres, vil mye av vårt arbeid kunne brukes også på det nivået, sier en fornøyd Karin Galgerud. Hun får full støtte fra sine kolleger:

– Vi har dessuten fått et eierforhold til dette, og fordi vi hadde jobbet systematisk med prosedyrer i lang tid, føles dette som kronen på verket for vår avdeling – også for dem som ikke har lederjobber. Men det er bare en begynnelse. Vi må jobbe videre og forbedre prosedyrene hele tiden. Det er sikkert mye vi kan bli flinkere til.

Eva-Lill Kamhaug



Trening i vann

De to treningsheftene med detaljerte beskrivelser av øvelser til musikk, er ment for ledere som vi starte treningsopplegg i vann. Treningsprogrammet er laget slik at det skal kunne brukes av flest mulig deltakere. Det gjelder både funksjonsfriske og personer med funksjonsnedsettelse. Samtidig kan ledere tilpasse programmet til deltakerne ved å endre tempoet, intensiteten og legge inn flere eller færre av de enkelte øvelsene.

ISBN: 978-82-8061-088-1 (Hefte 1)
ISBN: 978-82-8061-089-8 (Hefte 2)
ISBN: 978-82-8061-090-4 (CD)

kr. **300,-**
Selges samlet



Aldring og helse

Forlaget

Forlaget Aldring og helse

Tlf.: 33 34 19 50. E-post: post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no





Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Den 18. Europeiske Alzheimer-konferanse: Personer med demens brøt barrierene!

Den 18. Europeiske Alzheimer-konferanse ble arrangert i Oslo 22.-25 mai med ca 650 påmeldte. Programmet inneholdt internasjonal forskning, nye vinklinger på demens og kloke ord om demens og samfunn. Likevel var det i stor grad personer som selv har Alzheimers sykdom, som stjal showet.

Mer forskning og informasjon trengs!

Tidligere fiskeriminister Jan Henry T. Olsen fikk stående applaus da han sammen med sin kone entret talerstolen til et lite, improvisert innlegg for en fullsatt sal. Han la åpent frem problemene han opplever på grunn av Alzheimers sykdom:

– Sykdommen går bare én vei, og det gjør meg trist. Jeg blir redd når jeg ikke har folk rundt meg, for jeg har problemer med å orientere meg. Dette plager meg, men jeg er glad for all den støtten jeg får, ikke minst av familien.

At ektefellen står i høysetet i Jan Henry T. Olsens tilværelse, fikk salen tydelig demonstrert. Laila Olsen tok selv ordet:

– Å stå frem med sykdommen har vært en lettelse for oss selv, familie, venner og kolleger og alle andre som har forstått at noe har vært galt, men ikke forstått hva. Vi har fått enorm respons, og utelukkende

positiv. Mange lever et dobbeltliv med sykdommen. De holder den skjult, de bortforklarer. Det forstår jeg ikke. En sykdom er ikke noe kriminelt! Ved å være åpne har vi dessuten fått god hjelp, men vi har også fått en del tips om «behandling» og «årsaker» som kanskje ikke har vært like nyttige. Det er behov for mer forskning, mer informasjon og større åpenhet!

Jeg er ikke ansvarlig for min svikt

Carlo Chiesa er italiensk, men har bodd i Oslo de siste ti årene. Tidligere har han arbeidet både ved den italienske ambassaden i Oslo og som pastor i den katolske kirken i Tokyo. Der fikk han diagnosen Alzheimers sykdom. Med glimt i øyet fortalte Chiesa om sitt forhold til sykdommen.

– Jeg skjønnte ikke diagnosen med det samme. Jeg leste en bok om Alzheimers sykdom, men det gjaldt da ikke meg?



Laila og Jan Henry T. Olsen



Carlo Chiesa



Peter Wetterberg

Under konferansen ble han intervjuet på scenen av lege Peter Wetterberg ved Hukommelsesklinikken, Ullevål universitetssykehus. Carlo Chiesa er nå over 80 år. Han er Wetterbergs pasient, men fortalte at han likevel ikke husker hans navn.

– *Det verste nå er å ikke engang huske venners navn, sa Chiesa, som ikke bare hadde negative ting å si om sykdommen, selv om han må skrive ned alt han skal gjøre og se på notatene med jevne mellomrom.*

– *Jeg nyter livet, for jeg vet at jeg ikke er ansvarlig for min svikt. Jeg er så fri – kan gjøre hva jeg vil. Det viktige er at vi bruker de mulighetene vi har, selv om noe blir «tatt fra oss».*

På spørsmål om forskjeller på Norge og Japan når det gjelder oppfølging av demenspasienter, var Chiesa tindrende klar:

– *Japan er best, helt klart. Da legene ga meg diagnosen, sjekket de hvordan jeg levde, nettverk, alt! I Japan blir ikke eldre personer overlatt til seg selv, de blir alltid prioritert og tatt hånd om.*

Diagnosen var avgjørende!

Agnes Houston, 59 år gammel, representerte Scottish Dementia Working Group under konferansen. I sitt innlegg fortalte hun at medlemskapet i gruppen har gitt henne nytt innhold i livet etter at hun fikk diagnosen Alzheimers sykdom.

– *Det har gitt meg nytt innhold i livet. Da sykdommen utviklet seg, kom jeg til et punkt der jeg ikke klarte jobben min, og jeg holdt på å gi opp. Å få diagnosen var avgjørende for å komme videre i livet. Livet mitt er bedre nå enn før jeg fikk diagnosen. Jeg kan ikke gjøre alt jeg gjorde før, men jeg kan fremdeles lære nye ting. Demensdiagnosen handler ikke bare om tap, bygg på det du allerede har!*

Hun er takknemlig for at demensmedisin fins, og for at hun er en av dem som responderer godt på den. Og ikke minst er hun glad for å bo i Skottland som har gjort demens til nasjonal prioritet.



Agnes Houston

– *Det betyr blant annet at jeg kan få demensmedisin uten å bli økonomisk ruinert, og at takstsystemet er slik at legene får ekstra penger for å diagnostisere demens. Til legene vil jeg si: Fortell oss diagnosen, men tenk på hvordan! Snakk til oss, ikke over oss!*

Hvordan skape et demensvennlig samfunn?

På grunn av den demografiske utviklingen vil alle land oppleve en økning i antallet mennesker med kognitiv svikt og demenssykdom. Hvordan kan samfunnet tilpasses denne utviklingen? Teknologiske løsninger, etiske problemstillinger, planlegging av bedre omsorg, forebygging og samhandling mellom mennesker og etater ble drøftet på kongressen. Sabine Jansen fra Deutsche Alzheimer Gesellschaft fortalte om programmet *Alzheimer & You* for tysk ungdom mellom 14 og 21 år. Det er lagt opp som en konkurranse der ungdom får kunnskap om demens og inviteres til å komme med ideer til nytt informasjonsmateriale. Programmet har egen hjemmeside: www.alzheimerandyou.de

Også i Finland har Alzheimer Society gjort fremstøt mot ungdom. Det toårige programmet *Maintain your brain* oppmuntret folk til å vedlikeholde hjernens helse og gjorde oppmerksom på risikofaktorer. En egen kampanje for ungdom i 14-15-årsalderen besto av postkort og nettside om hvordan de kan vedlikeholde hjernen. Det ble laget temadager på skoler og spørreundersøkelser før og etter kampanjen. Nå satser foreningen på samarbeid med andre helseorganisasjoner, hukommelsesseminarer for allmennheten og nytt informasjonsmateriale om hukommelsesproblemer.

Florence Lustman fra den franske regjeringen la frem punkter fra regjeringens demensstrategi: Det skal etableres demenssentre der pasienter og pårørende vil finne all relevant informasjon om sykdom og tiltak. Informasjonen skal også legges i en internettportal. Det lages planer for utdanning og trening av personell, og man skal ha en nasjonal demenstelefon. Lustman er ansvarlig for planen som har et budsjett på 200 millioner euro pluss forskningsmidler fra private fonds. Ifølge Lustman skal man tilstrebe utvikling og utveksling av god praksis og metode på demensfeltet.

Er et demensvennlig samfunn realistisk?

Medlem av Stortingets helse- og omsorgskomiteé, Høyres Inge Lønning, avsluttet Alzheimer Europe-kongressen. Hans budskap var blant annet at samfunnet må legge til rette for at de nærmeste skal kunne ha omsorg for familiemedlemmer med demens så lenge som mulig. Mange pårørende sliter seg ut på slik omsorg, og D&A ville gjerne vite hvilken tilrettelegging Lønning tenker på.

– Tallene for hvor mange hjemmeboende med demens som har et tilrettelagt dagtilbud, er depri- merende lave i Norge. Hvis vi mener alvor med at pårørende skal ha en sentral rolle, slik det står i Omsorgsmeldingen, må vi komme opp med de støttetiltakene som er nødvendige, som dagtilbud og avlastningstilbud.

Hvordan kan man få kommunene til å satse mer på dagsentre?

– I mellomstore og store kommuner mener jeg svaret er samarbeid med frivillige organisasjoner. I de minste kommunene må interkommunalt samarbeid vurderes. Selv har jeg ikke stor tro på lovfesting av dagtilbud, slik mange argumenterer for. Hvis alt skal lovfestes eller øremerkes, avskaffer man til slutt det lokale selvstyret, og det blir ikke rom for nødvendige lokale tilpasninger.

Behovet for hoder og hender i eldreomsorgen var et annet av Inge Lønnings momenter. Med et sterkt økende behov for omsorgstjenester – hvordan kan dette løses?

– Det må legges en plan for hvordan man skal dekke behovet for profesjonell kompetanse, og planen må omfatte hvordan denne kompetansen skal samvirke med pårørende for at effekten skal bli optimal. Regjeringen har ikke tatt seg bryet med å spesifisere hvilken kompetanse de forskjellige «hodene» skal ha. Dermed risikerer vi å få en stigende andel ansatte uten omsorgsfaglig utdanning i denne sektoren, og andelen er skyhøy allerede. Det må være mulig å spesifisere hvor mange leger, sykepleiere, hjelpepleiere og ergoterapeuter eldreomsorgen trenger, og legge opp utdanningskapasiteten deretter.



Inge Lønning

Arbeidsinnvandring er helt nødvendig for å få omsorgssektoren til å gå rundt, men også her må man sikre at de som kommer hit for å gjøre disse viktige jobbene, får et utdanningstilbud. Det er imidlertid et etisk dilemma at de rike landene tar kompetent arbeidskraft ut fra land som kanskje trenger den selv. Et land som Norge bør i prinsippet være selvberget på dette området, og fordi vi ikke kan stampe sykepleiere opp fra borehullene i Nordsjøen, må vi gå systematisk frem og ta behovet for kvalifisert personell på alvor.

Nå viser jo tallene at stadig færre søker seg inn på helse- og sosialfaglig utdanning, og hjelper det da med planer? Lønning medgir at dette er et problem.

– Dessuten ser det ut for at flere og flere ferdig- utdannede skyr eldreomsorgen, og det er ganske alarmerende. Fra høyresiden i politikken har vi kommet med forslag om at man i det minste gjør noe med lønnsforholdene. En lege som velger å jobbe full tid i sykehjem, skal ikke risikere å få 200 000 kroner mindre i lønn enn om han hadde valgt å jobbe på sykehus.

Er du klar til å foreslå det samme for sykepleiere og andre grupper i sektoren?

– Både lønnspolitikk og personalpolitikk er viktig. Ikke bare lønn i form av penger betyr noe, men å ha et arbeidsmiljø og et faglig miljø som er tilfredsstillende og som gir tilstrekkelig støtte og oppbakking. Grunnen til at mange skyr dette feltet i dag, er at de opplever at de er alene om ansvaret.

På denne konferansen har flere etterlyst et mer demensvennlig samfunn som ville være et bedre samfunn for alle. Er det et realistisk politisk prosjekt?

– Det kan ikke vedtas og komme på bena på kort tid, men har mye med holdningsarbeid å gjøre. Vi er blitt svært opptatt av suksess og egen rikdom, og det fører til at man i tankeløshet deler inn livet i kunstige faser: Barndommen har ingen interesse i seg selv, den er bare en forberedelse til det egentlige livet. Gamle mennesker er heller ingenting i seg selv, men fordi de har vært «noe» i en tidligere fase, tar vi oss bryet med å ta vare på dem. Hvis disse holdningene fortsetter å forsterke seg, har vi tapt noe vesentlig. Alderdommen er ikke et nachspiel etter det egentlige livet, men en like reell og fullverdig del av livet som alle de andre fasene. Jeg er redd den negative holdningen til alderdom bunner i at resultatene av denne livsfasen ikke kan måles i kroner og øre på en positiv måte.

Demens som sykdomsbegrep er en sosial konstruksjon!

Den amerikanske forskeren Peter Whitehouse har lenge vært en internasjonalt kjent kapasitet innenfor demensfeltet. Han startet det han kaller «alzheimer-karrieren» for 25 år siden gjennom hjerneforskning. I løpet av disse årene har han utviklet en kritisk holdning til deler av forskningen på området.

– Forskere har brukt hundrevis av millioner dollar på å finne biomarkører, men vi har fremdeles ikke biomarkører som løser de store spørsmålene omkring demens. Vi har jobbet med genetikk i mange år, og det vi kan si er at det levende mennesket ikke er bygget av gener, men mer av sine historier. Vi er alle i kontinuerlig forandring gjennom livet, og Alzheimers sykdom er ikke fundamentalt annerledes enn normal

aldring. Demens som sykdomsbegrep er en sosial konstruksjon, sier Peter Whitehouse, som sammen med sin kone har bygget opp en skole der personer i flere generasjoner lærer av hverandre.

Les intervju med Peter Whitehouse i neste nummer av Demens&Alderspsykiatri.

Peter Whitehouse



Ærespris for forskning på demens



Styreleder Kari Hauff i Civitan Norges Forskningsfond for Alzheimers sykdom og vinner av æresprisen, professor emeritus Harald A. Nygaard.

Civitan Norges Forskningsfond for Alzheimers sykdom har for andre gang delt ut sin ærespris. Den går til professor emeritus Harald A. Nygaard, Bergen, for hans langvarige og fremragende virke som lege og forsker på demensfeltet. Han er fortsatt knyttet til forskningsprosjekter ved Haraldsplass diakonale sykehus, Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen og ved NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS. Han har vært med i redaksjonen for Demens&Alderspsykiatri siden starten i 1997.

Civitan er en sammenslutning av serviceklubber som arbeider for å hjelpe mennesker som har det vanskelig, og organisasjonens grunnpilarer er hjelpsomhet, kunnskap og fellesskap. Civitan Norges forskningsfond for

Alzheimers sykdom ble opprettet i 1999.

Civitan's ærespris 2008 består av et bilde av Runi Langem og 25 000 kroner.

Kritisk forsker

I sin takketale sa Nygaard at formålet med hans forskning blant annet har vært å dokumentere urimelige forhold i norske sykehjem. Han er kritisk til fellesskapets vilje til å ivareta eldre mennesker.

– Har vi skapt et samfunn som ikke er villig til å påta seg konsekvensene av de fremskritt tidligere generasjoner har drømt om og strevet for å realisere, nemlig et langt liv, spurte prismottakeren.

Demens&Alderspsykiatri gratulerer!



Seksjonsoverlege Morten Mowé, Aker Universitetssykehus, Geriatrik seksjon

Kan ernæring forebygge eller dempe utviklingen av Alzheimers sykdom?

Demens og Alzheimers sykdom

Demens er et klinisk syndrom som karakteriseres av en gradvis forverring av kognitive ferdigheter og egenskaper. Det er en progressiv og irreversibel tilstand som kjennetegnes ved svekket hukommelse og evne til innlæring, samt ulik grad av atferdsforstyrrelser. Forekomsten av demens øker med alder, med en prevalens på rundt 1,5 prosent rundt 65 år, økende til rundt 40 prosent når en nærmer seg 90-årene.

Det fins flere typer demenssykdommer, men Alzheimers sykdom (AS) er den vanligste formen og utgjør rundt 50-70 prosent av alle demensformer, mens vaskulær demens (VaD) utgjør rundt 15-25 prosent (1).

Ved AS skjer det både en avleiring inne i nervecellen av et proteinstoff (amyloid) som kalles senile plakk, samt en utfelling i hjernevevet av proteintråder (tau-protein) – nevrofibrillære tangles.

VaD skyldes store eller flere små hjerneinfarkter, og kan være vanskelig å skille fra AS, men en ujevn utvikling av sykdommen, med perioder med rask forverring og sammenheng med utvikling av hjerneslag er noe som skiller VaD fra AS. Imidlertid er blandingsformer av AS og VaD svært vanlige.

Man kjenner ikke til årsakene til demens og Alzheimers sykdom, bortsett fra høy alder og en genetisk disposisjon for enkelte demensformer. Mens genetiske faktorer er av stor betydning for tidlig start av demenssykdommen (> 65 år), betyr slike faktorer mindre i den senile formen for AS, som er den vanligste.

Økende kunnskap viser at det er sammenheng mellom ernæringsmessige forhold og AS. En rekke

studier har sett på denne sammenhengen for å undersøke om det er mulig å finne faktorer som kan redusere risikoen for å utvikle demens, eventuelt utsette tidspunktet for når sykdommen starter.

Dersom man kan utsette sykdommen med fem år vil antallet nye tilfeller per år kunne reduseres til det halve. Både kliniske og epidemiologiske studier har vist at man kan redusere forekomsten av AS gjennom modifikasjon av ulike livsstilsfaktorer, hvor ernæringsmessige forhold spiller en sentral rolle (2).

Ernæringsmangel som gir øket risiko for AS

Kjemiske prosesser er involvert i etiologien¹ av AS. Gjentatte skader på cellemembraner og arvestoffet (DNA) antas å ødelegge den normale celle og gi nervedød. Næringsstoffer som vitamin E, vitamin C og betakaroten (pro-vitamin A) tilhører kroppens naturlige forsvar mot disse kjemiske prosessene og kalles antioksidanter (7). Det er holdepunkter for at disse, sammen med enkelte fettstoffer, noen B-vitaminer og alkohol, har betydning for patogenesen² av sykdommen.

Flere pasienter med Alzheimers sykdom har subkliniske mangler av flere ernæringsstoffer, og det kan være at lavt inntak og lave verdier av disse øker risikoen for å utvikle AS.

¹ Etiologi: læren om sykdomsårsaker (red.)

² Patogenese: læren om hvordan en sykdom oppstår og utvikles (red.)

Spesifikke næringsmangler knyttet til utvikling av kognitiv svikt og demens ved Alzheimers sykdom har vært studert på flere områder.

Antioksidanter og kognitiv funksjon

I flere studier har en sett på sammenhengen mellom inntak av vitaminer med antioksidant virkning og utviklingen av demens. Antioksidanter er kjemiske forbindelser som reduserer eller hindrer enkelte nedbrytningsprosesser i cellestrukturer. De fins i flere grønnsaker, bær og frukter.

Noen studier viser at vitamintilskudd er det beste, andre viser at man må innta vitaminene gjennom kosten. Yngre pasienter med AS (under 65 års alder) ser ut til å ha bedre effekt av vitamintilskudd enn eldre. Dette kan skyldes at kognitiv svikt som starter tidlig er mer mottakelig for ernæringsmessig intervensjon.

Noen undersøkelser har sammenliknet blodverdier og demenssykdommen. I en undersøkelse fra Basel ble 442 personer i alderen 65 til 94 år (312 menn) testet med ulike hukommelsestester og fikk målt blodverdier for blant annet vitamin A (b-caroten), C (ascorbinsyre) og E (a-tochoferol). De fant at høyere verdier av vitamin A og C hang sammen med bedre kognitiv funksjon (4).

En undersøkelse fra Madrid (5), som inkluderte 260 mennesker i alderen 65 til 90 år, viste at de som hadde god kognitiv funksjon (målt med Mini Mental State Examination (MMSE) (6) og Pfeiffer's mental Status Questionnaire (PMSQ) (7), hadde et høyere inntak av kost rik på fiber og vitaminer (folat, vitamin C, vitamin E samt sink og jern) og et lavere inntak av mettet fett og kolesterol.

Andre studier har også vist at inntak av vitamin E, vitamin C og flavinoider (antioksidanter som fins i grønnsaker, frukt, mørk sjokolade, rødvin, grønn te) kan være viktige for å beskytte mot kognitiv reduksjon og utvikling av AS.

Noen studier har fulgt store grupper som bruker spesifikke dietter. Middelhavskosten består av høyt inntak av fisk, frukt og grønnsaker rike på antioksidanter, samt litt rødvin og umettet fett som olivenolje. Denne kosten ser ut til å være knyttet til en redusert risiko for å utvikle demens (8).

Imidlertid er ikke alle studier like entydige, og alle finner ikke effekt av spesifikke ernæringsbehandling. I en studie fra USA ble 980 eldre som var uten demens i utgangspunktet, fulgt over en fireårsperiode. Inntak av karoten, vitamin C og vitamin E reduserte i dette tilfellet ikke forekomsten av AS (9). I denne studien var det seks av 100 per år som utviklet demens, uavhengig av vitamininntak. Dette kan skyldes at inntaket var for lavt eller feil sammensatt. I en studie fra 2004 (10) ble 4 700 pasienter eldre pasienter (+ 65 år) fulgt i over tre år. Behandlingsgruppen fikk store doser vitamin E og C samtidig (400 IE av vitamin E pluss 500

mg vitamin C), mens kontrollgruppene fikk enten kun én av vitaminene eller vanlig kost. Studien viste at behandlingsgruppen fikk redusert risiko for Alzheimers sykdom, men ikke de som fikk kun én av vitaminene. Heller ikke de som fikk kombinasjonsbehandlingen i lavere doser oppnådde effekt. Det ser derfor ut til at tilskudd av vitamin C og E må gis sammen og i store doser for å forebygge Alzheimers sykdom. Enkelte undersøkelser viser forøvrig at effekten av vitamin C og E forsterkes dersom en i tillegg gir tilskudd av selen i doser på rundt 200 mikrogram daglig.

Alkohol

Rødvin inneholder flere stoffer som har antioksidant-effekt. Dette har ført til en rekke studier om hvorvidt inntak av alkohol kan ha en beskyttende effekt på risiko for utvikling av demens. Flere studier har vist at et inntak mellom en til tre alkoholenheter per dag kan beskytte mot demensutvikling, og vin kan ha fordeler fremfor annen alkohol (11). Likevel er alkohol også nevrotoksisk, og høyt inntak er relatert til en rekke uheldige medisinske effekter.

Kostfett

Ikke bare mikronutrienten (vitaminer, spormetaller) men også enkelte makronutrienten (fett, karbohydrater, proteiner) kan ha betydning for utvikling av Alzheimers sykdom. Særlig inntak av fett kan ha betydning for utvikling av kognitiv svikt og demens. Imidlertid er resultatene varierende. Noen studier viser at gamle mennesker med høyt inntak av mettet fett har øket risiko for AS, mens personer som har et høyt inntak av umettet fett har en redusert risiko. N-3 fettsyrer virker anti-inflammatorisk og fins i stor grad i umettet fett, mens n-6 virker til å stimulere inflammasjonsprosesser. Høyt inntak av n-3 fettsyrer er assosiert med god kognitiv funksjon, og det er vist at pasienter med AS har et lavt inntak av dette sunne fett (12).

Imidlertid er heller ikke her studiene helt konsistente. I Rotterdamstudien undersøkte man blant annet sammenhengen mellom fettinntak og demens. Her fant man at høyt inntak av fett, mettet fett, transfett og kolesterol, samt lavt inntak av enumettede eller flerumettede fettsyrer (MUFA, PUFA, n-6-PUFA og n-3-PUFA) ikke var assosiert med øket risiko for demens (13).

Fisk

Flere studier har sett på inntak av fisk og vist at høyt fiskekonsum var assosiert med redusert risiko for å utvikle AS. En studie sammenliknet eldre som spiste fisk mer enn én gang i uken med dem som sjelden eller aldri spiste fisk. Den første gruppen hadde 60 prosent mindre AS etter 2,3 års oppfølging. Inntak av n-3-fettsyrer og flerumettede fettsyrer var også assosiert med redusert demensrisiko (14). Andre studier

fra Nord-Amerika og Europa har tilsvarende funnet at høyere inntak av både fisk og fiber reduserte forekomsten av AS (15).

Homocystein

Homocystein (HCy) er en aminosyre (byggsteinene i proteiner). HCy produseres i kroppen og er sentral i metabolismen av metionin og cystein, to andre viktige aminosyrer. For å omsette HCy til cystein trengs vitamin B6 og for å omsette HCy til metionin trengs B12 og folsyre. Dersom det er mangel av disse vitaminene vil syntesen av cystein og metionin hemmes og man får en opphopning HCy. Dette er vist å føre til øket risiko for utvikling av Alzheimers sykdom, dels ved at HCy er nevrotoksisk og ødeleggende på nerveceller, dels gjennom å stimulere til dannelse av tangels og plakk i hjernen sentralt i utviklingen av AS (16). Høyt nivå av HCy er dessuten vist å være en uavhengig risikofaktor for hjertesykdommer.

Det er mange som har studert om utvikling av demens kan reduseres ved å gi tilskudd av B-vitaminer og redusere verdiene av HCy. Imidlertid har slike undersøkelser ikke hatt entydige resultater. Noen studier har vist at det er en sammenheng mellom lave vitamin B-verdier og øket risiko for AS. Noen studier har vist at høyt inntak av folsyre reduserte risiko for AS (17). Andre studier har ikke bekreftet slike sammenhenger. Likevel mener en at inntak av vitaminer som inngår i HCy-metabolismen vil kunne beskytte mot kognitiv svikt.

Underernæring og overvekt

Undervekt og avmagring er uheldig for kroppen og medfører øket dødelighet og sykkelighet. Uansett sykdom vil prognosen være verre dersom den enkelte er avmagret i tillegg. Dette gjelder også for pasienter med AS. Det er flere årsaker til at pasienter med demenssykdommen har utilstrekkelig næringsinntak.

Underernæring kan forverre den kognitive funksjon. I en fransk studie av 160 eldre med «mild demens» (MMSE 22-26) ønsket man å studere forhold som medførte forverring av kognitiv funksjon. Undersøkelsen viste at deltagerne som hadde dårlig ernæringsstatus initialt, målt med MNA (Mini Nutritional Assessment; et ernæringsstatus-skjema (18)), oftere fikk forverret sin kognitive funksjon sammenlignet med dem som hadde tilfredsstillende ernæringsstatus i utgangspunktet (19).

Studier har imidlertid også vist at overvekt og demensutvikling er relatert til hverandre, skjønt sammenhengen er noe sammensatt. Det ser ut til at høy kroppsmasseindeks (KMI) midt i livet er relatert til demens når en blir gammel, mens lav KMI når en er gammel også er relatert til AS. Man fant et fall i KMI rundt 10 år før utvikling av AS (20).

Kalorireduksjon

Fra dyreforsøk har man sett at kalorireduksjon reduserer forekomsten av kognitiv svikt ved at det blir mindre oksydativt stress og mindre dannelse av frie radikaler (stoffer som bryter ned strukturer i cellekjerne). Dette er ikke vist på mennesker, men enkelte mener at kalorirestriksjon vil ha positiv effekt. Epidemiologiske studier har vist at et kaloriinntak på rundt 1800 kcal i døgnet gir mindre risiko for demensutvikling, sammenliknet med et kaloriinntak på rundt 2500 kcal (21). Andre studier viser at risiko for demensutvikling ved økende kaloriinntak særlig er av betydning for individer med genet apolipoprotein E ε4. Her økte risiko for utvikling av demens med 2,3 dersom man økte kaloriinntaket fra rundt 1100 til rundt 1900 kcal per dag (22). Imidlertid er kaloriinntak under 1800 for lavt for mange gamle og kan både gi risiko for underernæring og mangel på viktige vitaminer.

Ernæringsstatus blant pasienter med demens

Dårlig ernæringsstatus er vanligere hos pasienter med AS enn VaD. Patofysiologiske prosesser som hippocampusatrofi som ses ved AS, kan gi redusert appetitt og endret metabolisme. Dette kan føre til vekttap, selv om matinntaket ikke er særlig redusert. I en undersøkelse av 51 pasienter med AS (med 27 kontroller) så man at AS-gruppen gikk ned i vekt, sammenlignet med VaD-gruppen, selv om kaloriinntaket var likt (23).

Selv om det i dag ikke fins studier som har vist at man kan reversere den kognitive svikten hos pasienter med demens ved å gi spesifikk ernæringsbehandling (24), vil det gi store fordeler om en kan utsette debuten for sykdommen eller redusere utviklingen av den (2). Det er derfor viktig å ha fokus på de ernæringsmessige muligheter som fins.

Imidlertid ser man ofte at eldre personer med demens har et lavt og utilfredsstillende matinntak, noe som kan medføre underernæring. Det er viktig å sørge for adekvat ernæring til pasienter som ikke kan ta vare på seg selv, for å beskytte mot uheldige sider av underernæring. Man må sørge for at pasienter med AS får tilstrekkelig med kalorier og vitaminer, samt mat som er rik på smak og lukt, lett å spise og som ser tiltrekkende ut. En optimal medisinsk behandling til pasienter med demens må også innbefatte adekvat ernæring.

Det er flere årsaker til at pasienter med demens kan utvikle underernæring. Sentralt i utviklingen av demenssykdommen er redusert oppmerksomhet og evne til å klare seg selv. Dette kan medføre at den enkelte ikke klarer å ivareta sine ernæringsmessige behov og får et utilstrekkelig kaloriinntak.

Videre har man nå sett at svekket luktesans hører med i utviklingen av AS. Studier har vist at gamle

mennesker med redusert evne til å gjenkjenne ulike lukter, i større grad vil utvikle AS senere. Redusert lukt- og smakssans vil kunne redusere lysten på mat og gi et redusert matinntak, noe som igjen kan føre til underernæring. Disse endringene vil kunne komme i tillegg til den reduserte matlyst man ofte ser hos eldre.

At mange moderne sykehjem hvor pasienter med demens ofte utgjør opp til 80 prosent av beboerne har «satt bort» kjøkkendriften, slik at det ikke fins matlukt i bygget, kan også medvirke til manglende stimulering av matlysten og redusert matinntak. Mange gamle med demens er avhengige av hjelp for å få nok næring. Dersom sykehjem eller hjemmesykepleie ikke har tilstrekkelige ressurser og tid til å servere og gi mat til pasientene, vil det kunne medføre et utilstrekkelig matinntak. I dagens sykehjem er det begrensede ressurser og tiden er ofte knapp. I studier fra sykehjem er det vist at institusjoner med mangelfulle ressurser bruker mindre tid til å gi mat til sine pasienter med demens (25), enn institusjoner med større ressurser.

Redusert matinntak og dårlig kosthold kan føre til at den enkelte blir underernært i tillegg til sin demenssykdom. Dette vil øke risiko for infeksjoner, gi svekket muskelstyrke og flere fall, og gi den gamle alzheimerpasient en unødvendig redusert livskvalitet. Man vet at alle kroppens organer fungerer dårligere dersom en blir avmagret og underernært.

Imidlertid skal gamle pasienter med demens i sluttfasen av livet skånes for alt som ikke er lindrende behandling, også aktiv ernæringsbehandling. Man skal ikke presse på med sonde eller intravenøs behandling, men gi små porsjoner av noe som den enkelte synes er godt. Her kan gjerne pasientens pårørende bidra, slik at man kan ta den tid og få den ro som pasienten på dette tidspunktet trenger. På denne måte vil pasientens pårørende og familie kunne bidra med nærhet og tilstedeværelse den siste tiden som gjenstår. Og på dette tidspunktet, hvor maten kun skal bidra til nærhet og kontakt, bør all annen aktiv behandling også være avsluttet (26).

Sammendrag

Studier har vist at inntak av vitaminene A, C og E, samt enkelte B-vitaminer, pluss fisk, litt alkohol og umettet fett til en viss grad kan redusere risiko for å utvikle demens eller utsette debut med noen år. Selv om det ikke fins entydige konklusjoner, vil det å utsette en demenssykdom med noen år ha store positive konsekvenser og bør derfor forsøkes. Inntak av vitaminer, fisk og det sunne fett vil uansett ha helsefremmende effekt og er forbundet med få bivirkninger. Imidlertid er det i dag ingen spesifikk diett som kan anbefales (24), selv om middelhavskosten er vist å ha flere positive effekter. Det er ingen snarveier for å forebygge demens, og ernæringstiltak er kun én mulig vei.

Årsakene til demens er sammensatte og flersidige: genetikk og aldersforandringer, samt utdanning, ernæring, fysisk aktivitet, sosialisering og stress. Tiltak må iverksettes på alle disse områdene for om mulig å forebygge demenssykdom.

Bring hjem-kunnskap (BHK):

- Inntak av fisk og n-3-fettsyrer kan kanskje redusere utviklingen av Alzheimers sykdom
- Høyt inntak av vitamin C, vitamin E, folat, B6 og B12, samt moderat alkoholinntak kan være relatert til redusert risiko for Alzheimers sykdom
- Riktig kosthold er viktig av flere grunner, og bør anbefales også overfor pasienter med moderat demens
- Underernæring må unngås, da dette gir øket risiko for infeksjoner, muskelsvakhet, fall og kan forverre pasientens kognitive funksjon.

■ mortenmowe@hotmail.com

Referanser

- 1) Qiu C, Ronchi DD, Fratiglioni L. The epidemiology of the dementias: an update. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20: 380-5.
- 2) Pasinetti GM, Zhao Z, Qin W et al. Caloric intake and Alzheimer's disease. Experimental approaches and therapeutic implications. *Interdiscip Top Gerontol* 2007; 35: 159-75.
- 3) Beek EM van der, Kamphuis PJGH. The potential role of nutritional components in the management of Alzheimer's Disease. *Eur J Pharm* 2008; 585: 197-207.
- 4) Perrig WJ, Perrig P, Stehelin B et al. The relation between antioxidants and memory performance in the old and very old. *Am J Ger Soc* 1997; 45: 718-24.
- 5) Ortega RM, Requejo AM, Andres P et al. Dietary intake and cognitive function in a group of elderly people. *Am J Clin Nutr* 1997; 66: 803-9.
- 6) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-98.
- 7) Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23: 433-9.
- 8) Scarmeas N, Stern Y, Tang MX. Mediterranean diet and risk for Alzheimer's disease. *Ann Neurol* 2006; 59: 912-21.
- 9) Luchinger JA et al. Antioxidant vitamin intake and risk of Alzheimer disease. *Arch Neurol* 2003; 60: 203-8.
- 10) Zandi P, Anthony JC, Khachaturian AR et al. Reduced Risk of Alzheimer disease in users of antioxidant vitamin supplements. *Arch of Neurol* 2004; 61: 82-8.
- 11) Ruitenberg A, Van Swieten JC, et al. Alcohol consumption and risk of dementia: The Rotterdam study. *Lancet* 2002; 359: 281-6.
- 12) Tully AM, Roche HM, Doyle R et al. Low serum cholesterol ester-docosahexaenoic acid levels in Alzheimer's disease: a case control study. *Br J Nutr* 2003; 89: 483-9.
- 13) Engelhart MJ, geerlings MI, Ruitenberg A, Van Swieten JC, Hofman A, Witteman JC, Breteler MM. Diet and risk of dementia: Does it matter? *Neurology* 2002; 24: 2020-1.
- 14) Morris MC, Evans DA, Tagney CC, Bienias JL, Wilson RS. Fish consumption and cognitive decline with age in a large community study. *Arch Neurol* 2005; 62: 1849-53.

fortsetter side 31



Anne-Margrethe Støback, høgskolelektor, Høgskolen i Tromsø, prosjektleder for Demensfyrtårnet Kroken sykehjem Undervisningssykehjemmet i Tromsø
Gunnar Misje, leder FoU-avdelingen, Kroken sykehjem Undervisningssykehjemmet i Tromsø

Kroken sykehjem – et demensfyrtårn

■ Å arbeide med personer med demens er en utfordring som krever innsikt, forståelse og tålmodighet. Kompetansen kan læres!

I 1998 ble det etablert fire undervisningssykehjem (USH) som et eget prosjekt i Norge. Antallet har økt med to, slik at det nå fins seks hovedundervisningssykehjem som etter prosjektperioden er blitt varige tiltak. USH har hatt som mål «å heve kvaliteten i omsorg, pleie, behandling og rehabilitering for syke gamle ved å øke ansattes forutsetninger, og samtidig skape et godt sted å bo over kortere eller lengre tid» (1). Per 2008 er det etablert satellittundervisningssykehjem i alle fylker i landet. Satellittene er knyttet opp mot hoved-USH i sin helseregion.

Tre hoved-USH fikk i 2007 i oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet å være demensfyrtårn i Norge. De skal ha som mål å «øke kompetansen og bedre kvaliteten i tjenestetilbudet til personer med demens» (2). Vi kan tenke oss at demensfyrtårnene skal lyse opp det fagfeltet som skal bidra til en god hverdag for personer med demens og deres pårørende. Lysets rekkevidde skal nå lengre enn til egen gårdsplass, eller eget nærområde, og skal bidra til økt kompetanse i hele landet. Vi skal arbeide for å kunne vise Norge frem som en nasjon med fokus på god demensomsorg. De tre USH-ene som er utnevnt til demensfyrtårn får øremerkede tilskudd i tre år for å drive prosjektet. Det vil igjen si at demensfyrtårnet er et eget prosjekt i undervisningssykehjemmet (Ibid).

Bakgrunn for prosjektet

I 2005 kom St.meld. nr. 25(2005- 2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer* (3). Med bakgrunn i behandling av omsorgsmeldingen kom Demensplan 2015 «*Den gode dagen*» (4). Demensplanen er utarbeidet på bakgrunn av Rapport IS-1486 «*Glemsk, men ikke glemt*» (5). Disse dokumentene er viktige arbeidsredskaper for demensfyrtårnene.

Beregnet antall tilfeller av demens i den norske befolkningen er i dag omkring 67 000 personer. Med utgangspunkt i økende levealder anslås det at tallet på personer med demenssykdom vil bli fordoblet i løpet av 35 år (4). Dersom vi forutsetter at hver person som utvikler demens har fire pårørende, regner vi med at cirka 250 000 personer i dag er berørt av tilstanden. Tilbudet til disse gruppene er forskjellig rundt i Norge. Til grunn for Demensplan 2015 ligger det en erkjennelse av at dagens omsorgstilbud ikke i tilstrekkelig grad er utbygd og lagt til rette for god nok støtte og veiledning for de ansatte i den helsetjenesten som skal bidra til hjelp og støtte for de berørte personer.

Demensplanen skisserer de store omsorgsutfordringer vi har foran oss. Både i stortingsmeldingen og i omsorgsplanen legges det vekt på kvalitetsutvikling, kompetanseheving og styrking av omsorgsforskning. Det blir brukt begreper som åpenhet og inkludering, helhetlig omsorgskjede, «smått er godt» (små bygningsmessige enheter), og verdighet og respekt.

Mål for arbeidet og mandat for demensfyrtårnene

Sosial- og helsedirektoratet sier om demensfyrtårnene: «... at de skal ha et særlig ansvar, og vil bli pålagt oppgaver i forhold til den 10-årige handlingsplanen for en styrket demensomsorg. Oppgavene skal knyttes til forskning og utviklingstiltak i en 3-årig periode fra 2008 frem til 2011. Demensfyrtårnene skal inngå som en del av det nettverk og de samarbeidspartnerne som er og vil bli etablert for å heve kapasiteten og bedre kvaliteten i tjenester til personer med demens.» (6)

Hvert av de tre demensfyrtårnene har sitt fordypningsområde, men de skal samarbeide gjennom hele prosjektperioden for å lære av hverandre og



sikre spredning i arbeidet. Mandatet sier at de tre fyrtårnene har følgende felles oppgaver:

- Oppfølging av «Den gode dagen». Implementering av Demensplan 2015
- Utviklingstiltak. Dokumentering av kunnskap
- Forskning. Dokumentering og implementering av kunnskap
- Opplæring av personell.

Fokusområde og samarbeidspartnere

Demensfyrtårnet Kroken sykehjem USH i Tromsø har opplæring og kompetanseutvikling som særskilt fokusområde. Høgskolen i Tromsø (HiTØ), avdeling for helsefag, har derfor engasjert seg i stor grad i forbindelse med utarbeiding av prosjektbeskrivelse og planlegging av demensfyrtårnet. Det er opprettet en ressursgruppe hvor de fleste av samarbeidspartnerne er representert. I tillegg til Høgskolen har Universitets-sykehuset i Nord-Norge (UNN), Universitetet i Tromsø (UiTØ), Demensnettverket i Tromsø sammen med USH i Tromsø representanter i ressursgruppen. Alle representantene er fagpersoner innen demens. Vi regner med at ressursgruppen vil være med og sikre det nettverket som er nødvendig for å utføre demensfyrtårnets oppgaver. I tillegg vil andre fagmiljøer i de tre nordligste fylkene være viktige samarbeidspartnere. USH Karasjok og satellitt USH Helgeland vil være medspillere i det videre arbeidet. Det er etablert kontakt med fylkesmennene i Nordland, Troms og Finnmark. Det samme gjelder Nasjonalt senter for telemedisin som vil være en støttespiller i det tekniske arbeidet for å spre kunnskap om demens. I tillegg er Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (NKAH) en sentral samarbeidspartner gjennom kontakten med fagpersoner og bruk av litteratur.

Høgskolen i Tromsø ble i juni tildelt Senter for omsorgsforskning, som er et av fire nye omsorgs-sentre opprettet av regjeringen. Det skal være et kompetansesenter for fagspesifikk og tverrfaglig

forskning og formidling innen omsorgsarbeid i nord. Det første Senter for omsorgsforskning ved Høgskolen i Gjøvik er allerede en samarbeidspart for demensfyrtårnprosjektet på nasjonalt plan. Senter for omsorgsforskning i Tromsø vil bli en viktig samarbeidspart i arbeidet med forskning knyttet til omsorg for personer med demens i denne regionen.

Hovedmålet og enkelte planlagte tiltak

«Med utgangspunkt i kunnskapsbehovet skal demensfyrtårnet øke kompetansen om demens, prøve ut kompetanseprogram/kompetansespredning og legge til rette for læringskultur på flere plan» (7).

Temaet opplæring er stort og omfattende. Det innebærer grunnleggende kunnskaper om demens, forståelse for pasientens situasjon, tiltak av praktisk og relasjonell karakter til pasienter og pårørende og kunnskaper om omsorgskjeden. Målgruppene vil være helsepersonell, pårørende, allmennheten og personer i kommunale organer, slik det kommer frem i Demensplan 2015, del 4 Strategier og tiltak (4). Erfaringer fra praksisfeltet, og litteratur, viser at den grunnleggende kunnskapen om demens er lav på alle nivåer. Gode kunnskaper må være til stede før vi kan forstå og forholde oss til behovene hos personen med demens (12,13). Tromsø vil derfor satse på en bred plattform for opplæring.

Prøve ut kompetanseprogrammer

Behovet for kompetanse er stort, derfor må dette arbeidet prioriteres. Det er ikke demensfyrtårnets oppgave å gjennomføre opplæringen av den enkelte, men utprøvingen av kompetanseprogrammer skal skje i samarbeid med aktuelle tjenestesteder. Det eksisterer allerede flere modeller man kan arbeide videre med på institusjoner og i hjemmetjenesten.

Her kan nevnes:

- Fagtimer som er utprøvd ved USH Tromsø (2). Det er en enkel modell som egner seg for sykehjem, sykehusavdelinger og hjemmetjeneste
- *Demensomsorgens ABC* er utarbeidet av NKAH og vil bli satt i gang ved Demensfyrtårn Kroken sykehjem USH i Tromsø så vel som de andre fyrtårnene
- Undervisningsrekker om demens, ut fra den tradisjonelle modellen med internundervisning, skal følges opp av demensfyrtårnet ut fra en egen plan
- Kurs for personell uten helsefaglig utdanning. Kroken sykehjem USH i Tromsø har, i samarbeid med Fylkesmannen i Troms, satt i gang et arbeid med egne kurs for denne gruppen. Kurset tar utgangspunkt i behov for grunnleggende kunnskap hos personell uten helsefaglig utdanning, men vil rette fokus mot personer med demens og deres særskilte behov. Kurset har som mål å rekruttere personell til arbeid i eldreomsorgen og motivere til at den enkelte skaffer seg formell faglig kompetanse. Kurset vil bli fulgt opp av Demensfyrtårnet Kroken sykehjem.

Tilrettelegge for læringskultur på flere plan

For at de enkelte arbeidssteder skal klare å ivareta en kontinuerlig læring om demens, må det legges til rette noen strukturer. For å kunne bruke utprøvd programmer regelmessig (for eksempel en gang i året), og i tillegg skape arbeidsplasser som er opptatt av kunnskaper om og holdninger til demens, må det arbeides for en forståelse for dette. Uten at et slikt arbeid er gjort vil opplæringen kunne ende med enkeltkurs som ikke får særlig betydning for den videre praksis. Demensfyrtårnet skal arbeide med en oppfølging av prosjektet Læring i Arbeid (LIA) som er arbeidet frem ved USH i Tromsø. Fremgangsmåten åpner for aksjonslæring som innebærer at deltakerne lærer gjennom å studere sin egen situasjon for så å endre den gjennom handling/aksjonering (8).

Gjennomføringen av alle de nevnte modellene er avhengig av tilrettelegging fra ledelse, og av at det fins ressurspersoner på det enkelte tjenestested med ansvar for den daglige gjennomføring. Demensfyrtårnets oppgave vil være oppfølging av ressurspersonene og å redegjøre for erfaringer som vil være nyttige for videreføring av modellene.

Bidra til utdanning av fagpersonale

Gode fagfolk med formell kompetanse er en kvalitets-sikring av eldreomsorgen. Erfaringer fra det praktiske feltet viser at gode rollemodeller er med på å skape nye gode yrkesutøvere (10). Å skaffe fagutdannet personale til eldreomsorgen er i dag en betydelig utfordring. Demensfyrtårnet må derfor gå foran for å synliggjøre behovet for faglært kompetanse, og samarbeide med utdanningsinstitusjoner for å sikre

utdanning av helsepersonell. Demensfyrtårnet vil samarbeide med HiTø for å rekruttere helsepersonell til videreutdanning innen demens og alderspsykiatri.

Fagskoler for videreutdanning av hjelpepleiere/omsorgsarbeidere

Erfaringer fra praksis viser at høyere utdannet helsepersonell blir mer stabilt i eldreomsorgen dersom de har gode samarbeidspartnere i underordnet personell. Hjelpepleiere og omsorgsarbeidere er en viktig ressurs. Disse yrkesutøverne etterspør videreutdanning. NKAH har utviklet et fagskoletilbud i demens og alderspsykiatri som er godkjent av det statlige kontrollorganet Norsk organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT). HiTø og NKAH arbeider med et samarbeidsprosjekt med utprøving av dette fagskoletilbudet i flere deler av Troms fylke. Demensfyrtårnet vil delta i arbeidet.

Skape kompetanse om forståelse og mestring av utfordrende atferd

I *Glemsk, men ikke glemt!* del 8 defineres noen eldre som: «personer med demens med særskilte behov» (5). Demensfyrtårnet Kroken Sykehjem, USH i Tromsø mener at alle personer med demens har særskilte behov, men innenfor alderspsykiatri er det en gruppe som demensfyrtårnet vil arbeide særlig mot:

«Pasienter med demens og betydelige atferdsproblemer og/eller betydelig psykiatrisk symptomatologi» (11 s. 22). Denne gruppen trenger spesiell oppmerksomhet. Helsepersonell må lære å forstå den endrede atferden og deretter lære å takle utfordrende situasjoner. Demensfyrtårnet skal videreutvikle og videreføre et program om forståelse og mestring av utfordrende atferd som er gjennomført i Tromsø kommune i regi av USH i 2007. Programmet skal evalueres og eventuelt endres ut fra en faglig vurdering. Dette er et samarbeid mellom USH og HiTø.

Øke kunnskapsnivået om demens hos politikere og den alminnelige befolkning

Politikere og andre uten nær tilknytning til personer med demens har også behov for økte kunnskaper om demens dersom målet i «*Den gode dagen*» skal nås. Vi bør forutsette at ønske om slik kunnskap er til stede. Demensfyrtårnet lager en plan over, og setter i gang bruk av mulige arenaer for tilføring av kunnskaper om demens til befolkningen. Media, politiske møter, åpne møter etc. kan brukes til dette formål. For å sikre deltakelse fra politikere og ledere på kommunalt nivå må ansvaret knyttet til demensplanens pkt. 4.1 vises frem. Her skriver departementet: «*Når demensplanen er gjennomført i 2015 skal framtidens omsorgsutfordringer stå på dagsorden i det ordinære kommuneplan- og økonomiplanarbeidet, med spesielt fokus på et helse- og sosialtjenestetilbud som er tilpasset et økende antall personer med demens og deres pårørende*» (4 s. 15).

Pårørende

er ikke nevnt som målgruppe for Demensfyrtårnet Kroken sykehjem. Dette er imidlertid en gruppe som har stort behov for kunnskaper, og personalet som skal arbeide med personer med demens har behov for kunnskaper om pårørendes situasjon. Demensfyrtårnet skal engasjere seg i det allerede eksisterende samarbeidet mellom Tromsø kommune, spesialisthelsetjenesten ved Geriatrik avdeling, Helsestasjon for eldre og Alderspsykiatrisk avdeling ved UNN, Høgskolen i Tromsø og Pårørendeforeningen i Tromsø. Samarbeidet skal fortsette for å drive pårørendeskoler i Tromsø kommune. Personalet som deltar i denne driften vil få gode kunnskaper om pårørendes situasjon. Demensfyrtårnet kan videreføre kunnskaper om drift av pårørendeskoler til andre kommuner.

Fyrtårn i en omsorg med begrensede ressurser

Eldreomsorg generelt og demensomsorg spesielt er et fagfelt med behov for store menneskelige ressurser. Det er et fagområde som ikke har høy status, og mange tjenestesteder har et lavt antall stillinger. Rekruttering av fagfolk er ofte en stor utfordring. I vertskommunen for Demensfyrtårnet Kroken sykehjem, blir det i disse dager gjennomført store innskrenkninger i en omsorg som fra regjeringen er lovet ekstra hender. Andre kommuner står i samme situasjon. Dette får betydning for tilbudet til personer med demens og deres pårørende. Det blir derfor en stor utfordring for demensfyrtårnet å gjøre kompetanseheving om demens til et positivt arbeid, og ikke en merbelastning i en presset hverdag. Demensfyrtårnet skal lyse opp arbeidet knyttet til personer med demens. På denne måten vil vi arbeide for å beholde de fagfolkene som i dag gjør en utrolig innsats. Vi vil

øke kompetansen i fagfeltet for å sikre ny rekruttering. Og gjennom økte kunnskaper til politikere og den øvrige befolkning satser vi på at omsorgen for personer med demens får økt verdi og høyere status.

■ anne.margrethe.stoback@hitos.no

gunnar.misje@tromso.kommune.no

Referanser

- 1) Larsen TA. og Knudsen L-B (2004) Et godt sted å være og å lære. Sluttrapport fra undervisningssykehjemsprosjektet Tromsø/Nord.
- 2) Helsedirektoratet (2008) Mandat Demensfyrtårn USH. Periode 2008-2011.
- 3) Stortingsmelding nr.25(2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.
- 4) Helse- og omsorgsdepartementet (2007) Demensplan 2015 «Den gode dagen».
- 5) Sosial- og helsedirektoratet (2007) Glemsk, men ikke glemt! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. Rapport 14486.
- 6) Brev fra Sosial og helsedirektoratet 19.10. 2007.
- 7) Kroken sykehjem Undervisningssykehjemmet i Tromsø (2008) Prosjektbeskrivelse Demensfyrtårn.
- 8) Larsen TA og Knudsen L-B (2005) Læring i arbeid. Sluttrapport fra et faglig utviklingsprosjekt ved fem sykehjem i Nord-Norge. Høgskolen i Tromsø og Undervisningssykehjemmet i Tromsø.
- 9) Molander B (1996) Kunnskap i handling. Göteborg: Bokforlaget Daidalos AB.
- 10) Engedal, K (2008): Lærebok alderspsykiatri i praksis. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- 11) Rokstad, AMM (2008) Forståelse som grunnlag for samhandling. I Rokstad og Smedbye (red): Personer med demens. Møte og samhandling. Oslo: Akribe forlag.
- 12) Selbæk G (2007) Hva hjelper når atferd oppleves problematisk? I Krüger RME (red.) Det går an! Muligheter i miljøterapi. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Referanser fortsettelse fra side 27

- 15) Solfrizzi V et al. The role of diet in cognitive decline. J Neural Transm 2003; 110: 95-100.
- 16) Seshadri S, Beiser A, Selhub J et al. Plasma homocysteine as a risk factor for dementia and Alzheimer disease. NEJM 2002; 346: 476-83.
- 17) Corrada M M, Kanwas CH, Hallfrich J, Muller D, Brookmeyer R. Reduced risk of Alzheimer's disease with high folate intake: The Baltimore Longitudinal study. Alzheimer & Dementia 2005; 11; 18.
- 18) Vellas B, Lauque S, Andrieu S, Nourhashemi F, Rolland Y, Baumgartner R, Garry P. Nutrition assessment in the elderly. Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care 2001; 4:5-8.
- 19) Ousset PJ, Nourhashemi F, Reynish E, Vellas B. Nutritional status is associated with disease progression in very mild disease. Alz Dis Assoc Disorde 2008; 22: 66-71.
- 20) Gustavson D. Adiposity indices and dementia. Lancet neurol 2006; ; 5: 713-20.
- 21) Mattson MP. Will caloric restriction and folate protect against AD and PD? Neurology 2003; 60:690-5.
- 22) Luschinger JA, Tang M-X, Shea S, Mayeux R. Caloric intake and the risk of Alzheimer disease. Arch Neurol 2002; 1258-63.
- 23) Wang PN, Yang, C-L, Lin K-N, et al. Weight loss, nutritional status and physical activity in patients with Alzheimer's disease. J Neurol 2004;251:314-20.
- 24) Luchsinger JA, Mayeux R. Dietary factors and Alzheimer. Lancet Neurol 2004;10:597-87.
- 25) Mitchell SL, Buchanan JL, Littlehale S, Hamel MB. Tube-feeding versus hand-feeding nursing home residents with advanced dementia: a cost comparison. J Am Med Dir Assoc 2003; 4: 27-33.
- 26) Mc Namara EP, Kennedy NP. Tube feeding patients with advanced dementia: an ethical dilemma. Proceedings of the Nutrition Society 2001; 60:179-85.



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Sykepleier
Gudrun Pettersen



Gi oss tid!

Hjertesukk fra demensnettverk i Troms

Som en oppfølging av Handlingsplan for eldreomsorgen tok Fylkesmannen i Troms i 1999 initiativ til et demensnettverk i Troms. Resultatet ble et nettverk i Midt-Troms, ett i Nord-Troms og ett i Tromsø og de fire omkringliggende kommunene Balsfjord, Karlsøy, Lyngen og Storfjord. Samarbeidspartnere i sistnevnte nettverk er Geriatrik avdeling og Alderspsykiatrisk avdeling på Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Høgskolen i Tromsø var med i startfasen. Leder fra 2003 er sykepleier Gudrun Pettersen på Geriatrik poliklinikk og daghospital ved UNN.

Det er minst to nettverksdeltakere i hver av kommunene. Tromsø har tre representanter – én fra skjermet enhet i sykehjem, én fra hjemmesykepleien og én fra dagsenter. Alle har vararepresentanter. Andre enn representantene er velkomne på den faglige delen av møtene hvis de har anledning til å delta.

Nettverket har to årlige møter, hver gang med én møtedag i Tromsø og én i en annen av nettverkskommunene. I høst er det Balsfjords tur. På møtene legger man opp til kompetanseheving, og fagfolk fra UNN, Høgskolen i Tromsø, Kroken undervisningssykehjem eller Tromsøs helsestasjon for eldre holder foredrag om aktuelle temaer. Også fagfolk fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har deltatt som foredragsholdere. På forrige møte var psykose ved demens tema for dagen i Tromsø.

Kompetansen må brukes!

Nettverkskontaktene har flittig kontakt med hverandre for å spre informasjon om kurs, nye fagbøker, nyttige nettsider og annet som man ellers ikke fanger opp i en travel hverdag. Og travelhet er et hett tema, forteller Gudrun Pettersen.

– Det virker som det går greit å delta på de to årlige møtene, men mitt inntrykk er at det i mindre kommuner er vanskelig å få avsatt tid til å jobbe som demenskontakt. De ønsker i større grad å spre informasjon om demens til andre ansatte og til befolkningen, men får ikke frikjøpt tid til det. Det oppleves frustrerende at den kunnskapen de besitter, ikke kommer til nytte i den grad den burde.

I Tromsø har nettverkskontaktene oppgaver som veiledere og i undervisning. Blant annet er de brukt som

kursledere i kurset *Tvang – helst ikke...* De blir trukket inn som veiledere når det skal bygges sykehjem og er synlige på kommunens nettside. Da det ble startet pårørendeskole i Tromsø, bidro både nettverkskontaktene og andre ressurspersoner med faglige innspill.

Ideal og virkelighet

Som gode demenskontakter har alle lest Demensplan 2015 «*Den gode dagen*», som var et av temaene på vårens møte. Planen sier en god del om demenskontakter, støttekontakter, kompetanse, aktiviteter og avlastning.

– Det er jo så riktig, men ideal og virkelighet henger ikke alltid sammen. Det gjennomgående temaet er mangel på tid og ressurser til å få tiltak satt ut i livet. Det er mange flinke folk i nettverket, men de er fortvilet fordi de ikke får utnyttet kompetansen. De vet hvordan tilbudet til personer burde ha vært, og da er det frustrerende å ikke få det til. Men det fins lyspunkter. To nettverkskontakter ble så inspirert av et foredrag om dagsentervirksomhet at de klarte å få startet et lite dagsentertilbud i egen kommune.

Noen av kommunene har laget demensteam, og et problem enkelte steder er å få legen med.

– Det har kommet noen hjertesukk om dette. Om det er mangel på tid eller interesse hos legene, vet jeg ikke.

Motiverende å være nettverkskontakt

Både faglig påfyll og kontakt med andre i demensomsorgen oppleves inspirerende for nettverkskontaktene, forteller Gudrun Pettersen.

– Det hjelper folk til å holde koken i en krevende hverdag. Vi har god kontakt og støtter hverandre, for her gjelder det ikke å være best i klassen, men å være åpne for ny kunnskap og gode løsninger. Det er nødvendig i forhold til den utviklingen vi ser, med mange flere eldre.

Driver nettverkskontaktene noen form for pressegruppeaktivitet i forhold til lokalpolitikere?

– Det har jeg ikke hørt om, men det var en god idé som kanskje noen av ildsjelene kan gripe fatt i, smiler Gudrun Pettersen.

Og idéen er gratis, i motsetning til mye annet i demensomsorgen.



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger



19. Nordiske Kongress i Gerontologi

Et sant mangfold



Thorvald Stoltenberg

Oslo var vertskap for 19. Nordiske Kongress i Gerontologi 25.-28. mai. Mer enn 500 påmeldte fra hele Norden tok del i et program med foredrag om delirium, akutt sykdom hos eldre, arbeidsliv og pensjonering, motoriske ferdigheter, depresjon, eldres status i samfunnet, fall og forebygging av fall, kreft og palliativ omsorg, rehabilitering, aldring hos personer med funksjonshemning, tannhelse og mange andre aktuelle emner.

Thorvald Stoltenberg åpnet kongressen og pekte på samfunnets holdninger til eldre:

– Både politikere og folk flest ser på eldre som en homogen gruppe – det er selvfølgelig feil. EU har bedt medlemslandene lovfeste forbud mot aldersdiskriminering. Dette fenomenet ser vi i Norge, og det må vi bort fra. Eldre er mer interessert i politikk enn yngre og leser flere aviser, men er dårligere representert i politikken.

Se opp for delirium!

Birgitta Olofsson (birgitta.olofsson@germed.umu.se) fra Umeå universitet la frem resultater fra en studie der 135 pasienter med brudd i hals og nakke ble fulgt opp i tre år. Gruppen besto av 101 kvinner og 34 menn over 70 år. Ingen hadde demens i utgangspunktet.

- Etter tre år hadde 31 prosent utviklet demens
- 88 prosent av disse hadde hatt postoperativ delirium i forbindelse med bruddet.

Olofsson konkluderte slik:

– Postoperativ delirium spiller en stor rolle for utvikling av demens. Vi vet imidlertid ikke om delirium er en markør for uoppdaget, «latent» demens eller om det er en selvstendig årsak.

Maria Lundström (maria.lundstrom@germed.umu.se) fra samme universitet la frem en studie om vanlige symptomer på delirium etter nakkeoperasjon hos eldre med og uten demens. Ethundreogtittini pasienter over 70 år var inkludert i studien. Av dem fylte 129 DSM-IV kriteriene for delirium. Av de 64 i utvalget med demensdiagnose, utviklet 84 prosent postoperativt delirium. Pasientene med både demens og delirium viste større grad av symptomer enn dem som «bare» hadde delirium:

- Rastløshet og agitasjon oppsto hos 37 prosent av pasientene med demens og delirium – mot 12 prosent hos dem uten demens
- Aggresjon oppsto hos 25 prosent av dem med demens og delirium – mot 4,3 prosent hos pasientene uten demens
- Irritabilitet oppsto hos 29 prosent av pasientene med demens og delirium – mot 13 prosent hos dem uten demens
- Dårlig evne til å forstå tale oppsto hos 52 prosent av dem med demens og delirium – mot 13 prosent uten demens.

– At symptomprofilen er forskjellig, avhengig av om pasienten har demens eller ikke, kan ha betydning for behandling av postoperativ delirium, sa Maria Lundström.



Vibeke Juliebø

Risikofaktorer for delirium var tema for Vibeke Juliebø ved Ullevål universitetssykehus (vibeke.juliebo@medisin.uio.no). Hun har gjort en studie av 364 pasienter med hoftebrudd, 88 menn og 276 kvinner mellom 65 og 100 år, hvorav 42,6 prosent hadde demens. I sin studie fant hun ut at risikofaktorer for preoperativ delirium var:

- Demens
- Skade som oppsto innendørs
- Tiden som gikk fra ankomst til sykehus til operasjon
- Feber

Risikofaktorer for postoperativ delirium:

- Demens
- Skade som oppsto innendørs
- Kroppsmasseindeks under 20 (da er risikoen like høy som ved demens)

Vibeke Juliebø vil skrive en artikkel om sin studie i et senere nummer av Demens&Alderspsykiatri.

Kvalitet i sykehjem – utfordring med mange elementer

Harriet Finne-Soveri fra den finske organisasjonen STAKES (harriet.finne-soveri@stakes.fi) har vært valgt til Årets geriater i Finland. Hun reiste en rekke spørsmål om kvalitet i sykehjem.

- Hvem er pasienten?
- Hvem har rett til å definere begrepet «kostbart»?
- Hva er kvalitet i en situasjon hvor en person har moderat til svært alvorlig mental svekkelse og flere uheldredelige sykdommer med vedvarende symptomer?

Hun slo fast at ikke bare antallet ansatte, men kunnskapen de besitter, har stor betydning for kvaliteten på omsorg og pleie. Hun fremhevet dessuten betydningen av gode prosesser, som innsamling av data, undersøkelser, diagnostisering og prosedyrer for omsorg og tjenester.

– I en undersøkelse ledet bedre prosesser til 10 prosent høyere 3-års overlevelsestall hos sårbare eldre. I samme undersøkelse så vi at store sykehjemsavdelinger førte til nedgang i beboernes fysiske funksjon.

Harriet Finne-Soveri la frem sitt syn på hva som trengs hvis kvaliteten skal bli bedre:

- Kvalitetskriterier som sier hva som er nødvendig for god omsorg. – Vi ønsker ikke at pasienter skal ha urinveisinfeksjoner. Hva gjør vi for at de ikke skal få det?

- Kvalitetsstandarder der omsorgen på den ene siden av et brytepunkt (cutoff point) er god, på den andre siden dårlig. – Hva er det minst tålbare nivå av noe?

– Å endre omsorgsvaner er vanskeligere enn å slanke seg eller slutte å røyke, men det går an, sa hun til et lydhørt publikum.

Fysisk aktivitet, takk!

Carsten Hendriksen fra Institutt for samfunnsmedisin ved København universitet (c.hendriksen@socmed.ku.dk) snakket om forebygging hos eldre mennesker, og var krystallklar:

– Hvis jeg skulle velge ett forebyggende tiltak, ville jeg valgt fysisk aktivitet, også hos eldre.

Han hadde følgende forklaringer på hvorfor det satses så lite på fysisk aktivitet i eldreomsorgen:

- Press fra legemiddelindustrien og teknologibransjen for å velge andre løsninger
- Fysisk aktivitet blir ikke betraktet som sofistikert behandling og forebygging
- Kunnskapen om fysisk aktivitet er bare 20 år, og mange leger har ikke tatt den inn i behandlingen av eldre personer.

Hendriksen fikk følge av svenske Anja Saletti som snakket om kosthold og helse:

– Bare det å være ute, selv i en rullestol, øker appetitten!



Kaare Christensen

Kom igjen, damer!

Professor Kaare Christensen fra Syddanske Universitet (kchristensen@health.sdu.dk) holdt Andus Viidikforelesningen – en malende beskrivelse av forskjeller mellom eldre kvinner og menn. Forskjellene gjelder ikke minst levealder, og Christensen fikk latterdøren på vidt gap da han beskrev mulige forklaringer på at menn i gjennomsnitt dør flere år før kvinnene. La oss nøye oss med ett talende utsagn:

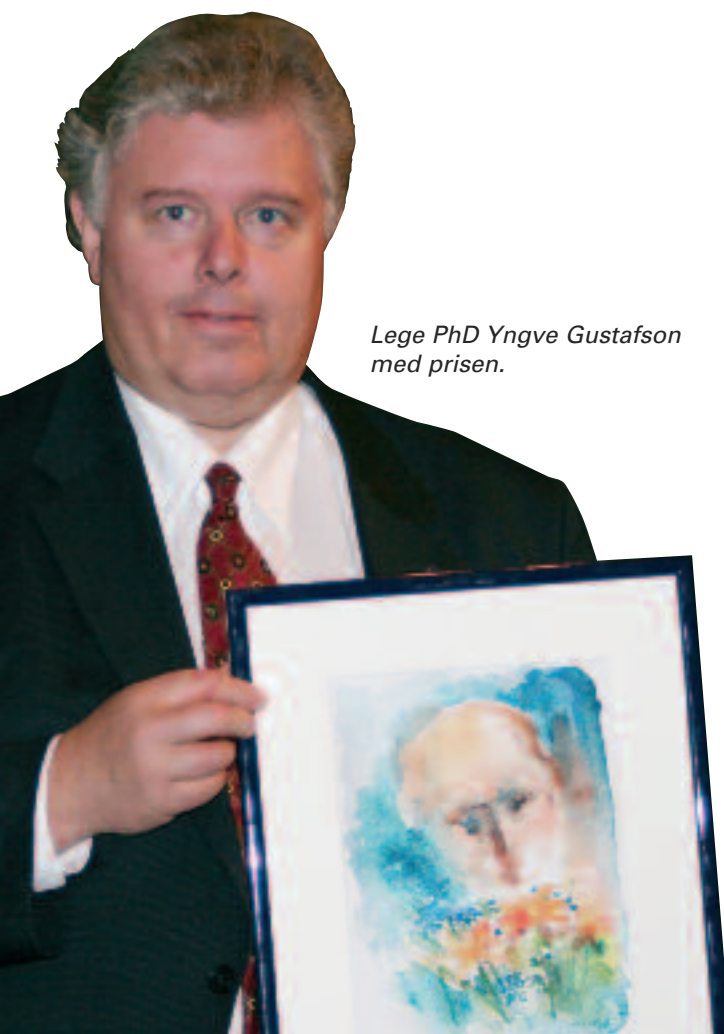
– Kvinner som prøver å bli lik menn, mangler ambisjoner!



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

De gamle, sårbare pasientene er legenes største utfordring!

Under 19. Nordiske Kongress i Gerontologi i slutten av mai ble Sohlbergs nordiske gerontologipris tildelt lege PhD Yngve Gustafson fra Sverige. Han er professor ved geriatrik avdeling, Umeå universitet, og er en markant forkjemper for et bedre medisinsk tilbud til eldre. I sitt prisforedrag kom han med kritiske synspunkter på helsevesenets tilbud til gamle mennesker. Dette gjelder så vel i Norge som i Sverige.



Lege PhD Yngve Gustafson med prisen.

– Den vanligste årsaken til sykehusinnleggelser blant gamle i Sverige, er legemiddelbivirkninger. Den vanligste årsaken til bivirkningene er at legene ikke en gang klarer å skrive ut riktig dose av medisinene, for de har ikke tilstrekkelige kunnskaper.

Det burde vært en lov som sa at skal du skrive ut legemidler til gamle, syke mennesker, enten det er i akuttmedisinen, på sykehjem eller i primærhelse-tjenesten, må du ha utdanning i det.

I Sverige koster legemiddelbehandling 50 milliarder kroner hvert år. Hvis du legger til at hver tredje innleggelse av eldre mennesker på akuttavdeling i sykehus skyldes legemiddelbivirkninger, kan du legge til 25 milliarder. Dårlig kvalitet på legemiddelbehandling koster både den enkelte store lidelser og samfunnet utrolig store summer.

Det kan ikke fortsette på denne måten. Hvis vi høyner kvaliteten ved å bruke sunn fornuft og kunnskap, drar nytte av kompetansen hos andre yrkesgrupper i helsevesenet og er nøyaktige i utredningen av gamle mennesker, får vi færre komplikasjoner og bivirkninger, kortere liggetid og flere som kan klare seg selv hjemme etter behandlingen.

Forvirring har en årsak!

Yngve Gustafson jobbet 15 år som lege før han begynte som forsker. I en periode jobbet han på et mental-sykehus. Der oppdaget han at mange gamle kvinner med rask demensutvikling tidligere hadde hatt et opphold på ortopedien på grunn av hoftebrudd og fått en rekke komplikasjoner etter operasjon. Senere hadde de aldri kommet seg.

– Jeg lurte på hvorfor det gikk så ille med alle de gamle kvinnene – og det var starten på det hele for meg. Etter hvert som jeg jobbet mer med denne gruppen, så jeg hvordan gamle kvinner ble vanskjøttet av helsevesenet. Det var skremmende dårlig kvalitet på den behandlingen de fikk.

I sin forskning har Gustafson blant annet gjort studier med kvinner med hoftebrudd, og han mener at de også i dag får et for dårlig tilbud.

– På ortopedien er fremdeles situasjonen den samme. Etter operasjon for hoftebrudd er pasientene ofte svært forvirret. De får beroligende og smertestillende medisiner. Ingen undersøker hvorfor de er forvirret. De kan ha problemer med blæren, ha forstoppelse, de kan ha mistet masse blod under operasjonen, de har ikke fått nok oksygen til hjernen, de kan ha fått et akutt hjerteinfarkt, de kan ha fått legemidler som de ikke tåler og som gjør dem forvirret. Det fins nesten alltid årsaker til forvirringen, men det de får er en beroligende sprøyte. Da oppdager man de underliggende årsakene enda dårligere, så dette er direkte farlig! I geriatrien utreder man de mulige underliggende årsakene til forvirringstilstander og finner tilstander man kan behandle. I en studie fant man på en geriatrik avdeling tre ganger så mange tilstander til forvirring som kunne behandles, som man fant på ortopedisk avdeling.

Kvinnene får det dårligste tilbudet

Gustafson snakker seg varm om situasjonen for gamle kvinner. De som går til legen med symptomer på forstoppelse, har angst og uro, sover dårlig og har smerter.

– I de fleste tilfellene resulterer dette i at de får sovemedisin, noe for smertene, noe beroligende og avføringsmiddel – uten utredning. De har urinveisinfeksjoner og får antibiotika, men legen undersøker ikke hvorfor denne kvinnen stadig har urinveisinfek-

sjon. Man behandler ikke de bakenforliggende årsakene, og det fører til svært mye unødig medisiner.

Forskning viser ifølge Yngve Gustafson at kvinner får mellom femti og hundre prosent mer symptombehandling enn menn. De får dårligere utredning, dårligere behandling, billigere legemidler og mindre rehabilitering.

– Dessuten er de ganske besværlige, for behandlingene fungerer ikke slik man hadde tenkt seg. De får flere bivirkninger enn menn. Mange medisiner er ikke utprøvd på kvinner – det er mannens kropp som er modellen. Dette er vi medisinerere stort sett ubevisste på. I en studie ga vi mennesker med hoftebrudd nøyaktig like mye ekstra ernæring. Mennene gikk opp i vekt og fikk bedre ernæringsstatus. Kvinnene som fikk akkurat samme behandling, gikk i motsatt retning. I en annen studie fikk 70-årige kvinner trening gjennom å hoppe for å styrke skjelettet. Etter tre måneders hopping hadde de mistet ti prosent av benmassen og fått en fordoblet risiko for hoftebrudd. Dette må vi finne ut av!

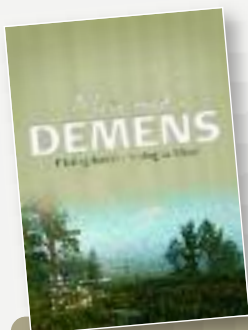
Det var utvilsomt en brennende forkjemper for geriatrik kompetanse som mottok årets Sohlbergpris.

– Det handler om kunnskaper, og det handler om å betrakte de gamle, sårbare og skjøre pasientene som den absolutt største utfordringen. Dette er det vanskeligste området i medisinen, og det er her legen og teamet kan vise sin dyktighet. Kan man klare å gi den gamle kvinnen med hoftebrudd og forvirring, fem sykdommer og ti legemidler, god behandling uten komplikasjoner, har man gjort en fantastisk jobb. Det er noe annet enn når det kommer en fotballspiller med et brudd – det kan hvem som helst klare.

Demens&Alderspsykiatri finner det i denne sammenheng relevant å opplyse at Sverige har omkring 650 spesialister i geriatri. Norge har 137.

Ragnhild M. Eidem Krüger (red.)

Redaksjonskomité: Per Kristian Haugen, Øyvind Kirkevold, Aase-Marit Nygård, Toril Elisabeth Utne



ISBN 978-82-8061-100-0

kr. **300,-**
288 sider

Å leve med demens

Erfaringsbasert utvikling av tilbud

Til Arnfinn Eeks 60-årsdag i september ble det laget en bok om erfaringsbasert utvikling av tilbud i demensomsorgen. Stikkord er organisering, nyetablering og formidling av ny kunnskap. Artiklene tar opp utvikling i historisk perspektiv, faktabeskrivelser av aktuell behandling og rammebetingelser for virksomhet på demensfeltet. Boken vil kunne gi ny kunnskap og bidra til refleksjon omkring demens og demensbehandling hos tverrfaglige medarbeidere innenfor fagfeltet.



Aldring og helse
Forlaget

Forlaget Aldring og helse

Tlf.: 33 34 19 50. E-post: post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Verdighet for personer med demens krever innsats fra oss alle!

Sammen med Raftohuset arrangerte Bergen Røde Kors sykehjem 20. mai i år et symposium om verdighet og menneskerettigheter for personer med kognitiv svikt. Raftostiftelsen jobber for menneskerettigheter både nasjonalt og internasjonalt. Den aktuelle bakgrunnen for symposiet var at professor dr. jur. Thomas Klie, president i Alzheimer Society i Tyskland, besøkte Bergen. Klie interesserer seg sterkt for etiske spørsmål i demensomsorgen. Det samme gjør overlege Stein Husebø på Bergen Røde Kors sykehjem. Som leder av prosjektet «En verdig alderdom – En livsgaranti» var han initiativtaker til symposiet.

I sitt foredrag pekte Thomas Klie på en del av de dilemmaene omsorgen for personer med demens innebærer. Konflikt mellom enkeltmenneskets autonomi og samfunnets plikt til å hjelpe er bare ett av dem. Det økende antallet personer med demens i de neste tiårene er en av grunnene til at han tar opp verdighet for nettopp denne gruppen som et tema.

– Dette er noe samfunnet må ta inn over seg. Vi er vant til å tenke på autonomi som en grunnleggende betingelse for verdighet, men vi må også tenke på verdighet i situasjoner der mennesker er avhengige av andres hjelp. Verdighet oppnås i samhandling mellom mennesker, og alle som omgås mennesker med demens er ansvarlige for deres verdighet. Verdighet er ikke en statisk tilstand, men kan bli resultat av forhandlinger mellom den som trenger hjelp og den som gir hjelpen.

Omsorgen vil være avhengig av frivillige!

Thomas Klie pekte på en grunnleggende utfordring: Man kan ikke skape verdighet for mennesker som trenger hjelp hvis det ikke er noen der som kan hjelpe, og det er et kjent faktum at arbeidsstyrken minker i store deler av verden, mens antallet hjelpetrengende stiger. Svaret er å satse på frivillige i en helt annen skala enn det som nå er tilfellet, mener Klie.

– I Tyskland sier vi at et sykehjem som ikke har like mange frivillige som ansatte, ikke er et godt sykehjem.



Stein Husebø (t.v.)
og Thomas Klie

Frivillige garanterer for deltakelse, mobilitet og oppmerksomhet som ikke de ansatte klarer å gi i en travel hverdag.

Det er tydeligvis lettere å få frivillige til å gå inn i sykehjemmene i Tyskland enn i Norge?

– Det er ikke lett. Det er en profesjonell jobb å få tak i dem, gi dem opplæring og trening og å utvikle en lokal kultur som sier at «sykehjemmet er en del av vårt nabolag, og vi føler ansvar for det og for dem som bor der.»

Thomas Klie forteller om et prosjekt i Bremen, der de har funnet ut hvor mange

personer de trenger i et nabolag for å forebygge at noen må flytte på sykehjem. Tilsvarende bemanningen på ett sykehjem ville forebygget flytting av 40 prosent av dem som nå er på sykehjem.

– Førte prosent av dem som kommer på sykehjem i Bremen kommer dit fordi de ikke er integrert i en sosial sammenheng der de bor.

Bergen Røde Kors sykehjem har en stor stab av frivillige, og Stein Husebø er enig med Thomas Klie i at dette er et vesentlig svar på bemanningsutfordringene eldreomsorgen står overfor.

– Det overstiger min fantasi at det offentlige vil klare å løse problemet alene. Dette er en oppgave for mange – for pensjonister som går inn som besøksvenner eller på andre måter gjør en innsats, og for hver og en av oss. Hvordan vil vi at våre foreldre skal ha det? Hvordan vil vi selv ha det når vi blir gamle? Dette må bli en sentral diskusjon i samfunnet, og den må gå inn i hver familie. De etiske problemstillingene må mye mer inn i debatten, slik at alle ledd som har med eldre å gjøre, har deres verdighet i tankene.

– Vi må simpelthen utvikle et demensaksepterende samfunn, både lokalt og på nasjonalt nivå, sier Thomas Klie.

– Vi må kommunisere til samfunnet at det er gode måter å leve på også med demens, og la disse måtene danne mønster for våre beslutninger og handlinger.

Symposiets foredrag finnes på www.hospice.no Der finner du også mer om prosjektet «En verdig alderdom – En livsgaranti.»



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Spesialisthelsetjenesten må delta aktivt på sykehjemmene!

Den 10. juni i år disputerte Geir Selbæk for den medisinske PhD-graden over studien som er belyst i artikkel side 10 i dette nr. av Demens&Alderspsykiatri.



Gjennom sin store ettårs oppfølgingsstudie av 1163 pasienter på sykehjem, fant han og medarbeiderne ut at mens 80 prosent hadde demens, hadde bare 55 prosent fått en demensdiagnose. Selv om de fleste av sykehjemmene i studien har skjermede avdelinger for personer med demens,

bor mer enn dobbelt så mange med demens i vanlige sykehjemsavdelinger. Blant pasientene med demens brukte tre av fire psykofarmaka ved første gangs undersøkelse. Ved oppfølgingsundersøkelsen et år etter, brukte 89 prosent av

disse fremdeles psykofarmaka. Tidligere studier har vist at effekten av slike medikamenter i beste fall er moderat, og personer med demens er særlig utsatt for alvorlige bivirkninger hvis de bruker medikamentene lenge.

– Det var overraskende at bruken psykofarmaka er så utbredt, og at pasientene står så lenge på medikamentene. Det der ser ut for at hvis en pasient først er blitt satt på psykofarmaka, så blir han eller hun stående på det.

Hva kan være grunnen?

– Det har vi ikke undersøkt, men en forklaring kan være lav legedekning på sykehjem og liten oppmerksomhet omkring evaluering av medikamenter hos leger. Dessuten tror jeg kunnskapen er for liten om alternative behandlingsformer som psykososiale tiltak eller miljøbehandling.

Hva kan bidra til å rette på dette?

– Spesialisthelsetjenestene må delta på sykehjemmene på en forutsigbar måte og være med å legge premissene for den medisinske behandlingen. Det er illusorisk at kommunene skal kunne bygge opp kompetanse som står i forhold til behovene på sykehjem. Dette tror jeg er det mest sentrale grepet de beslutende myndighetene må ta. Og så må omsorgen i sykehjem omformes med tanke på at pasientene primært er personer med demens. Terminal og fysisk pleie er bare en liten del av oppgavene på et sykehjem i dag.

Tiltakene må individualiseres

Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD) er en utfordring i demensomsorgen, og i diagnosesystemet ICD-10 er emosjonelle og/eller atferdsmessige symptomer blant punktene som skal være med for at demensdiagnosen skal kunne stilles. Mange hevder at forskjellige former for miljøbehandling er bedre egnet enn medikamenter for å forebygge og behandle symptomene, men det fins lite dokumentasjon på virkningene av miljøbehandling. Hvorfor er det da så mange som tror på den?

– Delvis kommer det av klinisk erfaring. Enkelte ting kan man simpelthen tenke seg til, men kan være vanskelig å bevise. Det er bedre å være tørt enn våt, bedre å ha et miljø man trives i enn det motsatte. Et fellesmiljø som preges av et fjernsyn som alltid står

på, er ikke bra for de fleste. Slike ting vet man – det har noe med etisk standard å gjøre. Andre ganger kan det være vanskeligere å vite. Noen psykososiale tiltak må vi kunne kreve bevis for virkningen av, på samme måte som vi krever det for medikamenter. Studier av effekt av psykososiale intervensjoner er imidlertid ofte metodisk svake. Noe bunner kanskje i for lite kunnskap, men en årsak er også liten økonomisk støtte til slike studier.

Under disputasen sa Selbæk en del om hva personalet på sykehjem ikke skal gjøre:

– Man skal for eksempel ikke la pasienter stå på anti-psykotika i et år uten å ha en veldig god grunn til det. Man skal i så fall ha vurdert det nøye, prøveseponert det og funnet ut at det er klokt å fortsette litt til. Dessuten kan man spare seg å forsøke med realitetsorientering – det har vist seg å ha liten eller ingen virkning. Lysterapi virker heller ikke på atferdssymptomer,

ifølge litteraturen. Og selv om et tiltak har virket i forhold til én pasient, er det slett ikke sikkert det passer for andre. Det aller viktigste jeg tror vi kan gjøre, er å individualisere tiltakene til personer med demens.

Hva er neste skritt i din egen forskning?

– Nå må vi se på de enkelte symptomene innenfor sekkebegrepet APSD og hva som karakteriserer dem. Da må pasientene følges hyppigere enn i den ferdige studien, for både psykose, angst, depresjon og andre symptomer fluktuerer over tid.

Se også Geir Selbæks artikkel i Demens&Alderspsykiatri nr. 1/2007: Psykiatriske symptomer hos sykehjemspasienter. Store utfordringer krever ekstra ressurser, og intervju med Selbæk i D&A nr. 1/2008: Pris for kritisk blick på medisinerings (red.)

Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Disputas om smerter hos personer med demens

I juni disputerte Bettina Husebø for PHD-graden i medisin. Hun er overlege ved Bergen Røde Kors sykehjem og har lenge markert seg gjennom sterk interesse for lindrende (palliativ) medisin.

Tittelen på disputasen var *Farmakologisk behandling av smerte hos pasienter med alvorlig demens – balansen mellom effekt og bivirkning.*

Under disputasen pekte hun blant annet på at

- blant personer med moderat til alvorlig demens opplever 83 prosent regelmessig smerte som fører til inaktivitet og depresjon
- et stort flertall av sykehjemspasienter har kroniske smerter
- smertenettverk i hjernen kan rammes av demensutviklingen
- smerteatferd kan forveksles med atferd som har bakgrunn i demensutviklingen.

Bettina Husebø har utviklet evalueringsinstrumentet MOBID som skal hjelpe personale til å vurdere smerter hos pasienter med demens.

Mobid står for Mobilization, Observation, Behavior, Intensity og Dementia. Under disputasen redegjorde hun for bruken av instrumentet.

Demens&Alderspsykiatri håper å kunne bringe en artikkel om temaet i et senere nummer.

Bettina og Stein Husebø mottok i august Torstein Dales minnepris – den høyeste utmerkelse Norges Røde Kors deler ut til mennesker som har gjort en betydelig personlig innsats i humanitært og/eller sosialt arbeid nasjonalt eller internasjonalt i samsvar med Røde Kors' grunnidéer. Demens&Alderspsykiatri gratulerer!





Linda GjØra, prosjektmedarbeider/ergoterapeut
Margit Gausdal, prosjektmedarbeider/ergoterapeut,
begge Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Revidering av utredningsverktØy til bruk i kommunehelsetjenesten

I 2005 utarbeidet Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet et utredningsverktØy til bruk ved demensutredning i kommunehelsetjenesten. VerktØyet består av veileder samt utredningsverktØy for helsepersonell og for leger.

Det er en målsetting at fastlege, eventuelt i samarbeid med helse- og omsorgstjenesten i kommunen, foretar utredning av pasienter med klare symptomer på mental svikt, 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 (1, 2).

På bakgrunn av tilbakemeldinger fra personer som har brukt verktØyet i det kliniske arbeidet, foreligger det nå en revidering av det.

Innhold i utredningsverktØyet

UtredningsverktØyet vil følge samme oppbygning som f r. Revideringen innebærer utskifting av noen skjemaer, det er gjort revideringer i de kognitive testene og delen av verktØyet for leger er komprimert.

Veileder

Veilederen gir informasjon om forholdet mellom utredning i primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, informasjon om skjemaene i utredningsverktØyet og om tolkning av resultatene fra utredningen.

UtredningsverktØy til bruk for helse- og omsorgspersonell

Samtale med pårørende

- Spørreskjema til pårørende (til norsk ved Harald A. Nygaard og Asgeir Bragason) (3)
- Cornell depresjonsskala (Alexopoulos et al. 1988, norsk versjon av Dag  rsl nd) (4)
- ADL vurdering (Lawton and Brody 1969) (5)
- Belastningskala pårørende (Green 1982) (6)

Samtale med pasient

- Sjekkliste i samtale med pasient
- Sikkerhet i hjemmet (basert på Rosenborgsenterets registreringsskjema)
- Mini Mental Status Evaluering Norsk revidering (MMSE-NR) (Strobel og Engedal 2008) (7)
- Klokketest (Schulman 2000) (8)

UtredningsverktØy til bruk for leger

- Sjekkliste for undersøkelse ved første og annet legebesøk
- MMSE-NR og Klokketest som vedlegg (7, 8)
- Oversikt over takster til bruk i demensutredning.

To skjemaer er byttet ut i det reviderte verktØyet. Fordi Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) er lite benyttet, er det erstattet med Cornell skala for depresjon. Ved MADRS er det pasienten som skal redegjøre for egen psykiske tilstand over siste tre døgn, noe som ofte viser seg vanskelig for personer med demens. Ved bruk av Cornell er det pårørende som svarer på spørsmål vedrørende pasientens psykiske tilstand. ADL-skjemaet Ferdigheter i dagliglivet RDRS-II er byttet ut med ADL-vurdering av Lawton and Brody som er mer detaljert og som skiller mellom personn re aktiviteter (for eksempel gå på toalettet og kle på seg) og instrumentelle (for eksempel innkjøp og bruk av telefon) (3). Den gir et godt bilde på hva pasienten klarer selv og hva han eller hun må ha hjelp til. Dessuten er den aktuell å bruke i oppfølging av pasienten for å måle endringer over tid og sette inn nye hjelpetiltak ved behov.

Når det gjelder de kognitive testene beholdes både Mini Mental Status (MMS) og Klokketesten, men det er nye versjoner av begge to. Det er nylig gjort en

revidering av MMS, nå Mini Mental Status Evaluering Norsk revidering (MMSE-NR). Det er gjort justeringer i noen av oppgavene, og tekst på instruksjoner er mer utførlig. Klokketesten har ny skåring der kvaliteten på klokketegninger blir vurdert, og det er lagt ved ferdig tegnet sirkel til bruk i testen.

Hva de enkelte skjemaene måler og hvordan de skal tolkes kan leses i veilederen til verktøyet.

Kurs om utredningsverktøyet

I siste halvdel av 2008 vil det gjennomføres fem kurs i regi av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, om opplæring i verktøyet og revideringene av det. Se hjemmesiden www.aldringoghelse.no for mer informasjon.

Bestilling av revidert utredningsverktøy

Det reviderte utredningsverktøyet kan bestilles på Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse eller lastes ned fra hjemmesiden.

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

Referanser

- 1) Engedal K (2005) Veileder til utredningsverktøy for fastleger og personell i kommunehelsetjenesten. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- 2) Engedal K, Haugen PK (2004) Demens. Fakta og utfordringer: en lærebok. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- 3) Lawton MP, Brody EM. (1969) Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist, 9(3):179-86.
- 4) Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA (1988) Cornell Scale for Depression in Dementia. Biol Psychiatry Feb 1;23(3): 271-284.
- 5) Lawton MP, Brody EM (1969) Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist Autumn;9(3): 179-186.
- 6) Greene JG, Smith R, Gardiner M, Timbury GC (1982) Measuring behavioural disturbance of elderly demented patients in the community and its effects on relatives: a factor analytic study. Age Aging, May; 11(2): 121-126.
- 7) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975) «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res Nov; 12(3): 189-198.
- 8) Schulman KI (2000) Clock-drawing: Is it a ideal cognitive screening test? Int J Geriatr Psychiatry 15:548-561.
- 9) Montgomery S, Aasberg M (1979) A new rating depression rating scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry, vol 134: 382-389.
- 10) Linn M, Linn B (1982) The Rapid disability Rating Scale – 2. J Am Geriatr Soc 30: 378-382.

Oversatt til norsk: Astrid E. Andersen og Torhild Holthe

Teknologi og demens i Norden

Hvordan bruker personer med demens tekniske hjelpemidler?



En intervjuundersøkelse i Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige

Med prosjektet Teknik&Demens i Norden har de nordiske land (Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige) for første gang gjennomført felles forskning på hjelpemidler som støtter personer med kognitiv svikt. Arbeidet innebar intervju av personer med demens, deres pårørende og formidlere av hjelpemidler. Resultatene viser at bruk av kognitive hjelpemidler i demensomsorgen kan bidra til økt livskvalitet og mindre belastning for pårørende. De kan også bidra til å utsette sykehjemsinnleggelse.

Rapporten inneholder verdifull informasjon til alle som kommer i kontakt med personer med en demenssykdom. I tillegg til å beskrive muligheter hjelpemidlene kan gi, presenteres en veileder for effektiv hjelpemiddelformidling som er unik i nordisk sammenheng, kanskje også i verden. Rapporten er oversatt til alle de nordiske språk og kan bestilles eller lastes ned som en pdf-fil.

ISBN 978-82-8061-098-0

kr. **220,-**
106 sider



Aldring og helse
Forlaget

Forlaget Aldring og helse
Tlf.: 33 34 19 50. E-post: post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no

Rita Jakobsen

Ikke alle vil spille bingo

Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem

Av Elin Vikan Røsæg, Psykiatrisk sykepleier

Enhetsleder i Alderspsykiatrisk team, Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Levanger

Hovedtema for boken er hvordan kunnskap kan implementeres i demensomsorgen. Det blir lagt vekt på grunnholdninger, kunnskapsbasert tjeneste og faglig ledelse. Ifølge forfatteren er den skrevet for studenter på høyskolenivå og i videreutdanningene og for faglig utdannet personale i demensomsorgen.

Den røde tråden er personorientert omsorgstjeneste som tar utgangspunkt i den enkeltes livshistorie. Boken bygger bro mellom forskningsbasert kunnskap og den praktiske utøvelsen i møte med personer med demens.

Boken gir en skildring av og forklaring på hvorfor det er så utfordrende og spennende og arbeide i demensomsorgen. I kommunene fins mange ildsjeler. Boken er en hyllest til dem, og den er lærerik både for dem med lang fartstid, de som er nye i demensomsorgen og for mellomledere og ledere knyttet til omsorgen.

Inndeling

Boken har to hoveddeler: 1) Utfordringene og 2) En personorientert omsorgstjeneste.

Det blir henvist til og sitert teori som blir presentert ved hjelp av ulike eksempler på møter mellom personer med demens, helsepersonell, pårørende eller andre personer i samfunnet. Slik gir boken muligheter for assosiasjoner til egen praksis. Den fylldige referanselisten frister til et dypere dykk i enkelte temaer.

Hoveddel 1 inneholder, foruten innledningskapitlet, *Markedsøkonomi som rammebetingelse på sykehjem, Aldersdemens, diagnose og konsekvens og Samfunn, helsetjenesten og møte med den aldersdemente – Kitwoods ondartede sosialpsykologi.*

Forfatteren skriver om hoveddel 1: «*Et nyttig bakteppe til nettopp å utvikle gode, personorienterte omsorgstilbud for personer som har fått demensdiagnose.*» (side 57).

Kulturbegrepet som blir skissert i *kapittel 2* forklarer hvordan kulturer utvikler seg og hvordan nyansatte tilpasser seg eksisterende kulturer. Leseren får et innblikk i hva som er nyttig og problematisk med dette.

Kapittel 3 har fokus på personen bak lidelsen og hvilke konsekvenser en demensdiagnose kan få.



Kapittel 4 tar utgangspunkt i Kitwoods teori om ondartede sosialpsykologi og gir en forklaring på hvorfor vi som omsorgsytere kan velge løsninger som er skadelige for identiteten til personen med demens.

Hoveddel 2 har kapitler som hver for seg og sammen forklarer hva som skal til for å gi en personorientert omsorgstjeneste. Forfatterens definisjon er: «*Gjennom bekreftelse av personens identitet, integritet og iboende ressurser å skape forutsetninger for opplevelse av mestring, kontroll og trygghet.*» (side 102).

De tre underkapitlene omhandler *En personorientert tilnærming, Terapeutisk miljø som ramme for personorientert omsorg og Ledelse og organisering av enheter i demensomsorgen.*

I *kapittel 5* er jeg-støttende atferd og kommunikasjon sentrale begreper. Kitwoods interaksjonsformer blir presentert.

Ulike definisjoner på miljøterapi drøftes i *kapittel 6*. Det handler om individuell tilnærming der *bekreftelse* er et gjennomgående element.

Forfatteren sier i *kapittel 7* at det trengs modige og kunnskapsrike ledere for få til et positivt, personorientert omsorgstilbud. Kapittelet drøfter hva som konkret kan gjøres for å nå et slikt mål.

Det snakkes mye om god samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, og annen samhandling til beste for den enkelte personen med demens. For å få det til trengs kunnskaper, ydmykhet og forståelse for hverandres arbeidsoppgaver og spesifikke kunnskaper om hvordan vi alle bør være i vårt møte med personer med demens. Denne boken gir et bidrag til det.

Alle som arbeider med personer med demens, både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, bør sette av tid til å lese boken. Den kan med stort hell brukes ved kompetanseutvikling på den enkelte arbeidsplass.

Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

188 sider

ISBN 978-82-450-0327-7

Pris kr. 268

DEMENS DAGENE 2008

Kultur og aktiviteter i demensomsorgen

Oslo kongressenter 2. og 3. desember 2008

Som vanlig møtes vi i Oslo kongressenter, Youngsgt. 11

Tirsdag 2. og onsdag 3. desember arrangeres det igjen faglig festforestilling for demensarbeidere på alle nivåer og fra alle kanter av landet. Demensdagene går av stabelen for tolvte år på rad. Programmet i år har en litt annen oppbygning enn tidligere. Vi vil prøve ut en ny form for formidling. I tillegg til plenumsesjoner og symposier, arrangeres det tirsdag 2. desember workshops om ulike emner. Det vil bli gitt en kort og poengtert innledning og deretter er det fritt frem for tilhørerne å ta aktivt del i en spennende debatt.

Tirsdag 2. desember:

Symposium 1.1

Demensplan 2015

Symposium 1.2

Utredning og behandling av demens

Symposium 1.3

Hva vil 68-erne kreve når det blir deres tur?

Sykehjem og omsorgsboliger – utforming og innhold

Symposium 1.4

Etter diagnosen er stilt – tiltak til personer med demens og deres pårørende

Workshops

IPLOS

Håndtering av smerte i sykehjem – utfordring eller plankekjøring?

Medisin eller ikke medisin

Individuell plan

Onsdag 3. desember:

Symposium 2.1

God klinisk praksis i sykehjem

Symposium 2.2

Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD)

Symposium 2.3

Kultur og aktiviteter i demensomsorgen

Symposium 2.4

Ledelse i demensomsorgen



Det søkes godkjenning for leger, psykologer, sykepleiere, ergoterapeuter og vernepleiere.

**For mer informasjon, gå inn på vår hjemmeside
www.aldringoghelse.no**

Leon Jarners Forskningspris 2008

Leon Jarners
Forskningspris 2008
vil bli utdelt under
Demensdagene
onsdag 3. desember.
Prisen er på kr. 50.000,-.

Opplysning om
Demensdagene 2008 og
Leon Jarners Forskningspris:
www.aldringoghelse.no
eller e-post:
toril.utne@aldringoghelse.no



Returadresse:

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
Geriatrisk avd., Ullevål universitetssykehus, 0407 OSLO

:aktuell informasjon – debatt



:neste nummer

vol. 12 – nr. 4 – 2008

- ◆ Kan musikk hjelpe ved APSD?
- ◆ Brukerundersøkelser i alderspsykiatrisk avdeling – er de nyttige?
- ◆ Forskning og utvikling på sykehjem – til nytte for pasientene
- ◆ Demens i et samfunnsperspektiv – må vi tenke annerledes?
Intervju med Peter Whitehouse
- ◆ Bivirkninger av kolinesterasehemmere



Aldring og helse

Nasjonalt kompetansesenter

Ullevål universitetssykehus
Medisinsk divisjon, Geriatrisk 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:

Fagpressen



www.aldringoghelse.no