



vol. 13 – nr. 4 – 2009

## Demens&Alderspsykiatri



Teller ikke eldre  
med psykiske lidelser?



Historien om da  
herr X ble dopet ned



«Vi sykehjemsleger  
må støtte hverandre!»



Eldre leger – vonde å vende?  
Fylkesvis bruk av antipsykotika



Aldring og helse  
Nasjonalt kompetansesenter



## Demens&Alderspsykiatri

Demens&Alderspsykiatri utkommer fire ganger i året.  
Abonnement koster per år: Norge: kr 320 Norden: kr 390

### Utgiver

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse  
e-post: [tidsskriftet@aldringoghelse.no](mailto:tidsskriftet@aldringoghelse.no)  
[www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no)

### Layout/trykk

BK Gruppen, Tove Aasrum, Sandefjord

Det redaksjonelle arbeidet er avsluttet 2. november 2009.



## 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](mailto: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](mailto:ragnhild.kruger@aldringoghelse.no)

### Redaksjonssekretær:

Toril Utne  
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse  
Tlf. 22 11 77 28  
[toril.utne@aldringoghelse.no](mailto: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, psykiater, 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  
Oslo universitetssykehus, Ullevål  
Medisinsk divisjon, Bygning 37  
N-0407 OSLO  
Tlf: 22 11 77 28 / 33 34 19 50  
e-mail: [tidsskriftet@aldringoghelse.no](mailto:tidsskriftet@aldringoghelse.no)

[www.demensogalderspsykiatri.no](http://www.demensogalderspsykiatri.no)



- 4 Vigdis Drivdal Berentsen til minne
- 5 Kongens sølv til Kjell Martin Moksnes
- 6 Demens på regjeringens sakskart
- 7 Ooops – hvor ble alderspsykiatrien av? Ny rapport om psykiske lidelser
- 8 Leserbreve: Fra en sykehjemsleges hverdag
- 11 «Vi sykehjemsleger må støtte hverandre!»
- 13 Depresjon og immunologi  
*Knut A. Hestad, Solveig Klæbo Reitan*
- 18 For kontinuitetens og livs-kvalitetens skyld  
Alderspsykiatrisk dagavdeling – et godt sted å være
- 22 Fylkesvis forskrivning av antipsykotika til eldre  
*Harald A. Nygaard, Geir Selbæk*
- 27 Skal – skal ikke? Diskusjon om bruk av antipsykotika til personer med demens  
*Anne Marie Mork Rokstad*
- 28 Kunnskap er ikke det verste man har. Miljøarbeid i teori og praksis
- 32 Register gir muligheter. Database for personer som utredes ved hukommelsesklinikker ved sykehus i Helse Sør-Øst og Helse Vest  
*Ingun Ulstein, Marit Nåvik, Knut Engedal*
- 36 Nytt fra MPOWER-prosjektet  
*Torhild Holthe*
- 38 Leserbreve: Høreapparat til personer med demens – bortkastede ressurser?
- 39 Ivareta de gamle mennene! Forebygging av selvmord hos eldre
- 41 Svenskt demenscentrum – SDC. Ett nationellt kompetenscentrum för demensfrågor  
*Willhelmina Hoffman*

## Forunderleg...

...synger Bjørn Eidsvåg i en av sine viser. Skulle nesten tro at han hadde observert myndighetenes underprioritering av alderspsykiatrien. Denne gang viser vi eksempler på hvordan dette slår ut i praksis – blant annet ved at eldre med psykiske plager i stor grad står uten kommunale tilbud. Med tanke på den demografiske utviklingen er det uforståelig at det ikke er større interesse for alderspsykiatri i offentlige organer. Å sette sin lit til at samhandlingsreformen skal gjøre vei i vellingen, er dristig og synliggjør sendrektighet fra planleggernes side.

At Folkehelseinstituttets nye rapport om psykisk helse i befolkningen ikke berører alderspsykiatrien utover syv setninger om demens, er ikke mindre påfallende. Hvis ikke tyve prosent av befolkningen teller i et folkehelseperspektiv, er forunderlig bare fornavnet. Kommentaren fra fagmiljøet er da også ganske oppgitt.

Vi har heldigvis gledeligere meldinger: Ildsjeler i Volda har skapt en ny hverdag for beboere på omsorgssenteret. Det viser at kunnskap gir engasjement, og heldigvis fortsetter ansatte i eldreomsorgen å strøme til både ABC-kurs og annen opplæring. På Alderspsykiatrisk dagavdeling i Oslo møter vi entusiastiske medarbeidere og pasienter som er glade for faglig og sosial oppbakking. «Felleskap er viktig,» er budskapet. Det er også meldingen fra Nettverk for sykehjemsmedisin på Nord-Jæren: «Vi sykehjemsleger må støtte hverandre,» sier en av initiativtagerne bak nettverket.

Og tilbake sitter en redaksjon som tar av seg hatten for alle ildsjelene som bidrar til at mennesker i sårbare faser får en bedre hverdag. I en del tilfeller virker det som om dette skjer til tross for organisering og budsjettammer. Dere er unike!

*Ragnhild M. Eidem Krüger*

Ragnhild M. Eidem Krüger  
[ragnhild.kruger@aldringoghelse.no](mailto:ragnhild.kruger@aldringoghelse.no)





# *Vigdis Drivdal Berentsen*

## *til minne*

*Vigdis Drivdal Berentsen døde onsdag 9. september, 59 år gammel.*

Vigdis ble offentlig godkjent sykepleier i 1971, og tok spesialutdanning i geriatrisk og psykiatrisk sykepleie og mastergrad i gerontologi. De siste 15 årene arbeidet hun som prosjektleder, fagforfatter, underviser og forlagsredaktør ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Først som engasjert prosjektleder for å bedre forholdene til eldre syke mennesker med depresjon, senere som medforfatter og redaktør for to store læreverker, *Eldreomsorgens ABC* og *Demensomsorgens ABC*, læreverker som til sammen er brukt av nærmere 8 000 helsearbeidere. Et pionerarbeid som er blitt lagt merke til i inn- og utland. Hun har vært opptatt av utforming og bruk av sansehager i sykehjem og er medforfatter av bok og film om temaet. Hun har skrevet lærebok om demens for helsefagarbeidere og lærehefte om legemiddelhåndtering.

Vigdis var en evnerik, dyktig pedagog med meget gode formidlingsevner både muntlig og skriftlig. Hun evnet å gjøre fagstoff forståelig uten å gå på akkord med kvalitet. Hennes bidrag til norsk eldreomsorg har vært av stor betydning.

Et brennende faglig engasjement beholdt hun livet ut. Så sent som i juli hadde hun, til tross for langt fremskreden ALS-sykdom, lange arbeidsøkter for å ferdigstille siste del av læreverket *Demensomsorgens ABC*.

Friluftsliv var en av fritidsinteressene som fulgte Vigdis gjennom hele livet. Hun trivdes på korte og lange turer i Yukon-territoret, på Madeira, i Ryfylkeheiane og i nærområdet rundt hytta i Setesdal.

De senere år hadde Vigdis stor glede av å være sammen med sine barnebarn. De satte stor pris på tiden de fikk sammen med sin mormor/farmor; enten hun leste for dem, hadde dem med på fjellturen, var på hytta sammen med dem, hadde dem hjemme hos seg eller besøkte dem der de bodde på ulike kanter av landet.

Vigdis' turglede, hennes engasjement for god barnelitteratur og omtanke for verdens fattige lever videre hos barn og barnebarn.

På vegne av kolleger

Arnfinn Eek,  
daglig leder ved  
Nasjonalt kompetansesenter  
for aldring og helse

Knut Engedal,  
professor i alderspsykiatri,  
Universitetet i Oslo,  
fag- og forskningssjef  
Nasjonalt kompetansesenter  
for aldring og helse



# Kongens sølv til Kjell Martin Moksnes

Under en tilstelning på Alderspsykiatrisk avdeling på Vardåsen i oktober mottok Kjell Martin Moksnes Kongens fortjenstmedalje i sølv. Askers ordfører Lene Conradi berømmet Moksnes for det viktige arbeidet han har gjort innenfor alderspsykiatrien, og sa blant annet:

*«I 16 år har du vært avdelingsoverlege ved alderspsykiatrisk avdeling, og din rolle med å bygge opp nettopp denne avdelingen har vært betydelig. Du har i mange år vært Norges nestor på behandling av depresjon hos eldre, og kollegaer hevder at du har mye av æren for den økte oppmerksomheten som er blitt denne pasientgruppen til del. Du er en av landets fremste kompetansepersoner når det gjelder elektrosjokkbehandling ved depresjon, om ikke den fremste. Du har i tillegg holdt utallige foredrag om behandling av depresjon, skrevet mange artikler i ulike tidsskrift og bidratt i utarbeidelsen av lærebøker om temaet i inn- og utland.*

*Du fortjener stor heder for din livsinnsats som er av stor betydning for vårt land og en pionerinnsats i feltet som har gjort deg anerkjent både i innland og utland.»*

## **Demens&Alderspsykiatri gratulerer!**

*(Les intervju med Kjell Martin Moksnes i D&A nr 3-2009 eller på våre nettsider [www.demensogalderspsykiatri.no](http://www.demensogalderspsykiatri.no))*



Ordfører Lene Conradi i Asker overrekker Kongens sølv til en stolt Kjell Martin Moksnes.

## **NB! Utsettelse av info-kampanjen**

Helsedirektoratet har besluttet at lansering av informasjonkampanjen Demens utsettes til etter nyttår. Årsaken er blant annet at fastleger og helse- og omsorgstjenestene i kommunene har store ekstraoppgaver i forbindelse med vaksinerings og smittevernstiltak. De samme gruppene helsepersonell vil ha en sentral rolle i å følge opp demenskampanjens mål og budskap. Direktoratet mener at kampanjen vil få større oppmerksomhet i media når fokus omkring influensa og vaksinasjoner sannsynligvis er dempet ned. Dato er ikke bestemt, men januar/februar er et aktuelt tidspunkt.

Direktoratet vil varsle «hele helsenorge» med brev og kampanjemateriell i god tid før lansering. Målet for informasjonkampanjen er å skape mer åpenhet om demenssykdommene. Vi håper kampanjen fører til at flere med symptomer på demens oppsøker fastlegen for utredning og diagnostisering og får tilbud om hjelp på et tidlig stadium av sykdomsutviklingen, sier Kristin Mehre, avdelingsdirektør i Avdeling omsorg og tannhelse i Helsedirektoratet.



# Demens på regjeringens sakskart

Fagfeltet demens har fått en solid plassering både i regjeringens dokument «Politisk plattform for flertallsregjeringen» – også kalt Soria Moria II – og i forslaget til statsbudsjett for neste år.

## Nytt: lovfesting av dagtilbud

I «Politisk plattform...» lover regjeringen å innføre lovfestet plikt for kommunene til å tilby dagtilbud til personer med demens.

Da blir det interessant i neste omgang å se hvordan dette løses i kommunene. Tolv tusen nye årsverk i pleie- og omsorgstjenesten og tilskudd til tolv tusen sykehjemsplasser og heldøgns omsorgsplasser i kommende stortingsperiode er også mål regjeringen har satt seg for denne stortingsperioden. En utfordring blir både å skaffe de tolv tusen nye årsverkene og å sørge for at de har den rette kompetansen. Som kjent har omkring 80 prosent av sykehjemspasientene demens, og Regjeringen sier også at de fleste omsorgsboligene som er blitt bygget hittil har gått til personer med demens.

## Budsjettforslaget

I forslaget til statsbudsjett finner vi mye om demens, og vi har sakset noen vesentlige punkter:

- Tjenestetilbudet til mennesker med demenslidelser og deres pårørende skal bygges ut. Det skal legges spesiell vekt på dagtilbud, avlastning, kompetanse og tilpassing av bo- og institusjonstilbud. Dette tenkes tydeligvis løst gjennom økte rammeoverføringer til kommunene.
- Gjennom avtalen som er inngått mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre er Omsorgsplan 2015 utvidet og konkretisert. Som en del av Omsorgsplan 2015 anslås det på usikkert

grunnlag at det er behov for ytterligere 12 000 årsverk i sykehjem, aktivitetstilbud og hjemmetjenester frem til 2015.

- Som oppfølging av Omsorgsplan 2015 foreslås en samlet styrking på 320 mill. kroner fordelt på følgende formål: Kompetanseløftet 2015 – 16 mill. kroner, Demensplan 2015 – 2 mill. kroner, Omsorgsforskning – 14 mill. kroner (...). De to millionene til styrking av Demensplan 2015 foreslås benyttet til å sikre spredning av Demensomsorgens ABC for å sikre økt fokus på kunnskaps- og kompetanseutvikling innen demensomsorgen. Det foreslås en samlet bevilgning i 2010 på 25,5 mill. kroner til Demensplan 2015.

D&As redaksjon merker seg at demens står sterkt i regjeringens dokumenter. Vi merker oss dessuten at alderspsykiatrien heller ikke denne gang tilgodeses med ett ord. Saker i dette nummeret av tidsskriftet viser at det ikke minst på kommunenivå er store mangler i det alderspsykiatriske tilbudet. Det bevilges 30 millioner til styrkingen av psykologtjenesten i kommunene for 2010. Hvor fagfolkene skal hentes vet vi ikke, men vi regner med at stillingene også skal komme eldre med psykiske plager til gode. Dette vil vi komme tilbake til i tidsskriftets spalter. (Red.)

Forslaget til statsbudsjett finner du på [www.regjeringen.no/nb/dep/hod](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod)

## Nytt kurs

**Miljøbehandling og kommunikasjon,**  
Stavanger, september 2010. For mer informasjon, gå inn på vår nettside [www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no)

# Ooops – hvor ble alderspsykiatrien av?

## Ny rapport om psykiske lidelser

Folkehelseinstituttet har nylig gitt ut rapporten: Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Del 1 tar opp situasjonen blant voksne, Del 2 tar for seg barn og unge. De eldre har tydeligvis ingen interesse i et folkehelseperspektiv.

«Eldretsunami», hvisker skrekkslagne politikere ved tanken på at gruppen eldre utgjør en stadig større andel av befolkningen og vil ha utstrakt behov for helsetjenester. De er tøffere, da, i Folkehelseinstituttet. Eldre med depresjon, schizofreni, angst og andre psykiske sykdommer og plager får ingen særskilt omtale i rapporten. Dette til tross for komplekse sykdomsbilder, ofte med flere somatiske sykdommer i tillegg til de psykiske, og dertil hørende behov for tilpasset og kompetent behandling. Demens tildeles 7 – syv – setninger og en liten tabell på de 50 sidene med brødtekst i rapporten. Flaskehalsen når det gjelder behandling er listet opp, men ikke de flaskehalsene som går ut på at enkelte DPS-er ikke behandler folk over 67 år, eller at psykiatriske sykepleiere i en del kommuner og bydeler fjernes fra omsorgen for eldre og bes om å vie all sin tid til barn, unge og voksne.

### Kommentar fra Alderspsykiatrisk utvalg

Vi har fått følgende kommentar fra Eivind Aakhus, utvalgets leder:

– Folkehelseinstituttets nye rapport tar mål av seg å «gjøre opp status om utbredelsen av psykiske lidelser i Norge». I forordet beskrives dokumentet som et «autoritativt referansedokument». Vi som daglig jobber med eldres psykiske helse kan ikke se på denne rapporten som annet enn et dokument med vesentlige mangler. Det er riktignok omtalt at eldre over 65 år utgjør om lag 20 prosent av befolkningen. Det er så vidt beskrevet at eldre kan bli deprimerede på grunn av ensomhet. Demens har fått tildelt en halv spalte i dokumentet, og psykiske tilleggsproblemer ved demens er ikke omtalt i det hele tatt. Utvalget finner det nesten utrolig at redaksjonen ikke har stusset over at en femdel av befolkningen tildeles såpass lite plass. Man kan få inntrykk av at redaksjonen oppfatter det slik at psykiske lidelser hos eldre presenterer seg på samme måte som i voksenbefolkningen for øvrig. I så fall har vi en stor opplysningsoppgave foran oss overfor Folkehelseinstituttet.

### Hva sier Folkehelseinstituttet?

«I denne nye rapporten gjør vi opp status om utbredelsen av psykiske lidelser i Norge. Rapporten anlegger et befolkningsperspektiv og er ambisiøs i sitt tematiske omfang,» skriver en stolt Arne Holte, divisjonsdirektør i Folkehelse i forordet. Ingen av bidragsyterne har alderspsykiatrisk bakgrunn, og vi har spurt Arne Holte om hvorfor alderspsykiatrien er utelatt i rapporten.

– Rapporten tar opp årsaksforhold, risiko og beskyttelse, forekomst og konsekvenser ved psykiske lidelser, og i arbeidet har vi forsøkt å bygge på tilgjengelig og god nok dokumentasjon, sier divisjonsdirektør Arne Holte i Folkehelseinstituttet.

Vil det si at dere har kontaktet det alderspsykiatriske fagfeltet uten å få god nok dokumentasjon?

– Vi har ikke vært i kontakt med noen av spesialisthelsetjenestene, de ligger utenfor vårt mandat. Vi har betraktet eldre som voksne. Likevel har vi tatt opp demens som et eget tema i rapporten, fordi vi ser dette som et stort og krevende felt som berører psykisk helse. La meg også nevne at Folkehelseinstituttet har etablert en egen forskningsgruppe både på demens og på hvilke konsekvenser demens har for pårørende.

Anerkjenner Folkehelseinstituttet at alderspsykiatri krever egen kompetanse og egne tiltak?

– Vi bruker ikke betegnelsen alderspsykiatri, det er for begrensende. Vårt fagområde er psykisk helse, psykiske plager og psykiske lidelser og det er ikke vår oppgave å anerkjenne fagfelt.

Hvordan vil du kommentere skuffelsen i fagfeltet over at alderspsykiatrien ikke nevnes?

– Vi er svært begeistret for at vi har fått så mange henvendelser om rapporten, alle vil ha mer. Til dere kan jeg fortelle at Folkehelseinstituttet nå er i gang med en undersøkelse om eldresentre som forebyggende tiltak mot psykiske lidelser hos eldre. Eldres psykiske helse er en av våre store folkehelseutfordringer og vil bli satt tydelig på agendaen også fra Folkehelseinstituttet i de kommende årene.

Dette brevet fra en sykehjemslege velger Demens&Alderspsykiatri å publisere anonymt. Alle opplysninger i brevet er også anonymisert. Redaksjonen går god for innholdet.

# Et hjem for oss – et hjem for deg

## Fra en sykehjemsleges hverdag

En sykehjemslege har mange utfordringer i sin hverdag og står noen ganger overfor flere vanskelige valg. Disse valgene må ofte tas på egenhånd, da en ikke har andre leger rundt seg til å spørre om råd. Noen ganger er det imidlertid ikke forsvarlig å foreta store faglige, etiske og sammensatte vurderinger helt alene uten å ha rådført seg med spesialister innenfor feltet.

Pasienter med demens kan få atferdssymptomer. Dette er kjent for alle som jobber med demens på sykehjem. Årsaken til symptomene er vanskelig å finne og skyldes gjerne flere forhold. Uansett hvor kompetent personalet er eller hvor optimal medikamentell eller miljømessig behandling pasienter får, kan det oppstå uheldige og kritiske situasjoner som vanskelig lar seg løse.

### Herr X legges inn på sykehjem

Herr X har langtkommet Alzheimers sykdom, utredet på hukommelsesklinikk. Han er 86 år gammel og tidligere somatisk frisk. Kolinesterasehemmere har vært utprøvd, men er ikke lenger indisert hos pasienten siden han har en alvorlig grad av demens og ikke målbar effekt av slike preparater. Han klarer ikke å være hjemme lenger fordi han går ut alene, ofte om natten, og ikke finner veien tilbake. Hjelpen han har hatt fungerer ikke lenger, og fast institusjonsplass med kontinuerlig tilsyn er vedtatt.

Herr X kommer fra hjemmet sitt med følge av datteren som er nærmeste pårørende. Han er preget av indre uro og skjønner ikke hvorfor han må være på sykehjem. Han står ikke på noen faste medisiner når han ankommer skjermet enhet.

Herr X kverulerer med personalet om hvorfor han ikke kan reise hjem, og bebreider datteren for innleggelsen.

Ukene går og han finner seg mer til rette på avdelingen. Han har ikke fått enerom, men må dele rom med en eldre mann som har vaskulær demens. Romkameraten våkner ofte om natten fordi han må bruke

toalettet. Dette forstyrrer selvsagt søvnen til herr X. Bortsett fra perioder med dårlig søvn fungerer herr X stort sett godt på avdelingen. Han spiser og drikker bra. Tett oppfølging, faste rutiner og gode miljøtiltak har redusert den indre uroen. Han bruker fremdeles ingen faste medisiner.

### Behandling

Herr X har nå vært på skjermet enhet i snart et halvår og fungerer godt sammen med de andre beboerne, men sliter med søvnen innimellom. Han er misfornøyd med at han fremdeles ikke har eget rom.

Etter en tid blir herr X mer urolig på dagtid. Han er preget av angst og senket stemningsleie. Vi forsøker å finne årsaker til angsten og depresjonen, men kan ikke se at noe har endret seg i hans hverdag på hjemmet.

Vi starter behandling med Remeron. Medikamentet har liten effekt, og uroen øker nesten daglig. Han må ofte skjermes på rommet da han lett lar seg irritere av de andre beboerne. Han nekter i perioder morgenstell og vil ikke spise sammen med de andre. Vi vurderer om denne oppførselen kan være utløst av somatisk sykdom. Forstoppelse, smerter, pneumoni og urinveisinfeksjon utelukkes. Han bruker ikke medikamenter som gir antikolinerge bivirkninger. Delirium er lite sannsynlig. Alle blodprøver er fine, vi finner ingen nevrologiske utfall. Blodtrykket er stabilt, hjerte- og lungelyder er normale. Vi finner ikke noe galt i magen. Han har god balanse og har ikke falt.

Dagene går, uroen øker, og herr X er mer aggressiv mot kjente pleiere. Noen pleiere er redde for å gå inn til ham fordi han har slått, spesielt under morgenstellet. Herr X har det vondt. Han vandrer, gråter og skriker ofte høyt i korridoren. Han får Sobril for å dempe uroen. I begynnelse har dette god effekt, og han er roligere om dagen og kvelden, men sover dårlig om natten på sitt dobbeltrom. Vi gir ham Imovane for å hjelpe på innsovningen.



Datteren er bekymret over farens økende uro og stiller seg undrende til om Sobril virkelig er nødvendig. Hun lurar på hvorfor slike symptomer oppstår. Dessverre har vi ingen gode svar å gi. Personalet er derimot mer fornøyd med den aktuelle medisiner og gir tilbakemeldinger om at de nå klarer å yte en bedre pleie og omsorg for ham og får lov til å vaske ham regelmessig.

En ny uke går, og herr X blir mer urolig igjen. Vi gjør en ny kartlegging, men finner ingen forklaring på symptomene. Vi gir mer Sobril, men det har ingen virkning, herr X har vanskeligere for å få sove og ligger og roper i sengen. Han blir dessuten ytterligere agittert av sin romkamerat. Nattevaktene er oppgitt over situasjonen og klarer ikke å roe ham. Vi gir Apodorm om kvelden for å prøve å få ham til å sove, men uten effekt. En ny uke med observasjon. Herr X har sviktende funksjonsnivå. Han urinerer i gangen, nekter i perioder å bli stelt og må ofte skjermes på rommet på grunn av vedvarende roping.

Datteren er fortvilet over å se sin tidligere relativt velfungerende far gå skrikende og ilter rundt på avdelingen.

## Vondt blir verre

Herr X begynner å innbille seg at personalet er ute etter å drepe ham. Han ser ikke-eksisterende personer. Verken datter eller personalet klarer å roe ham ned på dagtid eller kveldstid og de forlanger at noe må gjøres for å bedre situasjonen. Det er ikke økonomi til å øke bemanningen på avdelingen, verken på dag, kveld, natt eller helg. Vi forsøker behandling med *Haldol*. Dette har ingen virkning. Det blir forsøkt med med *Risperdal*, *Cipramil*, *Heminevrin*, *Seroquel*, *Ebixa*, *Vallergan*, *Stesolid*, *Trilafon* og *Trileptal* over en periode, med lav dosering og gradvis opptrapping. Dersom virkning uteblir etter en uke med preparatet, blir dette seponert eller prøvd i kombinasjonsterapi. Hans atferd og symptomer er nå i en kritisk fase der noe må gjøres for å dempe symptomene raskt, og vi har ikke tid til å avvente en eventuell virkning etter flere uker med titrering. Herr X er i løpet av disse ukene blitt så preget av sin tilstand at han nekter å stå opp og at noen av personalet hjelper ham med stellet. Han er derfor konstant sengeliggende med sengehest. Han sover nesten ikke verken natt eller dag. Uroen og skrikingen har gjort at personalet har flyttet romkameraten til korridoren. Det er en uholdbar situasjon for alle. Personalet er oppgitt over å se en beboer i en slik dårlig forfatning. Datteren forlanger at noe må gjøres. Ansvaret faller på tilsynslegen som har behandlet herr X etter beste evne. Hun innser nå at det ikke er forsvarlig å ha pasienten på avdelingen lenger. En ekstravakt er innleid for å gi en-til-en kontakt på dag og kveld, men ingenting hjelper. Herr X vil verken ha mat, drikke, ta tabletter eller sove.

## Oslo – et sted med ekspertise

Heldigvis befinner herr X seg i hovedstaden der de har flere eksperter innenfor alderspsykiatri. Alle tilgjengelige psykiatriske, alderspsykiatriske og geriatriske avdelinger og enheter blir kontaktet for hjelp. Samtlige leger på de ovennevnte stedene forstår alvoret i situasjonen, men ingen har noen konkrete råd å tilby. Som tilsynslege er man takknemlig for at kolleger erkjenner at man har en vanskelig situasjon, men når man ikke får råd er man like langt i hverdagen på sykehjemmet. Pasienten, pårørende og personalet trenger sårt en god løsning på denne prekære situasjonen.

Bydelsoverlegen blir informert om at det ikke er faglig eller etisk forsvarlig å behandle herr X videre på sykehjemmet. Han trenger en forsterket skjermet enhet med bedre bemanning. Alle medikamentelle og ikke-medikamentelle forsøk i form av skjerming på eget rom, avledningsmanøvrer og ekstra bemanning er prøvd uten resultat.

## Kasteball

Geriatrien vil ikke ta imot herr X da de mener dette er et psykiatrisk problem. Psykiatrien vil ikke ta imot ham da de ikke tar imot personer med demens. Alderspsykiatrien vil ikke behandle ham da de ikke har noen akuttfunksjon. De mener videre at man ikke kan utelukke delirium og at han dermed har en somatisk sykdom som geriatrien må håndtere. Ingen vil ha herr X. Han som var så grei og velfungerende på avdelingen tidligere, er nå blitt så vanskelig å håndtere at ingen spesialister har gode råd om behandling eller ønsker å ha ham på sine avdelinger.

## Slutten

I valget mellom pest eller kolera blir man som behandelende lege lammet og klarer ikke å samle tankene. Nødkontakt med atter en spesialist endte med forordning av store doser Nozinan. Herr X klarer ikke å kjempe mot de store dosene antipsykotika, og er ikke kontaktbar neste dag. Datteren truet med å gå til mediene. Personalet er forskrekket over behandlingen. Den erfarne sykehjemslegen er preget dårlig samvittighet og mangel på motivasjon for videre arbeid på sykehjemmet.

Sykdomsforløpet er basert på virkelige hendelser på et sykehjem i Oslo anno 2008.

Se kommentarer neste side.

## Demens&Alderspsykiatri har bedt en geriater og en alderspsykiater om å kommentere brevet fra sykehjemslegen på sidene foran:



**Anette Hylen Ranhoff** er professor i geriatri ved Universitetet i Bergen, og overlege ved Diakonhjemmet sykehus i Oslo. Noen poenger synes hun er viktige:

*«En slik pasient må undersøkes svært godt og flere ganger med hensyn på somatisk sykdom og skade. Jeg vil gi sykehjems-*

*legen ros for å ha hatt sterkt fokus på dette.*

- *Det bør også sammen med personalet gås igjen om det kan være miljøfaktorer som er årsak til endringen i pasientens atferd – nye ansatte, nye medpasienter, nye rutiner etc.*
- *Primært i denne sykehistorien ville jeg som sykehjemslege bedt om en grundig somatisk vurdering på en geriatrik poliklinikk eller ved en kort innleggelse i geriatrik seksjon.*
- *Sekundært, hvis det fortsatt ikke var funnet noe som kunne behandles/gjøres noe med, ville jeg henvist til alderspsykiatrien.*

*Jeg synes det er svært skuffende at slike henvendelser ikke tas alvorlig og at det ikke tilbys en rask vurdering fra geriater, henholdsvis alderspsykiater. Det er ikke et godt nok svar at dette er hva man må regne med i forløpet av en demenssykdom... og at det ikke er noe man kan gjøre.»*



**Bernhard Lorentzen** er overlege på Alderspsykiatrisk avdeling, Diakonhjemmet sykehus, Oslo. Han peker på hvilke tilbud denne pasienten *burde* ha fått:

*«Dette er først og fremst en ekstremvariant av APSD med betydelige*

*atferdsmessige og psykiske symptomer. Det skrives om legemidler som er forsøkt uten effekt – dette ser vi noen ganger hos disse pasientene. Det står imidlertid ikke så mye om miljømessige tiltak som er forsøkt, og dette er erfaringsmessig det som har effekt i slike tilfelle. Pasienter med slike symptomer – som det tross alt er få av – trenger spesielt tilrettelagte tilbud. Først og fremst må enheten være liten og oversiktlig, pasienten må ha enerom, og personalet må inneha nødvendig kompetanse. Uten at disse grunnforutsetningene er til stede, vil det ofte være svært utfordrende å ivareta pasientene. Denne pasienten bør trolig ha plass i en enhet som er tilrettelagt for personer med demens og alvorlige atferdsavvik. Jeg mener også at alderspsykiatrisk avdeling bør bistå i disse mest kompliserte APSD-tilfellene, mer enn bare ved å gi råd per telefon. Dette kan være ved poliklinisk besøk/ vurdering eller ved innleggelse i alderspsykiatrisk avdeling for en periode. Det er begrenset hva en sykehjemslege kan gjøre, annet enn å bidra til å dyktiggjøre personalet til å gi best mulige miljømessig tilnærminger, og presse på bydelen slik at pasienten får plass på forsterket enhet.»*

## Hva sier Fylkeslegen i Oslo og Akershus?

Vi har henvendt oss til Fylkeslegen i Oslo og Akershus vedrørende brevet fra sykehjemslegen, og stilt følgende spørsmål:

1. Pasienten i sykehjemslegens innlegg ble avvist både av geriatrien og alderspsykiatrien. Har ikke sykehjemspasienter rettigheter når det gjelder hjelp fra spesialisthelsetjenesten?
2. Hva kunne Fylkeslegen ha bidradd med dersom denne saken var blitt innklaget?

Assisterende fylkeslege **Helge Worren** ønsker ikke å kommentere den konkrete saken, men sier blant annet:

*– Det er viktige spørsmål den vedlagte artikkelen tar opp, og vi er svært opptatt av flere sider av saken.*

*Sykehjemslegen har en viktig oppgave i et sykehjem, og det er derfor sentrale myndigheter har*

*ønsket at denne funksjonen skal oppgraderes både faglig og i størrelse. (...) Å unngå overmedisinering og dermed fremme rett medisineringsnivå der hvor dette er aktuelt er en sentral oppgave for en sykehjemslege. Dette krever tilstrekkelig med tilstedeværelse og gode samarbeids- og oppfølgingsrutiner.*

*Pasientene i sykehjem har selv sagt de samme rettigheter som andre til å få nødvendig helsehjelp av god faglig kvalitet, det vil si kvalitet som tilfredstiller kravet til forsvarlighet.*

*Vi griper ikke direkte inn i den pågående omsorg og behandling av den enkelte pasient, men der hvor vi blir kjent med saker og undersøker dem nærmere, kan vi nok be om at virksomheten innrettes etter våre vurderinger når forsvarlighetskravet ikke anses å være tilfredstilt.*

Hadde sykehjemslegen i saken på side 8 arbeidet i en kommune på Nord-Jæren, kunne han søkt støtte og råd hos andre sykehjemsleger. Ni kommuner: Stavanger, Sandnes, Sola, Klepp, Rennesøy, Gjesdal, Hå, Time og Bjerkreim har dannet Nettverk for sykehjemsmedisin på Nord-Jæren. Der møtes leger og andre interesserte til emnekurs i sykehjemsmedisin fire ganger årlig, men de kan også ta en telefon til hverandre og diskutere konkrete hendelser.

## «Vi sykehjemsleger må støtte hverandre!»

Det sier Aart Huurnink, lege på Boganes sykehjem og kommuneoverlege i Stavanger med sykehjem og palliativ behandling som arbeidsfelt. Han er en av de tre lederne i nettverket – de andre er Pål Hjorth, lege ved Sandnes sykehjem og Ruth Midtgarden som er fastlege og kommunelege i Stavanger.

### Stort behov for gode legetjenester

Stavanger kommune har i flere år hatt et forum for sykehjemsleger, der de møttes to-tre kvelder i året. For to år siden ble nettverket utvidet til å gjelde flere kommuner.

– Vi var enige om å fokusere på samhandling og nettverksbygging blant sykehjemsleger for å styrke sykehjemsmedisinen. Legegjerningen på sykehjem har ikke fått nok oppmerksomhet. Samtidig vet vi at dette gjelder de skjøelligste av våre medmennesker. Det er et enormt behov for gode legetjenester på sykehjem, sier Aart Huurnink som selv har vært sykehjemslege i 18 år og brenner for sitt arbeid.

### Nettverk er viktig

Ikke bare sykehjemsleger er med på nettverksmøtene. Avdelingsledere, sykepleiere, styrere og omsorgsledere er velkomne. Fagmiljøet ved sykehusene i distriktet er involvert, og av og til hentes foredragsholdere fra andre steder i landet. Gjennom analyse av viktige hendelser og diskusjon om hva som gikk galt eller bra, driver deltakerne refleksiv læring. Prosedyrer ved mistanke om slag, antibiotikabruk, medikamenthåndtering og manglende diagnostisering av demens er noen av temaene som har vært diskutert. Tall fra sykehjemmene viste at omtrent alle på skjermet enhet hadde demensdiagnose. Det samme gjaldt



**Det er viktig at sykehjemsmedisinen blir bedre, den angår de aller skjøelligste av våre medmennesker, sier en engasjert Aart Huurnink.**

bare 60 prosent av pasientene på langtidsavdelingen som hadde demenssymptomer.

– Her hadde vi et tydelig forbedringspotensial. Med fravær av legetjenester på sykehjem blir ikke diagnosen satt. Man tar seg ikke tid til å konkludere. Pasienten får symptomdiagnosen kognitiv svikt uten at man trekker konsekvenser av dette. Det er viktig å stille en demensdiagnose, for da vet man mer om hva som bør gjøres og hva som bør fortelles til pårørende.

Samhandling mellom sykehjem, hjemmetjenester og sykehus er et annet viktig tema.

– Overgangen fra sykehjem til sykehus og omvendt, er sentrale i samhandlingen. Studier viser at informasjonflyten ikke er god nok. Forventninger til behandling og oppfølging blir ikke alltid oppfylt, og de er

*heller ikke alltid like godt beskrevet. Dessuten må vi finne ut hvilke forventninger som er realistiske når det gjelder sykehjemspasienter som er skrøpelige og gamle.*

### Ensom på jobb

Mange sykehjemsleger føler seg ensomme i jobben, og ett formål med nettverket er at de skal ha kolleger de kan kontakte. Til nettverksmøtene kommer både fast ansatte sykehjemsleger og tilsynsleger med små stillingsbrøker.

*– Til yngre leger som begynner å jobbe på sykehjem anbefaler vi at de skaffer seg fadder, og vi i nettverket kan hjelpe til med det.*

Ansatte på sykehjem møter mange personer med demens som har tilleggssymptomer, og leger kan slite med å få hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Aart Huurnink har opplevd gode tjenester fra alderspsykiatrien og mener demensomsorgen er blitt mye bedre de senere år.

*– Alderspsykiatrien sliter imidlertid også med små ressurser, og det bidrar til at samhandlingen ikke alltid er optimal. Jeg håper samhandlingsreformen kan bidra til å styrke alderspsykiatrien. Det er stort behov for veiledning både i sykehjem og i hjemmetjenesten, og det er avgjort et emne for vårt forum.*

D&A var med på et emnekurs i september. Temaet var samhandling og prosesser vedrørende medikamenthåndtering. Diskusjonen var befriende åpen.

*– Vi er opptatt av å bygge gode nettverk, og på møtene vil vi få frem de gode praksiseksempelene.*

Vil ikke dette da kunne bli et forum der det gjelder å være den flinkeste i klassen?

*– Vi skal fortelle hverandre hva vi er flinke til, det er viktig! Men vi forteller også hva vi ikke får til. Det er vi nødt til, for vi baserer temaene våre på tall fra de enkelte sykehjem.*

### Topp 15

På nettverksmøtene diskuteres medikamentbruk grundig. Et grunnlag for diskusjonen har de funnet i oversikt over medikamentkjøp i Stavanger kommune, der

det meste kjøpes fra én grossist. Dette har gjort det mulig å finne ut hvilke medikamenter som blir brukt mest og lage en Topp 15-liste. Høyt på listen kommer hjerte-/ karmedisiner, kolesterolsenkende midler, anti-depressiva, vanndrivende og demensmedikamenter. Listen inneholder også vitaminpiller og legemidler som ikke er på resept. Kanskje det er grunnen til at antipsykotika ikke har fått plass på listen. Men hva er hensikten med en sann liste?

*– Det er å bli mer kritisk til det vi holder på med. Målet er ikke nødvendigvis å kutte ut medisiner, men å se om medikamentbruken står i forhold til indikasjonene. Vil vi forebygge fall, er vi nødt til å gå medisinbruken nøye etter i sømmene. Når det gjelder demensmedikamenter er det viktig å finne ut når forskrivningen skal revurderes, og vi imøteser det nye utredningsverktøyet for demens, beregnet for sykehjem. Vi må også arbeide med hvordan vi kan gi god informasjon til pårørende i slike spørsmål.*

### Politiske signaler

Med din lange erfaring, hva mener du må til for at sykehjemsmedisinen skal styrkes?

*– Et nettverk som vårt bidrar til det gjennom emnekurs og gode diskusjoner, og det er viktig at vi samarbeider med leger andre steder i landet. Vi må dyktiggjøre oss innenfor mange felt, som demens, delirium, fallproblematikk, liggesår, inkontinens, smittevern, symptomlindring og omsorg ved livets slutt.*

Den andre delen er politisk. Det må legges til rette for at sykehjemsmedisin blir akseptert som fagområde. Det trengs større stillinger på svært mange sykehjem, men dette kan variere fra kommune til kommune. Det kommer positive signaler om sykehjemmenes rolle i offentlige dokumenter. Samtidig er finansieringen overlatt til kommunene. Vi ser at det oppstår problemer når nye pasientgrupper som står på dyre medisiner og trenger høyt kvalifisert pleie, kommer på sykehjem. Denne problematikken har ikke sentrale politikere tatt inn over seg. Samhandlingsreformen vil kreve en kraftig økning av ressursene i kommunene, og det vil ikke minst gjelde sykehjemmene.

## Nytt utrednings- og oppfølgingsverktøy

Etter modell av *Utredningsverktøy for Demensutredning i kommunehelsetjenesten* er det nå utviklet et tilsvarende verktøy til bruk i sykehjem. Det gis anbefalinger om fremgangsmåte og bruk av kartleggingsverktøy for utredning og diagnostisering av demens, men også om kartlegging av psykiatriske tilleggssymptomer som depresjon, angst, psykose og agitasjon samt funksjonsnivå og livskvalitet. For videre kvalitetssikring er 11 sykehjem invitert til å delta i første utprøving av utredningsverktøyet i praksis. Sykehjemsleger samt helse- og omsorgspersonell fra disse sykehjemmene har fått én dags opplæring og innføring i bruken av verktøyet. De blir bedt om å melde tilbake sine erfaringer, og basert på denne evalueringen vil skjemaene bli tilgjengelige i sin endelige anbefalte versjon. De vil kunne gjøres tilgjengelige for bruk våren 2010.





*Knut A. Hestad, professor i psykologi, Høgskolen i Lillehammer og NTNU, forsker ved Alderspsykiatrisk kompetansesenter, Sykehuset Innlandet HF  
Solveig Klæbo Reitan, overlege dr.med. St Olavs Hospital, avdeling Brøset, 1. amanuensis, Medisinsk fakultet, NTNU, Trondheim*

# Depresjon og immunologi

«Det er nå svært mange studier som viser at deprimerte pasienter har immunologiske endringer», skriver Knut A. Hestad og Solveig Klæbo Reitan i denne artikkelen. De viser hvordan signalstoffer, hormoner, eksterne og interne sanseorganer arbeider i et fascinerende og komplekst samspill. At kropp og psyke henger sammen blir tydelig vist i artikkelen.

Depresjon er en relativt vanlig lidelse som rammer ca. 15 prosent i løpet av livet. Årsakene kan være mange, og både psykologiske og biologiske forhold er endret hos deprimerte. Hva som kommer først er ikke klart, det synes som om årsakssammenhengene kan gå i begge retninger. Psykologiske forhold som betydelig stress, tap av kjære en er knyttet til, opplevelse av mislykkethet m.m. kan gi endringer i nervesystemets signaloverføringsmekanismer<sup>1)</sup>. Det kan videre gi endringer i hormonsystemet (det endokrine system, berører for eksempel hormonet kortisol) og i immunsystemet (med endret betennelsesaktivitet i kroppen). Virkningen kan imidlertid også gå i motsatt retning, hvor biologiske forhold påvirker psykologien. Sammen med blant annet genetikk er dette interessant for å forklare hvorfor noen får alvorlig depresjon uten at en finner klare årsaker i vedkommendes livshistorie. Det er dessuten sett at somatisk sykdom kan utløse depresjon. For eksempel kan pasienter med Parkinsons sykdom utvikle depresjon som antas å være biologisk betinget.

## Mange faktorer

Samtidig som depresjon er vist å forekomme hyppigere ved flere somatiske sykdommer, kan det å ha en depresjon også være av betydning for utviklingen av den somatiske sykdommen. Depresjon har vist seg å gi dårligere prognose for samtidig hjerte-/karlidelse, revmatisme, ulcerøs kolitt, kroniske infeksjoner, autoimmune lidelser, multippel sklerose og ikke minst Alzheimers sykdom (1-5). Sammenhengen synes særlig å være knyttet til et aktivert immunforsvar (6). Det har vist seg at eldre deprimerte pasienter har høy

dødelighet sammenlignet med en psykisk frisk befolkning på samme alder (7-9), og det synes å være en sammenheng mellom depresjon og hjerte-/kar-, og lungerelaterte lidelser, inkludert prognose for livslengde. Felles for alle disse lidelsene, inkludert depresjon, er at de viser tegn på betennelsesreaksjoner med en økning av betennelsesrelaterte molekyler; blant annet CRP (C-reaktiv protein) og immunsystemets «hissige» signalmolekyler/proinflammatoriske cytokiner<sup>2)</sup> (1,10). Det er nå svært mange studier som viser at deprimerte pasienter har immunologiske endringer. Flere studier viser at de immunologiske endringene kommer før depresjonen. Da kan det faktisk være slik at den immunologiske endringen forårsaker både depresjon og forverring av fysisk grunn sykdom med tilhørende økt dødelighet.

## Tidligere funn – og nye

De tidligste studiene knyttet til immunologi og depresjon fokuserte på at deler av det intrikate, finstemte immunsystemet var svekket som en del av forskjøvet balanse. Man fant da for eksempel sviktende produksjon av hvite blodlegemer og reduksjon av naturlige dreperceller (NK-celler) hos mange deprimerte personer (11). Nyere forskning har fokusert på andre elementer av et immunsystem i ubalanse og vært mer opptatt av de delene av immunsystemet som er aktivert hos deprimerte personer. Særlig har man sett på aktivisering av såkalte proinflammatoriske cytokiner (hissige signalmolekyler i immunsystemet). Aktiviteten i immunsystemet er som ved infeksjoner med mikrober eller andre skadelige fremmedlegemer som skal fjernes fra kroppen, altså en betennelsesreaksjon

<sup>1)</sup> Nevrotransmittorer som serotonin, dopamin, noradrenalin og glutamat.

<sup>2)</sup> Interleukin-1(IL-1), interleukin-6 (IL-6) og tumor necrosis factor  $\alpha$  (TNF $\alpha$ ).



(inflammasjon), selv om den ved depresjon som oftest er mer beskjeden.

## Interne sanseorganer

Man kan tenke at på samme måte som vi har eksterne sanseorganer som hjelper oss til å orientere oss i omgivelsene, kan disse reaksjonene og signalstoffene betraktes som interne sanseorganer som reagerer på hva som skjer i kroppen. De reagerer og aksjonerer når det er nødvendig. For å si det litt forenklet, immunsystemet har både inngående (sensoriske) informasjonskanaler og utførende (motoriske) verktøy.

Cytokiner er kjemiske budbærere blant annet mellom immunceller og spiller en vesentlig rolle ved betennelse og immunologiske responser. De er imidlertid også budbringere mellom immun- og nerveceller. Cytokiner reguleres gjerne i en slags komplisert dominoeffekt (kaskadereaksjon) hvor igangsetting av noen cytokiner fører til økt produksjon av andre. Cytokinene som aktiveres langt ut i kaskaden/kjeden kan i sin tur refleksivt nedregulere de tidligere cytokinene i kaskaden (negativ feedback). Celler som har reseptorer (mottagere/følere) for cytokinet vil reagere på tilstedeværelsen av disse og utløse responser.

Denne overaktiveringen kan være årsak til en del av forandringene i følelsessystemet (det affektive systemet) for eksempel som ved depresjon: redusert humør, nedsatt lyst, alt går tregere, kognitiv svikt, søvnforstyrrelser osv. Om immunsystemet over lang tid er «overaktivert» kan det til slutt gi «utmattning» av systemet med redusert funksjon.

## Veier og virkninger

Cytokiner i blodet kan påvirke hjernen på forskjellige måter, via forskjellige veier. Likeså påvirker hjernen det perifere immunsystemet slik at det er en vekselvirkning mellom perifer og sentral påvirkning. For en bedre forståelse av denne samhandlingen henviser vi til Hestad et al, (6) hvor mekanismene blir utførlig beskrevet.

Når cytokiner er budbringere mellom immun- og nerveceller kan de skape endringer forskjellige steder i hjernen, som hippocampus og spesifikke hypothalamiske strukturer. Hippocampus har med hukommelse å gjøre. Hypotalamus er av vesentlig betydning for mange funksjoner som særlig har med regulering av homeostase (balanse) i ulike kroppslige systemer å gjøre. Blant annet har hypotalamus en sentral plass for regulering av hormoner, døgnrytme, appetitt, temperaturregulering og følelsesmessige forandringer.

Den økte betennelsesaktiviteten som er funnet hos deprimerte pasienter synes å henge sammen med

alvorlighetsgrad av depresjon og med hyperaktivitet i aksene som blant annet regulerer produksjon av kortisol (hypotalamus-hypofyse-binyrebark, den såkalte HPA-akse).

## Hormoner

Ved depresjon er det i forhold til hormoner fokusert på forhøyet kortisol i blodplasma. Det er også antydning at nerveceller i hippocampus kan ødelegges på grunn av forhøyet kortisol over tid.

Kortisolet skulle egentlig være betennelsesdempende (og nedregulere cytokinnivået), men noe synes å

gå galt. Kortisolet blir vedvarende høyt samtidig som betennelsesreaksjonen med det aktiverte immunsystemet ikke går tilbake/ikke reagerer som det skulle på høyt nivå av kortisol. Det kan virke som om vekselvirkningen mellom kortisol utskilt fra binyrebarken og den refleksive kontrollen (feedbackreguleringen) på hjernen har gått i stå hos mange med alvorlig depresjon. Dette synes å ha betydning for utvikling av depressive symptomer. Hypotalamus-hypofyse-binyrebarkaksen (HPA-aksen) er også

av betydning for aktivisering av det autonome nervesystemet og det ikke viljestyrte immunsystemet som blant annet regulerer basale funksjoner som hjerteaktivitet, pust, tarmaktivitet, svette osv. Når HPA-systemet er ute av kontroll/ikke responderer som det skal ved depresjon, kan også dette gi en del typiske depresjonssymptomer.

Et annet moment som kan peke i retning av hormonenes innvirkning på depresjon er at det er dobbelt så høy forekomst av depresjon hos kvinner som hos menn. Kvinner med depresjon viser i tillegg et høyere nivå av immunologisk aktivisering enn menn, målt ved antistoffproduksjon. Det er vist at svangerskap og fødsel gir en stor økning i cytokinutskillelse. Det er foreslått at denne økningen kan spille en rolle i fødselsdepresjon hos spesielt sårbare individer (12,13). De nevnte faktorene indikerer at det er en sammenheng mellom hormonbalanse, immunaktivisering og affektiv (følelsesmessig) tilstand.

## Signalstoffer ved depresjon

Ved depresjon er det tradisjonelt fokusert på forandringer av visse signalstoffer. Disse signalstoffene (nevrottransmittorene) er helt nødvendige for at vi skal fungere følelsesmessig optimalt.

Depresjon er forbundet med nedregulering i dopaminerg (DA), noradrenerg (NA) and serotonerg (5-HT) aktivitet i hjernen og en oppregulering av glutamat.

Et resultat av den pågående immunologiske aktiveringen som skjer ved depresjon, er at metabolsk

*«Den økede betennelsesaktiviteten som er funnet hos deprimerte pasienter synes å henge sammen med alvorlighetsgrad av depresjon og med hyperaktivitet i aksene som blant annet regulerer produksjon av kortisol.»*

aktivitet (forbrenning og byggeaktivitet) med hensyn til tilgjengelige nevrotransmittorer i hjernen, forandrer seg. I tillegg er det indikasjoner på at forandringene kan gi metabolske biprodukter som gir celledød. Skaden kan for eksempel være tap av nødvendige reseptorer. Disse forandringene kan ha betydning for de nevropsykologiske endringene man ser ved depresjon: vansker med hukommelse og oppmerksomhet.

## Cytokinbehandling kan gi depresjon

Noen av de klareste sammenhengene mellom depresjon og immunologiske forandringer er sett når pasienter er medisinert med cytokiner. Når de har vært brukt i behandling av kreft, MS og hepatitt har interferoner (IFN) og interleukiner (IL) forårsaket utvikling av depresjoner, manier og bipolare syndromer hos mange av pasientene (14-16). Disse personene, som tidligere har vært psykiatrisk friske, er etter å ha blitt behandlet med cytokiner blitt meget depressive: preget av sterke symptomer på tristhet, øket bekymring om somatisk helse, kognitiv svikt, vanskeligheter med motivasjon og vansker med fleksibel tenkning. Når cytokinmedisinene så er blitt fjernet, er også depresjonen blitt borte. Forandringen i immunforsvaret har i disse tilfellene åpenbart kommet før den depressive reaksjonen og er årsak til, heller enn følge av, de psykiske sykdommene (16-18).

Hos kreftpasienter som ble behandlet med cytokinene IL-2 og /eller Interferon  $\alpha$ -2b er det vist at høy dose cytokin ga alvorligere depresjon med symptomer som redusert søvn, tap av appetitt og tydelig likegyldighet.

## Antidepressive medisiner

Det er funnet at antidepressiva som clomipramine og sertraline kan ha en anti-inflammatorisk effekt (15,16). Man kan tenke seg at antidepressiv medikasjon kurerer depressive symptomer via immunsystemet ved å redusere sekresjon av visse cytokiner.

Elektrosjokkbehandling (ECT) er en effektiv behandling ved depresjon og brukes blant annet ved alvorlig depresjon. Det er kjent at ECT hos deprimerte kan skape normalitet i et hormonsystem i ubalanse (21). ECT virker på hypothalamus og frigjør hormoner. Men dette er antagelig igjen styrt av immunaktivitet. Hestad et al (22) sammenliknet alvorlig deprimerte pasienter som fikk ECT med tilsvarende pasienter som ikke fikk ECT. Sammenlignet med friske blod-

givere var nivået av TNF $\alpha$  i blodplasma hos deprimerte langt over det normale. Det var ingen forskjeller mellom de to deprimerte gruppene når det gjaldt grad av depresjon eller TNF $\alpha$  nivå før ECT. Etter ECT så en imidlertid at de som fikk ECT ble langt bedre med hensyn til sin affektive (følelsesmessige) tilstand enn de som ikke fikk slik behandling. I tillegg fant man at deres TNF $\alpha$  nivå ble normalisert i motsetning til hos dem som ikke fikk ECT. En uke etter at siste behandling var avsluttet, var nivået av TNF $\alpha$  hos dem som hadde fått ECT på samme nivå som hos friske blodgivere, mens de deprimerte som ikke fikk ECT fortsatt hadde det samme forhøyede nivå av TNF $\alpha$ . Funnene fra denne studien støtter at det er en forbind-

else mellom inflammasjon markert av TNF $\alpha$  og alvorlig depresjon, samt at ECT kan nedregulere denne immunaktiveringen samtidig som depresjon går tilbake.

## Virkninger og bivirkninger

Med bakgrunn i den kunnskap en etter hvert har fått når det gjelder sammenhengene mellom depresjon

og immunologi reiser det seg spørsmål om disse immunologiske forandringene kan endres ved tiltak som psykoterapi, fysisk aktivitet og psykofarmakologisk behandling. Om behandlingen som er rettet mot psykologiske forhold også påvirker somatiske forhold i så stor grad at det må tas hensyn til i oppfølging av de somatiske sykdommene. I tillegg kan en spørre seg om depresjoner kan bli behandlet med anti-inflammatoriske medisiner. I forhold til sistnevnte er det studier som har vist at betennelsesdempende medisiner *kan* ha en positiv effekt på depresjon (23-26). For eksempel fant Müller et al., (27) at celecoxib, en COX-2 hemmer brukt som betennelsesdempende (og eventuelt smertestillende), hadde effekt på alvorlig depresjon. Infliximab som blokkerer cytokinet TNF $\alpha$  og dermed demper betennelse i behandling av magelidelsen Chrons sykdom, økte livskvaliteten hos pasientene med blant annet reduksjon av depresjon (28).

En utfordring med psykofarmaka er bivirkninger. Også primært betennelsesdempende medisiner har bivirkninger en må ta hensyn til. Så lenge nye behandlingsmetoder ikke kan påvise store bedringer sammenlignet med dem en har ved gamle metoder er det derfor ikke aktuelt å ta i bruk nye. Det er imidlertid helt klart at de få utprøvingene som er

forsøkt gir grunnlag for optimisme. Det har og vist seg at fysisk aktivitet virker betennelsesreduserende samtidig som det er bra for deprimerte pasienter. Det er sannsynlig at noe av virkningsmekanismen henger

*«Noen av de klareste sammenhengene mellom depresjon og immunologiske forandringer er sett når pasienter er medisinert med cytokiner.»*

*«... det reiser seg spørsmål om disse immunologiske forandringene kan endres ved tiltak som psykoterapi, fysisk aktivitet og psykofarmakologisk behandling.»*

sammen med påvirkning av immunbalansen. Endelig må også kosthold, inkludert for eksempel ulike fettsyrer og deres virkning på ulike komponenter av immunsystemet, vurderes i forhold til de beskrevne sammenhengene mellom immunsystemet og depresjoner/affektive systemer. Kanskje kan kosthold påvirke psykiske forhold ved å virke på immunsystemet og balansen her.

■ [knut.hestad@svt.ntnu.no](mailto:knut.hestad@svt.ntnu.no)  
[solveig.reitan@medisin.ntnu.no](mailto:solveig.reitan@medisin.ntnu.no)

## Referanser

- Kop WJ, Gottdiener JS (2005) The role of immune system parameters in the relationship between depression and coronary artery disease. *Psychosom Med*; 67 Suppl 1:S37-S41.
- Meijer A, Zakay-Rones Z, Morag A (1988) Post-influenzal psychiatric disorder in adolescents. *Acta Psychiatr Scand*; 78(2):176-81.
- Hall S, Smith A (1996) Investigation of the effects and aftereffects of naturally occurring upper respiratory tract illnesses on mood and performance. *Physiol Behav*; 59(3):569-77.
- Yirmiya R, Weidenfeld J, et al. (1999) Cytokines, «depression due to a general medical condition» and antidepressant drugs. *Adv Exp Med Biol*;461:283-316.
- Pollak Y, Ovadia H, et al. (2000) Behavioral aspects of experimental autoimmune encephalomyelitis. *J Neuroimmunol*; 104(1):31-6.
- Hestad K, Aukrust P, et al. (2009) Depression has a strong relationship with alterations in the immune, endocrine and neural system. *Current Psychiatry Reviews*; 5, 287-297.
- Burvill JD, Hall WD (1994) Predictors of increased mortality in elderly depressed patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 9(3) 219-227.
- Engedal K (1996) Mortality in the elderly: A 3-year follow-up of an elderly community sample. *Int J Geriatr Psychiatry*; 11(5):467-71.
- O'Brien JT, Ames D (1994) Why do the depressed elderly die? *Int J Geriatr Psychiatry*; 9(9):689-93.
- Danesh J, Collins R, Peto R (1997) Chronic infections and coronary heart disease: is there a link? *Lancet* 9;350(9075):430-6.
- Kronfol Z & Remick DG (2000) Cytokines and the brain: implications for clinical psychiatry. *Am J Psychiatry*; 157:683-694.
- Maes M, Verkerk R, et al. (2002) Depressive and anxiety symptoms in the early puerperium are related to increased degradation of tryptophan into kynurenine, a phenomenon which is related to immune activation. *Life Sci*; 71:1837-48.
- Østensen M, Förger F, et al. (2005) Pregnancy in patients with rheumatic disease: anti-inflammatory cytokines increase in pregnancy and decrease post partum. *Ann Rheum Dis*; 64: 801-3.
- Renault PF, Hoofnagle JH, et al. (1989) Psychiatric complications of long-term interferon alfa therapy. *Arch Intern Med*; 147: 1577-80.
- Janssen HL, Brouwer JT, et al. (1994) Suicide associated with alfa-interferon therapy for chronic viral hepatitis. *J Hepatol*; 21: 241-3.
- Denicoff KD, Rubinow DR, et al. (1987) The neuro-psychiatric effects of treatment with interleukin-2 and lymphokine-activated killer cells. *Annals of Internal Medicine*; 107:293-300.
- Dantzer R. (2006) Cytokine, sickness behavior, and depression. *Neurologic Clinics*; 24:441-60.
- Schaefer M, Horn M, et al. (2004) Correlation between sICAM-1 and depressive symptoms during adjuvant treatment of melanoma with interferon-alpha. *Brain Behav Immun*; 18: 555-62.
- Kubera M, Lin AH, et al. (2001) Anti-Inflammatory effects of antidepressants through suppression of the interferon-gamma/interleukin-10 production ratio. *J Clin Psychopharmacol*; 21:199-206.
- Xia Z, Depierre JW, Nassberger L (1996) Tricyclic antidepressants inhibit IL-6, IL-1 beta and TNF-alpha release in human blood monocytes and IL-2 and interferon-gamma in T cells. *Immunopharmacology*; 34: 27-37.
- Fink M (2000) Electroshock Revisited. *American Scientist*; 88: 162-167.
- Hestad KA, Tonseth S, et al. (2003) Raised plasma levels of tumor necrosis factor alpha in patients with depression: normalization during electroconvulsive therapy. *J ECT* ; 19:183-8.
- Watson S & Young AH (2002) Hypothalamic-pituitary-adrenal-axes Function in Bipolar disorders. *Clinical approaches in bipolar disorders* 1: 57-64.
- Bosker FJ, Westerink BH, et al. (2004) Future antidepressants: what is in the pipeline and what is missing? *CNS Drugs*18:705-32.
- Tsai SJ (2007) Glatiramer acetate could be a potential antidepressant through its neuroprotective and anti-inflammatory effects. *Med Hypotheses*;69(1):145-8.
- Dairam A, Antunes EM, et al. (2006) Non-steroidal anti-inflammatory agents, tolmetin and sulindac, inhibit liver tryptophan 2,3-dioxygenase activity and alter brain neurotransmitter levels. *Life Sciences* 79; 2269-74.
- Müller N, Schwarz MJ, et al., Goldstein-Muller B, et al. (2006) The cyclooxygenase-2 inhibitor celecoxib has therapeutic effects in major depression: results of a double-blind, randomized, placebo controlled, add-on pilot study to reboxetine. *Mol Psychiatry* 11: 680-4.
- Lichtenstein GR, Bala M, Han C, et al. (2002) Infliximab improves quality of life inpatients with Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis* ;8 :237-43.

Tor Atle Rosness, lege, stipendiat,  
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Laila Lanes & Jan Henry T. Olsen

# «Skynd deg å elske»

## Om å holde sammen når dagene mørkner

**Boken beskriver hvordan utviklingen av Alzheimers sykdom preger samlivet mellom tidligere fiskeriminister Jan Henry T. Olsen og Laila Lanes.**

Tittelen på boken er hentet fra en av parets favorittsanger, Tove Jansson «Høstviser»: *Skynd deg nå elskede, skynd deg å elske. Dagene mørkner minutt for minutt.* Tittelen henspiller på at tiden man har sammen med en ung alzheimerpasient er forkortet. Man vet ikke hvordan fremtiden vil bli, bortsett fra at sykdommen vil utvikle seg til det verre. Boken har naturlig nok fått mye omtale i pressen.

Dette er en viktig bok, nettopp fordi den tar for seg en sjelden sykdom som man forbinder med eldre mennesker, samt at mange myter finnes om demens. Når Alzheimers sykdom rammer yngre mennesker, klarer man ikke som utenforstående å vite hvordan dette oppleves for personen som rammes og hans eller hennes pårørende. Laila Lanes gir leseren en grundig innføring i deres hverdag med gode og dårlige dager som nylig gift par.

Boken gjør et sterkt inntrykk når Laila beskriver hvor usikker fremtiden vil være. Hun er svært åpen i sin fortellerform og skriver godt om hvor vanskelig, utfordrende og belastende rollen som nærmeste pårørende er. Oppussing, betaling av regninger, ferieplaner – alt ansvaret faller på den friske ektefellen. Tanker om fremtiden: Vil han glemme meg helt? Vil han glemme at vi er gift? Hvor lang tid vil det gå før sykdommen blir verre, og hva vil han dø av? Dette er spørsmål mange pårørende til yngre personer med demens stiller seg selv, og Laila beskriver hvor vanskelig det er å finne gode svar.

Mens de er samboere merker Laila tidlig små endringer hos Jan Henry. Hun tilskriver dette at han vel bare er litt distré. Nettopp dette er så treffende ved demens ved Alzheimers sykdom hos yngre: Det



Oslo: Kagge forlag 2009  
174 sider  
ISBN 978-82-489-0887-6  
Pris kr 339,-

begynner med små, nesten umerkelige forandringer, ytterst forsiktig og snikende. Selv om demens ved Alzheimers sykdom er en ubarmhjertig sykdom å bli rammet av, spesielt i ung alder, skriver Laila at det var en lettelse å få den endelige diagnosen som de har ventet så lenge på.

Når en demensdiagnose er konstatert har man noe å forholde seg til, man kan tilrettelegge hverdagen, planlegge fremtiden, informere arbeidsplass, venner og familie.

Det kommer tydelig frem i boken at pårørende til yngre personer med demens trenger informasjon om sykdomsforløpet, men er en forsømt gruppe fordi hjelpeapparatet glimrer med sitt fravær. Laila forteller at noe av det hun som pårørende trenger aller mest, er avlastning i form av egnet dagsenter, personlig assistent eller andre gode tilbud for Jan Henry, tilpasset unge og spreke mennesker. Laila har tatt med egne notater fra sin dagbok der hun deler sine tanker. Dette gir boken et enda mer personlig aspekt og fremhever forfatterens ønske om å være mest mulig åpen og ærlig rundt sykdommen.

Boken anbefales på det varmeste for alle som ønsker å vite hvor sammensatte problemstillingene er når en ektefelle får demens i ung alder. Boken anbefales spesielt til fastleger, siden de ofte møter unge pasienter med demens i et tidlig stadium. De vil innse hvor viktig det er å ta pårørende på alvor og henvise en ung pasient med mistanke om demens til rett instans så tidlig som mulig for å kunne få en raskest mulig diagnose.



# For kontinuitetens og livskvalitetens skyld

## Alderspsykiatrisk dagavdeling – et godt sted å være



En av gruppene diskuterer Ord for dagen.

*– Jeg gruer meg til jeg ikke skal gå hit lenger.*

Utsagnet kommer fra en av pasientene ved Alderspsykiatrisk dagavdeling på Grønland i Oslo. De fleste av pasientene har vært innlagt på Vardåsen – en alderspsykiatrisk avdeling under Oslo universitetssykehus Ullevål – og bor i egen bolig. For dem betyr Dagavdelingen trygghet, kontinuitet og sosialt samvær.

### Blir sett

Stemningen er rolig denne tirsdag formiddagen på Dagavdelingen. To pasientgrupper er i gang med dagens program i hvert sitt rom, og det er tydelig at de kjenner hverandre og setter pris på hverandres selskap. Alle har en psykiatrisk diagnose, alle er over 67 år. Gruppelederne inviterer til diskusjon om Ord for dagen. Er de enige i at respekt for andre mennesker ligger i å ha respekt for seg selv?

*– Jeg vil i hvert fall si at jeg har fått mer selv-respekt gjennom sykdommen på grunn av støtte og*

*oppbakking fra sykehuset og dagavdelingen, kommer det fra en eldre kvinne.*

Så viktig er det i en sårbar fase å bli sett og respektert for den man er, og få faglig oppbakking.

### Veteraner i faget

Dagavdelingen er en del av Alderspsykiatrisk senter og har eksistert i ti år. Senteret var det første i sitt slag i Oslo. Foruten å ta imot pasienter fra Vardåsen tar avdelingen imot henvisninger fra fastleger i bydelene.

Målet for tilbudet på Dagavdelingen er at pasientene skal oppnå størst mulig grad av livskvalitet gjennom bedring og vedlikehold av sin psykiske, fysiske og sosiale funksjon.

*– Vi søker dessuten å forebygge nye sykdoms-episoder, sier enhetsleder Margrethe Huseby og ledende spesialsykepleier Marianne G. Lind.*

*– Mange er forholdsvis dårlige når de kommer hit, og vi prøver å bygge videre på den bedringen de har oppnådd på Vardåsen. Vi skriver dem ikke ut før de har vært stabile over tid. Det kan bety et år eller halv-*



annet, kanskje opp til to år. Noen får vedlikeholdsbehandling med ECT (elektrosjokkbehandling), og de er tilknyttet Dagavdelingen i hvert fall i ett år etter at de har avsluttet behandlingen, så vi ser at bedringen er stabil. Kontinuitet i behandlingen over tid er et problem innenfor psykiatrien, men det kan vi tilby.

### Et trygt sted i hverdagen

I løpet av denne tirsdagen får de to gruppene litt forskjellige tilbud, inndelt som de er etter behandlingsbehov. Den ene gruppen har reminisens på programmet, og samtalen rundt bordet går livlig om tøyvask i deres oppvekst. Alle har erindringer om vaskebrett, dampende bryggerhus, iskaldt skyllevann og rulling av sengetøy. Noen tar sjeldnere ordet enn andre, men ingen later til å være skremt av samværet. Individuelle forskjeller finnes uavhengig av diagnose, og her blir de respektert. Fokuset er på det positive, og det er mye latter i gruppene.

For tiden er totalt 75 pasienter innskrevet i Dagavdelingen og er innom avdelingen i løpet av fire ukedager, i grupper med maksimalt tolv deltakere. Programmet er forskjellig hver dag og består av individuelle samtaler med ansatte som alle har primærkontaktansvar, samtale med psykiater minimum hver tredje måned og gruppeaktiviteter som trening i Basal kroppskjennskap med fysioterapeut<sup>1)</sup>, trim, turgruppe, reminisensgruppe og temasamtaler. Noen finner roen over strikkepinner og fargerikt garn som etter hvert blir til lappetepper. Dessuten er måltidene viktige samlingspunkter.

### Fellesskapet betyr mye!

Randi Elise Flottorp har brukt Dagavdelingen i to år, mens Arne Nils Kristiansen startet i begynnelsen av juni. Da var han skeptisk til tilbudet.

– Jeg føler meg ung og tenkte at her var det mange gamle og skrøpelige mennesker. Først og fremst kom jeg på grunn av tilbudet om Basal kroppskjennskap som jeg fikk stor tro på mens jeg var på Vardåsen. Men jeg har jo skjönt at alder er uten betydning, det er personligheten som teller. Det er fint å komme hit, spesielt på dårlige dager. Det er mange interessante mennesker her, med meninger, kunnskaper og masse livserfaring.

– Fellesskapet er viktig, sier Randi Elise Flottorp. Som Arne Nils Kristiansen bor hun alene.

– Jeg sa tusen takk til tilbudet da jeg fikk det, selv om jeg aldri hadde hørt om det før. Jeg gleder meg til tirsdagene på Dagavdelingen. Ved å ha denne tilknytning- en vet jeg dessuten at jeg kan få hjelp hvis det kniper.



Arne Nils Kristiansen og Randi Elise Flottorp har funnet tonen og trives på Dagavdelingen. Fellesskap er viktig, sier de.

Begge er enige om at felles erfaringsbakgrunn er viktig.

– Andre forstår ikke de plagene vi har. Her forstår alle hva vi sliter med. Det gir samhørighet. Og de som jobber her er fenomenale. De har et ekstra stort hjerte. Vi blir tatt imot med smil, varme og utstrakte armer. Det er viktigere enn mange tror. De fortjener masse skryt. Psykiateren her er også et vidunderlig menneske og veldig flink.

Når de blir friske nok, skal de skrives ut av Dagavdelingen. Begge gruer seg til den dagen de blir «sagt opp», som de kaller det. De har ikke noe tilsvarende tilbud i bydelen, og ingen kan tenke seg å gå på et vanlig dagsenter for eldre.

– Der er det sannsynligvis en del som har demens. Tilbudet kan være bra for dem, men passer ikke for oss. Det blir trist å ikke ha dette å gå til.

### Utfordringer i bydelene

Mens pasienten er knyttet til Dagavdelingen, jobber primærkontakten med å bygge opp et nettverk i vedkommendes bydel. Det kan by på utfordringer.

– Isolasjon og ensomhet er et problem for mange med psykiske lidelser. Mange klarer å ordne med medisiner sine selv og trenger ikke praktisk hjelp, men har behov for oppfølging fra Psykisk Helse i bydelen. De fleste får ikke et slikt tilbud fordi de har fylt 67 år. De blir tilbudt helsetjenester på lik linje med andre over 67 år. Da blir gjerne løsningen en dagsenterplass sammen med eldre som ikke har psykiske helseplager. Dette tilbudet er utilstrekkelig for mange, og kan resultere i en passiv og isolert tilværelse, noe som igjen kan føre til tilbakefall. Noen kunne hatt nytte av å gå på et eldresenter der det er flere aktiviteter, men ikke alle klarer å komme seg av sted på egen hånd. Det er ikke lett å etablere seg på et eldresenter og bli kjent med andre når du sliter psykisk.

<sup>1)</sup> Basal kroppskjennskap (BK) er en fysioterapeutisk tilnærming der helse fremmes gjennom bevegelse, balanse, avspenning og fri pust. Vil du lære mer om BK, gå inn på [www.nibk.org](http://www.nibk.org)



**Vi har en spennende arbeidsplass, sier enhetsleder Margrthe Huseby (høyre) og ledende spesialsykepleier Marianne G. Lind.**

## Ressursene går til de unge

Dere sier at bydelene ikke gir psykiatrisk helsehjelp til folk over 67 år?

– Noen gjør det, men ikke alle. De som ikke gjør det sier at tilbudet til alle over 67 år er hjemmetjenester og dagsenterplass, uavhengig av hva som feiler brukerne. Enkelte bydeler har psykisk helsearbeider ansatt i hjemmetjenestene, men vår opplevelse er at denne ressursen stort sett blir fordelt til de unge. I noen bydeler har de psykisk helsearbeider som kommer hjem og har samtale med pasienten.

De to lederne viser et eksempel på sviktende tilbud: Fra et netterverksmøte på Vardåsen før pasienten skal skrives ut går det bestilling på ukentlig samtale til bestillerkontoret i pasientens bydel.

– Det kan være en pasient som er ustabil. Da ber vi om hyppige tilsyn, gjerne daglig. Det vi opplever er ofte at det blir gitt tilsyn, men ikke av samme person og ikke av faglig kvalifisert personale. Da opplever pasienten ingen kontinuitet. Vi kan imidlertid ikke klandre våre kolleger i bydelene. De gjør så godt de kan, ut fra de ressursene de har.

Hva med pasientenes rettigheter?

– Det er ikke øremerkede midler i kommunen for å ivareta eldre med psykiske lidelser. Disse pasientene blir tilbudt samme helsetjenester som andre over 67 år.

Eldre med psykiske lidelser får sjelden dekket støttekontakt fra det offentlige. Dagavdelingen har derimot god kontakt med Røde Kors og Frivillighets-sentralen som kan skaffe støttekontakter på frivillig basis. Noen av avdelingens pasienter benytter seg av et slikt tilbud.

## Samarbeid på tvers

For å bidra til at pasientgruppen skal få et bedre tilbud i kommunen, deltar to ansatte fra Dagavdelingen i samarbeidsfora i bydelene, der de treffer både kommune- og spesialisthelsetjenesten.

– Vi tilbyr veiledning til bydelene, men det blir ikke alltid mottatt på grunn av tidsmangel. Alderspsykiatrisk avdeling har gått sammen om et brev til bydelsoverlegene og lederne for bestillerkontorene om hvilke tilbud vi mener vil være bra for våre brukere, og har også pekt på mangler. Dagavdelingen har siden mai 2009 deltatt i Samarbeidsforum II som er forankret ved Ryen DPS<sup>1)</sup> og Josefinegaten DPS. En følge av dette samarbeidet er at vi nå deltar i bydelsvise samarbeidsgrupper hvor vi kan ta opp enkeltsaker og sikre gode overganger ved overføring av pasienter mellom første- og annenlinjetjenesten.

## Spennende fagfelt – lavt prioritert

Hva tenker dere om den politiske prioriteringen av alderspsykiatrien?

– Det har vært altfor lite fokus på denne pasientgruppen. Jeg skulle gjerne sett en annen fordeling av midler, sier Marianne Glomstad Lind.

Fremover tenker de at tilbudet må utvikles faglig i takt med behovene hos nye pasientgrupper. Også aktiviteten i Brukerrådet peker fremover.

– Denne gruppen har ikke krevd noe særlig. Nå blir de mer bevisste på sine behov og rettigheter, og vi må stadig jobbe med innholdet i tilbudet her. Det er morsomt å se hvordan pasienter gjennom å være medlemmer av brukerrådet får ny glød ved at de kan dele av sine erfaringer og bidra til at andre kan få det bedre. Det er morsomt og nyttig for oss, og de blir mer og mer aktive.

Er dette en spennende jobb?

– Veldig spennende, kommer det i kor.

– Det finnes ikke fasitsvar, og vi må stadig utvikle oss. Pasientgruppen er fantastisk å jobbe med. Dessuten ser vi at det vi gjør, hjelper. Fordi vi har den kontinuerlige kontakten, kan vi fange opp forandringer hos pasienten på et tidlig tidspunkt og således sette inn nødvendig behandling. I opp- og nedturer kan vi gå ved siden av dem og gi støtte når det trengs. Det er givende.

<sup>1)</sup> DPS: Distriktpsikiatrisk senter (red.).

# Eldre med psykiske plager er ikke prioritert i kommunene!

Dette sier Mirka Kraus, landets første gerontopsykolog med offentlig avtale. Hennes stilling er opprettet av Helse Sør-Øst med formål å avlaste alderspsykiatriske avdelinger i helseregionen, og behandle – ikke utrede – personer over 65 år med psykiske lidelser.

– En alvorlig mangel i systemet er at personer over 65 år som har psykiske plager, ikke prioriteres verken i kommunene eller på de distriktpsykiatriske sentrene. Det er ille – ikke minst med tanke på den demografiske utviklingen vi står overfor, sier Mirka.

I neste nummer av Demens&Alderspsykiatri kan du lese intervjuet med Mirka Kraus. Hun har gjort seg mange tanker om situasjonen for eldre med psykiske plager. (Red.)



Aldring og helse  
Forlaget

Inger Anne Ree Hunderi – Ola Hunderi

## Vegen inn i skoddeheimen



Boka bygger på bilder malt av Inger Anne Ree Hunderi, som fikk diagnosen Alzheimers sykdom da hun var 55 år gammel. Ektemannen Ola Hunderi har skrevet dikt til bildene. Han forteller også i prosaform om det å miste en kjær ektefelle litt etter litt – mens hun ennå lever. Musikeren og komponisten Karl Seglem ble så grepet av Inger Annes og Olas historie at han komponerte verket *Skoddeheimen*. En cd med den innspilte musikken følger hver bok.

Utgivelsen er tospråklig, nynorsk og engelsk, i håp om at den kan få et publikum også utenfor Norges grenser.

ISBN 978-82-8061-121-5

kr. **320,-**  
114 sider

Boken kan bestilles fra: **Forlaget Aldring og helse**

Psykiatrien i Vestfold HF, Postboks 2136, 3103 Tønsberg  
Tlf.: 33 34 19 50, E-post: [post@aldringoghelse.no](mailto:post@aldringoghelse.no)  
[www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no)



Harald A. Nygaard, professor emeritus, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus og Seksjon for geriatri, Institutt for allmennmedisinske fag, UiB.  
Geir Selbæk, Psykiater PhD, Alderspsykiatrisk kompetansesenter, Sykehuset Innlandet HF og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

«Bruken av antipsykotika til eldre har vært tema i flere år både i media og i fagmiljøet. Så langt synes resultatet med hensyn til å unngå de mest problematiske legemidlene å være bedrøvelig.» Det skriver Harald A. Nygaard og Geir Selbæk i sin artikkel. Ut fra det som er kjent om bivirkninger av antipsykotika hos eldre er det verdt å merke seg at de eldste får forskrevet aller mest antipsykotika.

# Fylkesvis forskrivning av antipsykotika til eldre

Tidligere salgsstatistikker fra Norsk Medisinal Depot (NMD) har dokumentert fylkesvise forskjeller i salg av enkelte legemidler, blant annet antipsykotika. En mer detaljert vurdering av legemiddelbruken har imidlertid ikke vært mulig på grunnlag av NMDs salgsstatistikker. Det nasjonale Reseptregisteret har nå gjort det mulig å studere omsetning av reseptpliktige legemidler for fylker, aldersgrupper og kjønn.

Hovedindikasjonen for antipsykotika er psykotiske tilstander. I 2004 utgav Legemiddelverket terapianbefalinger for atferdsmessige og psykologiske symptomer hos personer med demens (APSD) (1). Anbefalingene understreker at behandling med antipsykotika bør begrenses til alvorlige atferdssymptomer. Det henvises til økt fare for cerebrovaskulære hendelser ved bruk av atypiske antipsykotika<sup>1)</sup>. Samtidig ble ulempene i form av sjenerende, til dels alvorlige/livs-truende bivirkninger fremhevet (ekstrapyramidale symptomer, tardive dyskinesier, hjertearytmier) (1). Bruken av begge typene er forbundet med økt mortalitet, muligens høyere for konvensjonelle enn for atypiske antipsykotika (2).

Vi har tidligere vist at forskrivning av antipsykotika i 2007 var noe lavere enn i 2004 for befolkningen som helhet (22,45 henholdsvis 22,77 per 1 000 innbyggere)

(3). Forskrivningsraten er imidlertid høyere for eldre enn yngre personer. For personer i aldersgruppen 60-69 år var forskrivningsraten i 2007 34,5 per 1 000 personer, mens den i aldersgruppen 80-89 år var 56,4 per 1 000 personer (Ibid.). I denne artikkelen ønsker vi å belyse fylkesvise forskrivningsmønstre for antipsykotika i 2007.

## Materiale og metode

Datagrunnlaget er basert på Reseptregisteret, en fritt tilgjengelig database som registrerer utlevering fra apotek av alle reseptpliktige legemidler ([http://www.reseptregisteret.no\\_15. juni 2009](http://www.reseptregisteret.no_15.juni.2009)) (4). Det er fortrinnsvis brukt deskriptiv statistikk. Risk Ratio med 95 prosent konfidensintervall (95 prosent KI) er brukt til å sammenlikne forskrivning av antipsykotika mellom aldersgrupper og mellom fylker. Fordi en del av våre lesere ikke er vant med eller kjenner til legemidlers generiske navn, benyttes registrerte varemerker. I tilfeller hvor det finnes flere medikamenter med identisk innhold, refererer navnet seg til det mest brukte preparatet. Stemetil og Litium hører begge med til legemiddelgruppen antipsykotika, men forskrives ofte på andre indikasjoner enn psykoser og atferdssymptomer. I en tidligere artikkel som belyste andre aspekter av forskrivningspraksis for antipsykotika ble disse to utelukket fra statistisk analyse (3). I denne artikkelen inngår imidlertid Stemetil i noen av analysene.

## Resultater

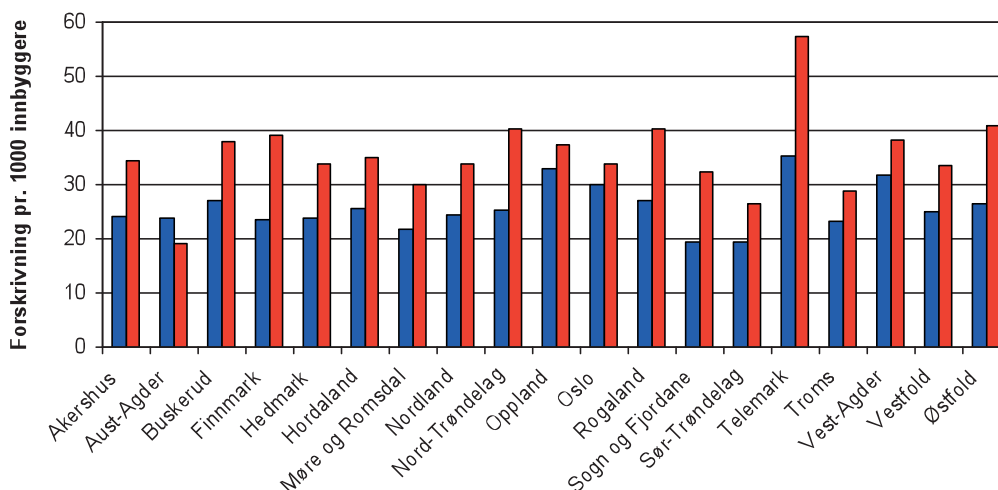
Det var en signifikant høyere andel personer i aldersgruppen 80-89 år som fikk forskrevet et antipsykoti-

<sup>1)</sup> Nyere antipsykotika omtales gjerne som atypiske antipsykotika eller annengenerasjons antipsykotika, fordi de i mindre utstrekning enn eldre antipsykotika (konvensjonelle eller 1.generasjons antipsykotika) utløser motoriske bivirkninger som for eksempel ekstrapyramidale bivirkninger og tardive dyskinesier. Det vil si at de blir bedre tolerert.



Figur 1

Fylkesvis forskrivning av antipsykotika for 2007 for aldersgruppene  
60-69 år (blå) og 80-89 år (rød)



kum i 2007 sammenliknet med aldersgruppen 60-69 år (Tabell 1 og Figur 1). Sannsynligheten for at personer i den eldste aldersgruppen fikk antipsykotika var i størrelsesorden fra 13 til 68 prosent.

Unntaket var Aust-Agder hvor forskrivningsraten var noe lavere i den eldste aldersgruppen. Likeledes var det betydelige forskjeller mellom fylkene med hensyn til forskrivning av antipsykotika til personer i aldersgruppen 80-89 år. Sammenliknet med Aust-Agder, som hadde den laveste forskrivningsraten, var andelen eldre (80-89 år) i Telemark som fikk forskrevet et antipsykotikum tre ganger større, tabell 1 (s. 25).

Tabell 2 (s. 26) viser den innbyrdes fordelingen av åtte antipsykotiske preparater som ofte forskrives til eldre. Selv om mønsteret varierer, topper Nozinan listen i samtlige fylker, mens Haldol de fleste steder inntar andreplass. Det er større variasjon i forskrivning av atypiske antipsykotika. I enkelte fylker utgjør for eksempel Risperdal en vesentlig del av forskrivningene (Nord-Trøndelag, Oppland og Finnmark omkring en femdel), mens Zyprexa har omtrent samme omfang i Troms, Nordland, Sogn og Fjordane og Hedmark. I Aust-Agder dominerer bruken av konvensjonelle antipsykotika.

Som det fremgår av tabell 1 (kolonne 2 og 3) utgjør Stemetil og Litium til sammen en betydelig del av forskrivningene, hvorav størstedelen faller på Stemetil.

Dersom Stemetil tas med i sammenlikningen, utgjorde dette medikamentet mellom 27 og 44 prosent av alle forskrivningene. For de øvrige er det en tilsvarende reduksjon (endringen er kun vist for Nozinan).

*«Forskrivningsraten var signifikant høyere for aldersgruppen 80-89 år i forhold til aldersgruppen 60-69 år.»*

### Diskusjon

Detaljanalyse av fylkesvis forskrivning av antipsykotika svarer med forskrivningspraksis som er påvist for landet som helhet (3). Tendensen er den samme

i alle fylkene, forskrivningsraten var signifikant høyere for aldersgruppen 80-89 år i forhold til aldersgruppen 60-69 år (fra 13 til 68 prosent høyere). Unntaket var Aust-Agder, hvor andelen var noe lavere i den eldste aldersgruppen. Aust-Agder var imidlertid fylket hvor bruken av konvensjonelle antipsykotika var mest fremtredende.

Antipsykotika er i første rekke indisert til bruk ved schizofreni og andre psykotiske lidelser, både akuttbehandling og forebygging. Hos eldre brukes det også i stor utstrekning ved APSD (atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens). Risperdal er det eneste antipsykotikum som er godkjent til bruk ved alvorlige atferdssymptomer hos personer med demens

(5). I disse tilfellene anbefales kun kortvarig behandling (1). Flere antipsykotika – både konvensjonelle og atypiske – har alvorlige bivirkninger, både akutte og

*«Enkelte medikamenter har det vært direkte advart mot å bruke til eldre.»*

langtidsbivirkninger. I faglitteraturen har det i mange år vært manet til forsiktighet i bruken av antipsykotika på uklare indikasjoner. Enkelte medikamenter har det vært direkte advart mot å bruke til eldre. Det er utarbeidet kvalitetsindikatorer for forskrivning av legemidler til eldre. Disse støtter seg på internasjonale retningslinjer og omfatter legemidler som anses uheldig å bruke hos eldre personer (6). Det er påfallende at tre av dem det advares mot brukt hos eldre topper forskrivningslisten i Norge: Nozinan, Stemetil og Truxal. Dette forskrivningsmønsteret står i motsetning til det man har sett i sykehjem, hvor bruken av for eksempel Nozinan er lav (7). Vi kan ikke uttale oss om indikasjonen for forskrivningene av de antipsykotika som inngår i denne undersøkelsen. For de mest brukte antipsykotika er det vanskelig i det hele tatt å finne adekvat dokumentasjon som tilsier at de blir forskrevet til eldre personer. Det er heller ikke i samsvar med Legemiddelverkets anbefalinger for bruk av antipsykotika ved APSD (1).

Allmennpraktiserende leger står for 84 prosent av alle forskrivninger av antipsykotika til hjemmeboende personer over 80 år (8). Bruken av antipsykotika til eldre har vært tema i flere år både i media og i fagmiljøet. Så langt synes resultatet med hensyn til å

*«...leger med mer enn ti års fartstid hadde økt sannsynlighet for å forskrive legemidler som helst ikke bør brukes av eldre.»*

unngå de mest problematiske legemidlene å være bedrøvelig. Som ledd i kvalitetsforbedring av forskrivningspraksis arbeides det for tiden med prosjektet Kollegabasert terapiveiledning. Som del av dette prosjektet ble deltagende legers forskrivningspraksis for personer 70 år og eldre registrert i forkant av videreutdanningsprogrammet (6). Det viste seg at å arbeide i gruppepraksis var assosiert med lavere forskrivning, mens leger med mer enn ti års fartstid hadde økt sannsynlighet for å forskrive legemidler som helst ikke bør brukes av eldre. Det konkluderes med at eldre leger åpenbart har vanskeligere for å

adaptere nye retningslinjer for legemiddelforskrivning (6). Foreløpige resultater av kollegabasert veiledning er oppløftende. De tyder på at man kan lykkes i å omlegge forskrivningsvaner av antipsykotika. I deltagerggruppen ble antall pasienter som ble eksponert for antipsykotika redusert med omkring 25 prosent (personlig meddelelse, Jørund Straand).

■ [harald.nygaard@hotmail.co.uk](mailto:harald.nygaard@hotmail.co.uk)  
[geir.selbaek@aldringoghelse.no](mailto:geir.selbaek@aldringoghelse.no)

Referanseliste – side 43.

## Hva sier Fylkeslegen i Telemark?

Det kommer frem fra artikkelen foran at Telemark topper statistikken over forskrivninger av antipsykotika til eldre. Vi har bedt Fylkeslegen i Telemark om en kommentar:

– Her setter Demens&Alderspsykiatri fingeren på en sak vi opplagt må se nærmere på og legge en strategi for å følge opp fra Helsetilsynet i Telemark, sier assisterende fylkeslege **Yngve Holmern**.

– Vi vil gjerne gjøre en del kartlegging og drøftinger før vi analyserer situasjoner og utarbeider strategi for tiltak. Søk på Reseptregisteret avdekker at Telemark ligger høyt over landsgjennomsnittet også når det gjelder anxiolytika og hypnotika bedømt ut fra brukere per 1 000 innbyggere i aldersgruppa 80-89.

Kontoret har i perioder tidligere hatt samarbeid med Telemark legeförening og Borgestadklinikken i slike sammenhenger. Både legeförening og kommuner vil være aktuelle drøftingspartnere med hensyn til antipsykotika (og andre medikamenter) til gamle, og det vil være aktuelt å kartlegge hvordan fastlegers behandlingsprofil vil være for gamle hjemmeboende i relasjon til medisinforskriving ved sykehjem. Vi har i Telemark en aktiv og velfungerende seksjon for alderspsykiatri ved Sykehuset Telemark som har vært brukt og vil bli brukt i rådgivning til fastleger og sykehjemsleger når det gjelder psykofarmaka til de eldste.

Hvilket tidsperspektiv har dere på arbeidet dere nå vil gjøre?

– Vi tar kontakt med sentrale personer og instanser ganske raskt og finner i samarbeid ut hvordan dette spørsmålet best kan behandles.

Tabell 1

### Fylkesvis forskrivning av antipsykotika rangert etter forskrivning av antipsykotika til aldersgruppen 80-89

(kolonne 2 – Stemetil og Litium ekskludert)

| Fylke            | Alle <sup>1</sup> | Bruker per 1000 innbyggere <sup>2</sup> |       |      |             | Sammenlikning Aust-Agder versus andre fylker |             |
|------------------|-------------------|-----------------------------------------|-------|------|-------------|----------------------------------------------|-------------|
|                  | 80-89             | 80-89                                   | 60-69 | RR   | 95 % KI     | RR                                           | 95 % KI     |
| Aust-Agder       | 37,71             | 19,20                                   | 23,87 | 0,81 | 0,63 – 1,03 | 1,00                                         |             |
| Sør-Trøndelag    | 43,22             | 26,36                                   | 19,28 | 1,37 | 1,19 – 1,57 | 1,39                                         | 1,08 – 1,77 |
| Troms            | 42,27             | 28,88                                   | 23,33 | 1,24 | 1,03 – 1,48 | 1,52                                         | 1,16 – 1,98 |
| Møre og Romsdal  | 45,42             | 30,14                                   | 21,82 | 1,38 | 1,21 – 1,58 | 1,59                                         | 1,25 – 2,02 |
| Sogn og Fjordane | 51,10             | 32,39                                   | 19,31 | 1,68 | 1,37 – 2,05 | 1,71                                         | 1,31 – 2,23 |
| Vestfold         | 58,73             | 33,64                                   | 24,98 | 1,35 | 1,18 – 1,54 | 1,78                                         | 1,39 – 2,27 |
| Hedmark          | 55,32             | 33,78                                   | 23,68 | 1,43 | 1,25 – 1,63 | 1,79                                         | 1,40 – 2,28 |
| Oslo             | 53,64             | 33,86                                   | 29,93 | 1,13 | 1,03 – 1,24 | 1,79                                         | 1,42 – 2,25 |
| Nordland         | 50,89             | 33,96                                   | 24,32 | 1,40 | 1,33 – 1,59 | 1,80                                         | 1,41 – 2,29 |
| Akershus         | 57,31             | 34,31                                   | 24,02 | 1,43 | 1,30 – 1,57 | 1,81                                         | 1,44 – 2,29 |
| Hordaland        | 58,20             | 34,92                                   | 25,73 | 1,36 | 1,23 – 1,49 | 1,85                                         | 1,47 – 2,33 |
| Oppland          | 59,43             | 37,29                                   | 32,93 | 1,13 | 1,00 – 1,29 | 1,98                                         | 1,55 – 2,52 |
| Buskerud         | 61,83             | 38,02                                   | 27,16 | 1,40 | 1,24 – 1,58 | 2,02                                         | 1,59 – 2,56 |
| Vest-Agder       | 55,10             | 38,25                                   | 31,85 | 1,20 | 1,04 – 1,39 | 2,03                                         | 1,58 – 2,68 |
| Finnmark         | 50,68             | 38,76                                   | 23,56 | 1,40 | 1,18 – 1,66 | 2,06                                         | 1,52 – 2,79 |
| Nord-Trøndelag   | 57,32             | 40,05                                   | 25,32 | 1,36 | 1,23 – 1,51 | 2,13                                         | 1,70 – 2,70 |
| Rogaland         | 58,75             | 40,22                                   | 27,16 | 1,48 | 1,34 – 1,64 | 2,14                                         | 1,70 – 2,70 |
| Østfold          | 72,01             | 41,00                                   | 26,43 | 1,55 | 1,39 – 1,74 | 2,18                                         | 1,72 – 2,76 |
| Telemark         | 85,39             | 57,33                                   | 35,44 | 1,62 | 1,44 – 1,82 | 3,11                                         | 2,45 – 3,93 |

<sup>1</sup> Brukere per 1000 innbyggere for alle antipsykotika (N05A) inklusive Stemetil og Litium

<sup>2</sup> Stemetil og Litium ekskludert

*Første kolonne* viser forskrivning pr. 1000 innbyggere for alle antipsykotika (ATC gruppe N05A) for personer i aldersgruppen 80-89 år.

*Kolonne 2 og 3:* brukere pr. 1000 innbyggere i aldersgruppene 80-89 år og 60-69 år.

*Kolonne 4:* Relativ risiko (RR) for at personer i aldersgruppen 80-89 år bruker antipsykotika sammenliknet med aldersgruppen 60-69 år.

*Kolonne 6:* Relativ risiko (RR) for forskrivning av antipsykotika til personer i aldersgruppen 80-89 år hvor Aust-Agder er referansegruppen. (Sammenliknet med Aust-Agder har personer i Telemark omtrent tre ganger så stor sannsynlighet for å få forskrevet antipsykotika.)

Tabell 2

**Enkeltmedikamenters andel av samlet forskrivning  
av antipsykotika for aldersgruppen 80-89 år for 2007**

| Fylke            | Zyprexa | Truxal | Trilafon | Seroquel | Risperdal | Fluanxol | Haldol | Nozinan | Nozinan <sup>1</sup> | Stemetil <sup>1</sup> |
|------------------|---------|--------|----------|----------|-----------|----------|--------|---------|----------------------|-----------------------|
| Akershus         | 9,63    | 11,77  | 9,33     | 4,43     | 7,80      | 9,79     | 16,51  | 30,73   | 19,74                | 35,76                 |
| Aust-Agder       | 7,32    | 12,20  | 8,54     | 0,00     | 9,76      | 17,07    | 17,07  | 28,05   | 15,75                | 43,84                 |
| Buskerud         | 14,57   | 10,99  | 6,95     | 4,93     | 17,26     | 5,16     | 16,59  | 23,54   | 15,24                | 35,27                 |
| Finnmark         | 6,25    | 11,25  | 1,25     | 1,25     | 22,50     | 1,25     | 27,50  | 28,75   | 21,50                | 25,23                 |
| Hedmark          | 16,98   | 12,13  | 4,04     | 1,35     | 15,63     | 8,63     | 8,36   | 32,88   | 20,96                | 36,25                 |
| Hordaland        | 7,96    | 12,57  | 5,87     | 9,22     | 12,85     | 3,91     | 15,50  | 32,12   | 20,59                | 35,90                 |
| Møre og Romsdal  | 12,27   | 10,13  | 4,00     | 5,07     | 13,87     | 4,00     | 28,80  | 21,87   | 15,10                | 30,94                 |
| Nordland         | 17,74   | 9,41   | 4,30     | 3,49     | 12,90     | 5,38     | 13,71  | 33,06   | 22,99                | 30,47                 |
| Nord-Trøndelag   | 6,56    | 6,18   | 3,47     | 18,53    | 23,94     | 2,70     | 12,36  | 26,25   | 18,89                | 28,06                 |
| Oppland          | 7,40    | 5,21   | 2,19     | 3,01     | 20,27     | 7,12     | 18,90  | 35,89   | 23,31                | 35,05                 |
| Oslo             | 12,68   | 15,01  | 5,95     | 3,23     | 14,49     | 6,86     | 19,92  | 21,86   | 14,79                | 32,37                 |
| Rogaland         | 10,02   | 7,98   | 7,98     | 12,73    | 10,19     | 5,09     | 19,69  | 31,07   | 22,70                | 26,92                 |
| Sogn og Fjordane | 20,43   | 9,14   | 4,84     | 9,68     | 15,05     | 0,54     | 14,52  | 25,81   | 18,75                | 27,34                 |
| Sør-Trøndelag    | 8,71    | 10,97  | 4,52     | 9,68     | 11,61     | 10,00    | 21,29  | 23,23   | 14,66                | 36,86                 |
| Telemark         | 3,96    | 8,33   | 10,21    | 2,29     | 7,29      | 4,38     | 16,46  | 47,08   | 32,42                | 31,13                 |
| Troms            | 16,36   | 11,52  | 3,03     | 0,61     | 12,73     | 4,24     | 17,58  | 33,94   | 24,24                | 28,57                 |
| Vest-Agder       | 6,50    | 12,20  | 4,07     | 0,41     | 12,60     | 4,47     | 15,45  | 44,31   | 31,14                | 29,71                 |
| Vestfold         | 7,85    | 6,10   | 4,94     | 14,24    | 8,72      | 6,98     | 24,42  | 26,74   | 16,14                | 39,65                 |
| Østfold          | 6,11    | 8,09   | 5,13     | 2,96     | 13,21     | 6,31     | 29,39  | 28,80   | 17,42                | 39,50                 |

<sup>1</sup> Disse to kolonnene referer seg til andel av forskrivning av Nozinan og Stemetil når Stemetil inkluderes. Tilsvarende endringer som for Nozinan finner man også for de øvrige antipsykotika, men dette er utelatt i tabellen.

## 20. Nordiske Kongress i Gerontologi

Reykjavik, 30. mai - 2. juni, 2010

Healthy Ageing in the 21 Century

Frist for innlevering av abstract er 31. januar 2010

Mer informasjon om kongressen se [www.20nkg.is](http://www.20nkg.is)







Anne Marie Mork Rokstad, enhetsleder Demens,  
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse



# Skal – skal ikke?

## Diskusjon om bruk av antipsykotika til personer med demens på IPAs 14. verdenskongress i Montreal i oktober

En rekke ledende fagpersoner innen alderspsykiatrien var invitert til å holde innlegg og delta i diskusjonen om hvilke anbefalinger en skulle gi på dette området. Norske studier fra sykehjem viser at antipsykotika brukes til personer med demens som behandling for aggresjon og utagering, og at pasienter blir stående lenge på disse medikamentene (1).

### Alvorlige bivirkninger

Første innleder, professor Nathan Herrmann fra Toronto i Canada, gjennomgikk de alvorlige bivirkningene som pasienter med demenssykdom utsettes for ved bruk av antipsykotika. Dette dreier seg blant annet om

- stivhet i kroppen med risiko for fall og lårhalsbrudd
- reduksjon i kognitiv funksjon, altså en forverring av demenssymptomene
- vektøkning
- økt risiko for diabetes
- økt risiko for hjertearytmier.

Bruk av antipsykotika gir økt dødelighet hos pasientene. Samtidig poengterte Herrmann at de studier som er foretatt vedrørende effekt av antipsykotika på agitasjon hos pasienter med demens, i beste fall viser moderat effekt, og at en rekke studier ikke gir holdepunkt for at medikamentene har effekt. Han poengterte at det ikke finnes holdepunkter for at bruk av antipsykotika gir bedret livskvalitet for denne pasientgruppen.

### Kun tidsbegrenset bruk

Professor Clive Ballard fra King's College i London var noe mer tilbøyelig til å anbefale bruk av antipsykotika ved alvorlig grad av agitasjon og ved psykotiske symptomer som hallusinasjoner og vrangforestillinger. Han tok imidlertid forbehold om at behandlingene måtte være tidsbegrenset på grunn av skadevirkningene og den økte dødsrisikoen ved lengre tids bruk. Hensynet til skadevirkningene ved langtidsbehandling bør veie tyngre enn den begrensede effekten antipsykotika kan ha på pasientens atferd.

### Alternativer finnes

Alternativene til medikamentell behandling ble også presentert. Lovende studier der opplæring og dyktig-

gjøring av personalet har vist effekt på forekomsten av agitasjon hos pasientene, ble trukket frem. Intervensjoner som retter seg mot pårørende for å gi øket forståelse og mestring samt redusere deres stressbelastning, har gitt positive resultater. Alternativ til medikamenter i form av miljøbehandling synes ikke å knyttes til et spesifikt behandlingstiltak. Det handler om å tilrettelegge for en bred, individuelt tilpasset og integrert pleie og omsorg som tar utgangspunkt i den enkelte pasients situasjon og behov.

### Klinikk og akademia

I den åpne diskusjonen etter innleiderne ble det tatt til orde for at det er forskjell på hvordan spørsmålet om bruk av antipsykotika til personer med demens håndteres av en praktiserende kliniker og hvordan det ses på fra et akademisk ståsted. I den praktiske hverdag er det vanskelig å predikere effekt og mulige bivirkninger på forhånd – det blir gjerne til at en prøver seg frem. Antipsykotika ordineres ofte av allmennpraktikere og tilsynsleger med liten erfaring med denne typen medikasjon. De må basere seg på observasjoner fra pleie- og omsorgspersonale, ofte med påtrykk om å gjøre noe.

### Pasienten får svarteper

En av debattantene påpekte at pasienten må bære risikoen og ulempene ved bruk av antipsykotika, mens omgivelsene høster fordelene hvis medikamentet virker slik at pasienten får en mer dempet atferd. Mye tyder på at pasienter som behandles med antipsykotika alt i alt får en dårligere livskvalitet.

Det var bred enighet om at hvis det ordineres antipsykotika til personer med demens, må nedtrapping og seponeringsforsøk starte etter seks ukers behandling. Mulighetene for behandling av utfordrende atferd hos personer med demens ligger i utvikling av miljøbehandling basert på bred kartlegging og innrettet mot den enkelte pasients behov.

### Referanser

1. Selbæk G (2008): Behavioural and Psychological Symptoms of dementia in Norwegian nursing homes – prevalence, course and association with psychotropic drug use. Faculty of medicine, University of Oslo.



# Kunnskap er ikke det verste man har

## Miljøarbeid i teori og praksis

I september startet studiet *Miljøterapi i demensomsorga* for andre gang på Høgskulen i Volda. Kurset som går over to semestre og gir 15 studiepoeng, er kommet i gang etter initiativ fra syv kommuner på Sunnmøre. De har gått sammen om kompetanseheving og kaller seg *Sjustjerna omsorg*.

Volda, Ørsta, Herøy, Vanylven, Sande, Ulstein og Hareid kommuner ba Høgskulen i Volda om å opprette et studium innenfor miljøterapi. Hvorfor akkurat dette feltet, høgskolelektor Anne-Sofie Egset?

– *Omsorgssenteret i Volda fikk Omsorgsprisen i 2008, og der foregår det mye godt miljøarbeid. Pleie- og omsorgssjefen i Volda foreslo dette som tema for kompetanseheving, og de andre kommunene var enige om at bevisstgjøring og systematikk i miljøarbeid er viktig.*

De syv kommunene søkte Møre og Romsdal fylke om en koordinator og fikk en halv prosjektlederstilling innenfor kompetanseheving i omsorgstjenestene. Kommunene avgjør hvor mange søkere de vil prioritere til studiet. Kursavgiften blir etter søknad dekket av fylkets kompetansehevingsmidler.

### Nytt fag – nye takter

På Høgskulen i Volda var miljøterapi i demensomsorgen nytt fag da det ble innført i fjor. Kommuner også utenfor Sjustjerna omsorg meldte sin interesse, og i år var det 43 søkere til studiet. Kullet ble på 26 studenter. Det er Egset godt fornøyd med. Et ønske fra initiativkommunene var at studiet skulle gå over to semestre, slik at det ble mulig å kombinere med jobb.

– *Det tror jeg har gjort at flere kan ta studiet.*

*Dessuten får de tid til å fordøye stoffet og se det i forhold til den praktiske hverdagen i eldreomsorgen. Det gir en pedagogisk gevinst å kombinere studier og arbeid på denne måten.*

I løpet av høst- og vårsemesteret arrangeres det fire studentsamlinger på høgskolen, for øvrig arbeider studentene hjemme. Et ledende prinsipp i undervisningen er det Egset kaller å «finne tonen»; å bruke seg selv i samspill med andre og utvikle trygghet for det man står for faglig. En dramalærer på høgskolen trekkes inn på hver samling, og metoden Forum Teater blir brukt. Det er en form for rollespill der studentene deltar med relevante etiske problemstillinger som de møter i hverdagen, og der tilhørerne kan gripe inn og overta plassen til de «skuespillerne» som er i gang. Slik kan nye synspunkter komme inn og snu spillet.

– *Det morsomme var at flere av fjorårets studenter så at dette er en metode som kan brukes også i låste og vanskelige situasjoner på jobben.*

### Studiekrav

Det er obligatorisk fremmøte på samlingene, og ett av arbeidskravene er at studentene i grupper skal utvikle et miljøtiltak. Gruppene er inndelt geografisk ut fra arbeidsplassene, slik at de skal kunne samarbeide underveis. På tredje samling skal de legge frem en skisse over sitt miljøtiltak.

– *Kravet er at det skal være gjennomførbart på egen arbeidsplass, og de skal begrunne hvorfor tiltaket er viktig.*

Deretter skal de skrive en individuell oppgave der de utdyper et miljøtiltak med bakgrunn i faglitteraturen. Studentene skal dessuten respondere på hverandres arbeid. Til slutt har de hjemmeeksamen.

## Positive ringvirkninger

Anne-Sofie Egset forteller om gode tilbakemeldinger fra fjorårets studenter og deres ledere.

– De har satt i gang miljøtiltak på sykehjem, omsorgsboliger og dagsentre. Nabokommunene Ørsta og Volda innledet et samarbeidsprosjekt da de var i gruppe sammen. I Volda startet et samarbeid mellom barnehage, en boavdeling og dagavdelingen på omsorgssenteret. I Sykkylven har personalet og pårørende på sykehjemmet gått sammen om å lage en livsminnebok.

Er studiet kommet for å bli?

– Det er vanskelig å svare på. Det er et betalingsstudium, og vi er avhengige av at noen dekker driftskostnadene. Fylket har kompetansehevingsmidler frem til 2015, og så lenge kommunene har behov for økt kompetanse i demensomsorgen vil jeg tro at det fortsetter. Sjustjerna omsorg har startet en diskusjon om påbygging av kurset til 30 studiepoeng.

## Drevne damer ønsker påfyll

Alice Vadset, Marit Eide Lunde, Dagrun Haugen, Liv Borghild Sekkeseter og Torill Botnen har til sammen 105 års erfaring fra sykehus, sykehjem og/eller dagsenter. Nå vil de lære mer om demens og miljøbehandling. På andre dag av studiet er de entusiastiske.

– Blant annet er det viktig å lære om kommunikasjon med personer med demens, mener sykepleier Dagrun Haugen.

### – Miljøbehandling er viktig!

Sykepleier Marit Eide Lunde jobber i en vanlig sykehjemsavdeling og ser at pasienter med demens blir gående litt for seg selv og at det ikke er kapasitet til å gi dem den oppfølgingen de trenger.

– Alle som har demens burde få bo i et tilrettelagt miljø.

– Som aktivitør er jeg privilegert og kan konsentrere meg om miljøarbeid, sier Torill Botnen.

– Likevel har jeg ofte følelsen av at jeg ikke får gjort alt jeg har planlagt. Da prøver jeg å tenke at det jeg tross alt har gjort kanskje har betydd en forskjell for noen av de eldre.

Gjennom de 33 årene hun har jobbet i eldreomsorgen har Alice Vadset opplevd både å være pårørende og den som møter pårørende. Dette ser hun på som god ballast.

– Det gjør det lettere å se beboerne som hele mennesker og tenke ut fra deres livshistorie. Som pårø-



Klare for faglig påfyll. Fra venstre: Torill Botnen, Dagrun Haugen, Liv Borghild Sekkeseter, Alice Vadset og Marit Eide Lunde.

rende er en sensitiv for hvordan «din» eldre har det. Det er lett å tenke at miljøarbeid er noe stort og innviklet, men det er ofte de små tingene som avgjør. Hvordan du tar på folk, om du har blikkontakt, hvordan du snakker med dem. Og i disse sparetider er det viktig at vi klarer å holde fokus på hva vi faktisk kan få til i hverdagen. Rolig nynning under stell kan virke beroligende på en pasient. Det er miljøarbeid, men krever verken ekstra tid eller penger.

Muligheten til faglig refleksjon ser alle fem på som en sjelden anledning i et travelt yrkesliv.

– Vi gleder oss til dette året!

## Fra tomhet til trivsel

### Miljøbehandling i hverdagen

Det er fin septemberdag i Volda. Litt hustrig ute, men inne på Solkroken er det lunt og rolig. Solkroken hører til Volda Omsorgssenter og består av åtte omsorgsboliger med bemanning. Noen av beboerne har demens, noen ikke.

Nå har beboerne hatt felles frokost, og utenfor vinduene begynner noe å skje.

### Inspirasjon og kunnskap ga resultater

Sykepleier Astrid Dimmen og hjelpepleier Merete Vartdal Øye arbeider på Solkroken på Omsorgssenteret i



Volda. I fjor tok de to miljøbehandlingsstudiet på Høgskulen i Volda, sammen med kollega Hilde Sæbønes.

– Jeg har vært hjelpepleier i 30 år og flere ganger tenkt på å ta etterutdanning, sier Merete.

– Da jeg så en annonse om miljøterapi i demensomsorgen, var saken klar. Dette hadde jeg lyst til. Da jeg begynte å arbeide her for seks år siden, så jeg at det nesten ikke fantes aktiviteter for de eldre i omsorgsboligene. Vi fikk høre at de var betraktet som hjemmeboende og at det ikke var vårt ansvar å sørge for aktiviteter. I mellomtiden har vi fått ny ledelse, og nå er holdningen bare positiv. Det er etablert samarbeid mellom forskjellige avdelinger for at vi skal klare å holde oppe aktivitetsnivået. Uten å ha ledelsen hundre prosent med oss, ville ikke det gått.

## Mer liv = bedre liv

I fjor høst startet to grupper ansatte ved Omsorgssenteret, 14 til sammen, på Demensomsorgens ABC. På en felles kursdag med kolleger fra flere avdelinger ble inspirasjonen for miljøbehandling glødende. Foreleseren på høgskolestudiet nørte videre opp under iveren, og i eksamensoppgaven skrev Astrid om husdyr som miljøarbeidere. Resultatene ser vi rett utenfor kjøkkenvinduet: kaninbur og hønsehus med ordentlig hønsegård.

– At vi tok ABC-en sammen skapte bedre samarbeid avdelingene imellom og gjorde det mulig å realisere miljøtiltakene. Studiet på Høgskulen ga en masse inspirasjon, og vi fikk dokumentasjon for at aktivitet har betydning for livskvaliteten hos personer med demens. Dessuten lærte vi at vi har plikt til å tilrettelegge for aktiv omsorg, og ikke bare tenke på pleie.



## Miljøarbeidere på to og fire

Utenfor vinduene har en av de ansatte tent på i fyrgrøten som henger i et stativ. De venter besøk fra Engeset barnehage, og pølser ligger klar til grilling. Beboerne får på seg yttertøy og ekstra pledd blir lagt klar. Her blir det moro ute i dag, og ingen skal fryse.

I et lite bur lever Palle, en mørkegrå, lodden kanin som elsker kos og klapp. I hønsehuset bor flere av de andre nyansatte miljøarbeiderne. Både de gamle og barna har glede av kakling og liv bak nettingen. Også pårørende gir uttrykk for at dette er positive innslag i hverdagen. Når de tar med sine eldre på tur i hagen som strekker seg rundt omsorgssenteret, har de noe å kikke på og snakke om.

Det er ikke gratis verken i tid eller penger å sette i gang et slikt tiltak, men ledelsen av omsorgssenteret var positiv.

– Vi har hatt basar og samlet inn penger, dagsenteret har bidradd med gavepenger og vi har brukt mye frivillig arbeid. Vi kjøpte en gjør-det-selv redskapsbod, og folk fra Lions kom og satte den opp på dugnad. Asylsøkere har snekret hønseburet. Og når først alt er på plass er det ikke mye ekstraarbeid for personalet å holde høns og kanin. Mating og eggheiting deler vi på mellom tre avdelinger, forteller Astrid og Merete.

## Barnehagen – en god nabo

Barna begynner å komme, og de er raskt borte hos Palle og hønene. Med litt hjelp av de voksne henter de egg i hønsehuset. Stor jubel – og litt undring. Liker høner vann fra flaske, mon? En av jentene prøver seg gjennom nettingen. En annen er borte og klapper kaninen som har funnet roen på et gammelt fang.

– Vi kunne ikke hatt bedre naboer enn barnehagen, sier en av beboerne. Hun liker livet som følger med barna og fryder seg over at de synger. For barna er de gamle en naturlig del av hverdagen, selv om de ikke



**Bildetekster:**

**1: Spennende eggsanking for en liten jente i hønsehuset.**

**2: Kaninen Palles myke pels er god å stryke både for små og store.**

**3: Merete Vartdal Øye og Astrid Dimmen med miljøarbeider Brunetta.**

prater så mye. Og nå sprer lukten av grillede pølser seg. Både gamle og unge lar det smake ute i høstluften. Barna skravler og tygger og spretter rundt som barn gjør. Etterpå er det tid for å takke. Det gjør de med sang. Stemningen er på topp.

### Innhold om dagen – søvn om natten

Bowling, bingo og trim er også nye tiltak på omsorgssenteret. Måltid som miljøtiltak er tema etter at de ansatte tok høgskolestudiet. Det har skapt bedre stemning under måltidene. Det er forandringer å spore hos beboerne etter at tiltakene ble igangsatt.

– *Helt klart. Nå har de felles opplevelser og noe å prate om. At høns og kanin holder til rett utenfor kjøkkenvinduene gjør at de har noe å se på selv om de er inne. Det kommer mye mer folk hit nå, og vi har besøk fra barnehagen flere ganger i uken. Vi ser at nattesøvnen er blitt bedre fordi det skjer mer om dagen. Nå er det bare én beboer som bruker sove-medisin. Før vi begynte med miljøarbeidet brukte fem-seks av åtte beboere sove-medisin. Vi har stille og rolig bare fjernet den, og ingen har savnet den. Vi har også færre fall nå, antakelig fordi det brukes mye mindre sove-medisin.*

Den nye kunnskapen og miljøtiltakene har skapt en bedre arbeidsplass, mener Astrid og Merete.

– *Det gjør dagen mer innholdsrik og spennende, og arbeidet er blitt mer meningsfylt, sier de to ildsjelene.*

### Bare positivt!

Pleie- og omsorgssjefen i Volda, Jorunn Anne Remme Tomasgard, er full av lovord over det som skjer på Omsorgssenteret.

– *Jeg har brent for miljøarbeid også før jeg kom hit, og jeg synes det er flott at de ansatte her er så ivrige for å skaffe seg kunnskap på dette feltet. Vi ser*

*store resultater av kunnskapen de har tilegnet seg, og nå ønsker flere å oppnå noe lignende for sine brukere. I år var det så mange som søkte seg til høgskolestudiet at vi dessverre ikke kunne la alle få delta, men seks studenter begynner på studiet til høsten. Dette er et eksempel på hvor viktig kunnskapsheving er, for nå ser de ansatte hva som skal til for at de eldre skal få økt livskvalitet i hverdagen.*

### Alle er med og drar lasset

Foruten omsorgsboliger har senteret sykehjemsplasser, dagsenter og rehabiliteringsavdeling. Ellinor Knardal er leder av Sone 2 som omfatter hjemmetjenester ute i kommunen og i omsorgsboligene. Knardal er opptatt av at alle på omsorgssenteret samarbeider om kompetansebygging gjennom Eldreomsorgens ABC og studiet på Høgskulen i Volda.

– *Vi samarbeider om miljøtiltakene de har etablert i Solkroken. Tiltakene er til glede for de fleste beboerne.*

Flere av de ansatte er nå i gang med perm 2 av Eldreomsorgens ABC, fordelt på to grupper. Volda Omsorgssenter har som oftest minimumsbemanning, så man kunne risikere at en avdeling ble tømt for personale på grunn av et ABC-møte. Dette har de løst ved å la enkelte som jobber i hjemmetjenestene utenfor omsorgssenteret jobbe på huset i stedet, og den som har vært ansvarlig for én avdeling har måttet ta en avdeling til. Dette har overhodet ikke ført til murring hos dem som ikke jobber med ABC-en, sier Ellinor Knardal.

– *Jeg har ikke hørt ett negativt ord, det er helt fantastisk. Det har spredt seg en positiv holdning på huset. Folk var flinke før, men jamen er de blitt enda flinkere. Det er høy standard på personalet her nå.*

Hovedformålet med en nytt «demensregister» er kvalitetssikring av diagnostikk og behandling, inkludert videreutvikling av utredningsverktøy for demenstilstander som kan anvendes i utredning og forskning.

## Register gir muligheter

Database for personer som utredes ved hukommelsesklinikker ved sykehus i Helse Sør-Øst og Helse Vest

På landsbasis finnes det om lag 70 000 personer med en demenssykdom (1). Forekomsten forventes å øke til ca. 150 000 i løpet av de neste tjue til tretti år. Antall nysyke er estimert til mellom 9 000 og 10 000 nye tilfeller per år (2) og dette tallet vil dobles i løpet av de neste tjue til tretti år. Diagnosen demens stilles på bakgrunn av klinisk undersøkelse med internasjonalt anerkjente diagnostiske hjelpemidler og kriterier (2). Kausal behandling finnes ikke per i dag. Utgiftene er beregnet til å være 15-20 milliarder kroner per år (3) og vil øke betydelig de neste tretti årene dersom man ikke finner bedre behandlingstilbud.

### Pasientpopulasjon i endring

Ifølge nasjonale føringer er det anbefalt å opprette hukommelsesklinikker i alle helseregioner.

Landets første hukommelsesklinikk ble etablert på Ullevål universitetssykehus i 1990. Per i dag tilbys demensutredning i tidlig sykdomsfase ved de fleste større sykehus i landet. Hukommelsesklinikkene er vanligvis lokalisert til en geriatrik eller alderspsykiatrisk poliklinikk. I noen grad foregår demensutredning også ved nevrologiske poliklinikker. I løpet av de årene hukommelsesklinikkene har vært i drift, har

pasientpopulasjonen som henvises, gradvis endret seg. De første årene fikk man primært henvisninger som gjaldt vanlige demenstilstander hos eldre uten tilleggsproblematikk, mens man i de senere år har fått henvisninger som gjelder mer uklare kasus med subjektive hukommelsesvansker eller mild kognitiv svikt (MCI) (4) (se tekstboks 1). Pasientene som henvises er yngre og har til dels omfattende tilleggsproblematikk i form av angst, depresjon og atferdsendringer. Det er derfor behov for å optimalisere utredningsprosedyren og behandlingen slik at den til enhver tid er tilpasset de pasientene som utredes ved hukommelsesklinikkene.

### Nytt initiativ

For å øke kunnskaper om diagnostikk, utvikling og behandling av demens tok Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (NKAH) sammen med Alderspsykiatrisk fag- og forskningsnettverk TeVe initiativ til å opprette et register over alle pasienter som utredes på hukommelsesklinikkene i helseregionen.

For å oppnå dette ble hukommelsesklinikker i Helse Sør-Øst i 2007/2008 invitert til å være med på opprettelsen av et register over alle pasienter som utredes ved poliklinikkene i helseregionen. I 2009 er også hukommelsesklinikker i Helse Vest invitert til å delta og vi regner med at per 1. 1. 2010 vil i alt 12 poliklinikker i Helse Sør-Øst og Vest være med i samarbeidet.

Professor Knut Engedal er faglig ansvarlig for prosjektet, mens oppgaven med å planlegge og koordinere prosjektet ble lagt til Alderspsykiatrisk fag- og forskningsnettverk TeVe ved artikkelens forfattere. Arbeidet startet med å skaffe oversikt over hvordan personer med hukommelsesproblemer ble utredet ved de aktuelle poliklinikkene. På bakgrunn av dette ble det utarbeidet et forslag til manual som ble sendt ut til høring med anmodning om å komme med eventuelle endringsforslag. Parallelt begynte arbeidet med

#### Tekstboks 1

##### Kriterier for mild kognitiv svikt (MCI) (4)

1. Ikke normal, ikke demens i følge ICD-10 eller DSM-IV
2. Kognitiv svikt tilstede
3. Den kognitive svikten er selvrapportert og/eller bekreftet av en informant, og/eller bekreftet ved kognitiv testing
4. ADL er intakt, men det kan foreligge minimal svikt i I-ADL

å fremskaffe nødvendige tillatelser fra Regional Forskningsetisk Komite (REK) Helse Sør-Øst og Data-tilsynet via Personvernet ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål (OUU).

## Målsetning

Et av hovedformålene med å opprette registeret er fortløpende å kvalitetssikre og videreutvikle utredningsverktøy for bruk i de hukommelsesklinikkene som deltar i prosjektet. På denne måten kan vi sikre at metodene som brukes til enhver tid er up-to-date. Utredningsverktøyene må ikke bare sikre den diagnostiske presisjon, men også være kostnadseffektive. Eksempler på diagnoseverktøy er intervjuguider for pasient og pårørende, kognitive tester, nevropsykologisk testing, MR, hjerne-SPECT, EEG og spinalpunksjon for måling av biologiske demensmarkører.

Pasienter med demens er en heterogen pasientgruppe, både i forhold til demensstype, symptomer, progresjon, forekomst av tilleggssymptomer som angst, depresjon, psykose og atferdsendringer og pårørendes belastning. Dataene som samles inn skal anvendes til nåværende og fremtidig forskning for å vinne ny kunnskap om diagnostikk og behandling av demens. Med behandling menes ikke bare medikamentell behandling, men en holistisk tilnærming som kan føre til at personer med demens og deres pårørende får et bedre liv, og at de offentlige hjelpetiltakene som settes inn skreddersys til pasienter og pårørende.

Registerstudien vil gi oss mulighet til å følge utvalgte pasienter over tid og gi ny kunnskap om utvikling og forløp av demens. Videre kan dataene som samles inn gi grunnlag for å identifisere risikofaktorer for utvikling av demens. Et økende antall pasienter henvises per i dag til hukommelsesklinikkene grunnet subjektive hukommelsesplager og fyller ikke kriteriene for hverken demens ellers MCI. Ved å følge disse pasientene over tid, får vi en unik mulighet til retrospektivt å identifisere risikofaktorer for utvikling av demens. Dette kan danne grunnlag for nye hypoteser som kan testes ut i prospektive studier og gi oss mulighet til å studere hvordan demens utvikler seg fra de tidligste prekliniske stadiene. Videre håper vi å kunne identifisere risikofaktorer for utvikling av APSD og om mulig sette inn forebyggende tiltak og utvikle effektive behandlingsstrategier.

## Muligheter for forskning

Dataene vil kunne danne grunnlag for epidemiologiske og longitudinelle studier ved at de kobles til nasjonale registre som Folkeregisteret, Reseptregisteret og Dødsårsaksregisteret.

Det er utformet et informasjons- og samtykkeskriv til pasienter og pårørende. I samtykket gir pasienten tillatelse til at data som samles inn ved en standardundersøkelse ved hukommelsesklinikken samles i et register. I tillegg gir pasienten tillatelse til å koble disse

dataene sammen med data fra hans/hennes sykehusjournal og registre som de forannevnte. Der det blir tatt blodprøver og gjøres spinalvæskeundersøkelse blir pasienten også bedt om å avgi prøver til en forskningsbiobank for fremtidige genetiske analyser. Dette kan ha betydning for å forstå etiologien av ulike demenssykdommer (mutasjoner og polymorfisme av risikogener), for diagnostiske formål og for å bedre behandlingen. Ulike proinflammatoriske og anti-inflammatoriske mediatorer vil bli analysert avhengig av den kunnskap som finnes når analysene skal utføres, likeledes stressindikatorer som kortisol. I tillegg ber vi både pasient og pårørende om tillatelse til å kontakte dem på et senere tidspunkt dersom det igangsettes et forskningsprosjekt hvor deltagelse kan være aktuelt.

## Eksempler på forskningsprosjekter

1. Longitudinelle observasjonsundersøkelser av pasienter med MCI. Her vil data være til hjelp i arbeidet med å identifisere risikofaktorer for utvikling av demens.
2. Tidlig diagnostikk av demens antas å være av betydning både for pasient og pårørende. Pasienten vil få mulighet til å bearbeide tap av mental helse og ta stilling til testamente og annet før sykdommen er så langt fremskreden at dømmekraften er påvirket. I tillegg får pasient og pårørende mulighet til å diskutere når offentlige tiltak skal iverksettes. Erfaringsmessig er dette et område som volder pårørende mye besvær. De ser at det er behov for mer hjelp, mens pasienten motsetter seg dette grunnet manglende sykdomsinnsikt og dømmekraft. Databasen vil danne grunnlag for forskjellige typer prosjekter der man kan evaluere effekten av informasjon og andre psykososiale tiltak rettet mot pasient og pårørende i tidlig sykdomsfase. Her vil måling av pårørendes belastning inngå som et viktig element.
3. Tidlig diagnostikk øker behovet for at pasienten får tilbud om psykoterapeutisk bearbeiding av tap av mental helse. Det at flere sentre bidrar med data til databasen betyr at vi vil få et stort nok materiale til å sammenligne forskjellige typer intervensjon rettet mot pasienten, samt følge effekten av tiltakene over tid.
4. I databasen vil vi samle inn data som gir oss mulighet til å studere hvordan pårørendes opplevelse av stress endrer seg over tid, og identifisere faktorer som øker/reduserer belastningen. Dette vil gi oss mulighet til å skreddersy tiltak rettet mot pårørende.
5. Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD) er et område vi vil få mulighet til å studere gjennom det longitudinelle designet. Ved å koble dataene til andre offentlige registre, som inn-

## Tekstboks 2

### Følgende sentre deltar i registerstudien

1. Hukommelsesklinikken, Geriatrik avd., Oslo universitetssykehus Ullevål HF
2. Geriatrik poliklinikk, Oslo universitetssykehus Aker HF
3. Geriatrik poliklinikk, Lovisenberg Diakonale Sykehus
4. Geriatrik poliklinikk, Sykehuset Asker og Bærum, Vestre Viken HF
5. Hukommelsesklinikken, Alderspsykiatrisk avdeling, Sykehuset Innlandet HF
6. Hukommelsesklinikken, Psykiatrien i Vestfold HF
7. Alderspsykiatrisk poliklinikk, Seksjon for Alderspsykiatri, Sykehuset Telemark HF
8. Geriatrik poliklinikk, Diakonhjemmet sykehus\*
9. Geriatrik poliklinikk, Haraldsplass Diakonale Sykehus\*
10. Seksjon for eldre – Poliklinikken, Haugesund Sjukehus Helse Fonna\*
11. Geriatrik poliklinikk, Stavanger universitetssykehus HF\*
12. Alderspsykiatrisk poliklinikk, Stavanger universitetssykehus HF\*

\* Sentre som deltar f.o.m. november 2009

leggelse i sykehus, vil det gjennom retrospektiv analyse av innsamlede data være mulig å identifisere risikofaktorer for utvikling av alvorlig APSD. Dette vil på sikt gi mulighet til målrettet tidlig intervensjon og evaluering av de tiltakene som iverksettes.

6. Det er igangsatt et doktorgradsprosjekt der vi skal studere depresjon ved demens, spesielt med fokus på prognose og sammenheng med ulike inflammatoriske markører i blod og spinalvæske. Studien vil også validere to ulike instrumenter for diagnostisering av depresjon ved demens. Også her vil dataene som samles inn kunne benyttes som bakgrunnsmateriale.
7. Det planlegges en studie av balanse og gangfunksjon hos personer med MCI, mild og moderat grad av Alzheimers sykdom. Også i dette prosjektet vil databasen være til stor hjelp

I tillegg vil de innsamlede data gi mulighet for å validere en rekke av de måleinstrumenter som benyttes, og i tillegg fastsette nasjonale normer. Videre åpner registeret opp for en rekke andre prospektive studier, både i forhold til forløp av demenssykdommen,

## Tekstboks 3

### Data som samles inn

1. Demografiske data om pasienten og dennes pårørende, som alder, kjønn, utdanningsnivå og yrke
2. Tidligere og nåværende sykdommer og bruk av legemidler
3. Innhentning av data fra pårørende om pasientens kognisjon, psykiske helse, atferd og evne (NPI-screening) (5) til å klare seg i dagliglivet (P- og I-ADL) (6), samt pårørendes stress og byrde knyttet til omsorgsfunksjonen (RSS) (7)
4. Nevropsykologisk testing, blant annet MMSE-NR (8, 9), Klokketest (10), 10-ordtest (CERAD) (11), TMT-A, TMT-B (12)
5. Somatisk undersøkelse, inklusiv svar på ulike blodprøver
6. Bilde- og funksjonsundersøkelse av hjernen ved hjelp av CT, MR og SPECT
7. EEG hos utvalgte pasienter
8. Spinalvæskeundersøkelse hos utvalgte pasienter
9. Diagnose og diagnosetidspunkt.

APSD, nytteverdi av forskjellige typer psykososial/ ikke-medikamentell intervensjon, legemiddelbehandling med mer.

## Materiale og metode

Materialet består av pasienter og deres pårørende som kommer til en standardundersøkelse ved hukommelsesklinikker i Helse Sør-Øst (og fra november 2009 også Helse Vest), og er henvist av fastlege eller lege i spesialisthelsetjenesten, se tekstboks 2. Kun pasienter med samtykkekompetanse blir inkludert.

Data som registreres i databasen er opplysninger som samles inne i forbindelse med en standard demensutredning, se tekstboks 3. For å kunne følge pasientens sykdomsutvikling vil data vedrørende hukommelsesfunksjon og psykiske helse som journalføres i forbindelse med kommende undersøkelser ved hukommelsesklinikken og ved en eventuell innleggelse, også bli registrert.

## Biobank

I forbindelse med prosjektet er det opprettet en forskningsbiobank. Alle pasienter blir bedt om å avgi en blodprøve, og de som spinalpunkteres blir også bedt om å avgi spinalvæske til biobanken. Materialet skal oppbevares til 2029 og vil fortløpende bli brukt i forskningsprosjekter.



**Tekstboks 4****Data fra 243 pasienter, scannet og kvalitetssikret pr. ultimo oktober 2009**

|                                                        |              |
|--------------------------------------------------------|--------------|
| Kvinner (%)                                            | 117,0 (50,2) |
| Gift/samboer (%)                                       | 149,0 (60,1) |
| Møter sammen med komparent (%)                         | 204,0 (82,3) |
| Slektskap, komparent                                   |              |
| Ektefelle/samboer (%)                                  | 111,0 (44,8) |
| Barn (%)                                               | 70,0 (28,2)  |
| Pasientens alder, mean (SD)                            | 69,2 (11,01) |
| Komparentens alder, mens (SD)                          | 58,6 (14,65) |
| Varighet, mean (SD)                                    | 3,0 (3,89)   |
| MMSE-NR, mean (SD)                                     | 25,1 (4,24)  |
| Klokketest, mean (SD)                                  | 3,7 (1,59)   |
| Ti-ordtest, utsatt gjenkalling, mean (SD)              | 3,2 (2,89)   |
| APSD – antall symptomer, mean (SD)                     | 3,1 (2,67)   |
| Cornell (N=196), mean (SD)                             | 6,3 (5,17)   |
| MADRS (N=62), mean (SD)                                | 12,5 (8,09)  |
| RSS, mean (SD) 11.3 (9.96)                             | 11,5 (10,11) |
| Antall pasienter med sikker demens (%)                 | 67,0 (27,0)  |
| Antall pasienter med MCI (%)                           | 60,0 (24,2)  |
| Antall pasienter med subjektive hukommelsessvanser (%) | 41,0 (16,5)  |

**Styringsgruppe**

Det er opprettet en styringsgruppe for prosjektet med en representant fra hvert deltagende senter i tillegg til en representant fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og leder for Alderspsykiatrisk fag- og forskningsnettverk TeVe. Styringsgruppen er et overordnet besluttsende organ som skal ta stilling til om forskere fra deltagende virksomheter kan benytte data fra registeret i tematiske delstudier eller i nye studier.

**Referansegruppe**

Referansegruppen består av en representant fra hvert deltagende senter og er tverrfaglig sammensatt. Gruppen er et faglig rådgivende organ som blant annet har ansvar for revidering av forskningsmanual og som spørres om råd ved forespørsler om nye forskningsprosjekter basert på dataene fra registeret.

**Forskningsetikk og juridiske forhold**

De fleste pasienter som i dag kommer til en hukommelsesklinikk er samtykkekompetente, og kun de skal inkluderes. Opprettelsen av et pasientregister er forelagt Regional komité for medisinsk forskningsetikk Helse Sør-Øst (REK Sør-Øst) og Personvernombudet ved OUU. Det er innvilget konsesjon fra Datatilsynet.

**Referanser**

- Engedal K, Haugen PK (2004) Demens. Fakta og utfordringer. (4. utgave) Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Engedal K (2002) Diagnostikk og behandling av demens. Tidsskr Nor Lægeforen 122: 520-4
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2006) Demenssykdommer. En systematisk litteraturoversikt. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Winblad et al. (2004) Mild cognitive impairment – beyond controversies, towards a consensus. Report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. J Intern Med; 256(3): 240-6.
- Cummings JL (1997) The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. Neurology 48: 10-16.
- Lawton MP, Brody EM (1969) Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 9: 179-186.
- 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 Ageing 11: 121-26.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR1 (1975) Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 12: 189-98.
- Strobel C, Engedal K (2008) MMSE-NR. Norsk revidert Mini Mental Status Evaluering. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Schulman K. 2000. Clock drawing: is it the ideal cognitive screening test? Int J Geriatr Psychiatry 15: 548-561.
- Rosen WG, Mohs RC, Davis KL (1984) A new rating scale for Alzheimer's disease. Am J Psychiatry 141:1356-1364
- Reitan RM, Wolfson D (1985) The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery. Theory and Clinical Interpretation. Tuscon: Neuropsychology Press.

**Datahåndtering og oppbevaring**

En prosjektsykepleier har ansvar for scanning av data og kvalitetssikring. Data i registeret vil bli oppbevart på en egen forskningsserver ved OUU. Sykehuset er ansvarlig for databasen. Dersom styringsgruppen har godkjent en studie, og databehandlingsavtale er inngått med aktuell(e) juridisk(e) virksomhet(er), kan data utleveres til forskeren som imidlertid må være ansatt ved aktuelle helseforetak. Dataene kan kun brukes i den studien det er søkt om.

Pasientens navn vil bli slettet fra kodelisten ved død, og senest i 2029 i henhold til konsesjon fra data-tilsynet.

**Resultater så langt**

Hukommelsesklinikkene ved de deltagende sentrene startet registrering 01.01.09. Resultatene så langt er spennende og viser at et økende antall pasienter som henvises til hukommelsesklinikkene kommer svært tidlig i sykdomsforløpet, ofte lenge før de fyller kriteriene for demens, tekstboks 4.

Etablering og oppstart av registeret har vært tidkrevende. Kontroll av innsamlede data samt scanning og kvalitetssikring av scannede data gjøres fortløpende. Bruk av data i konkrete studier gir spennende muligheter for å få ny kunnskap innen fagfeltet.

## Nytt fra MPOWER-prosjektet: Digitale kalendere kan støtte personer med demens i hverdagen

MPOWER, Middleware Platform for eMPOWERing cognitive disabled and elderly. Prosjektet er 50 prosent finansiert under EU's 6. rammeprogram om eInclusion. Nasjonalt kompetansesenter for demens var partner i MPOWER, og Trondheim og Grimstad kommuner deltok i utprøvingen av hjelpemiddelet som skulle testes.

MPOWER tok sikte på å utvikle en mellomvareplattform som sikrer informasjonen mellom brukere av hjelpemiddelet som baseres på internett- og smarthus-tjenester i pleie og omsorg.

MPOWER-prosjektet har fra februar 2008 til mai 2009 testet ut en digital kalender hjemme hos syv brukere i Trondheim og to i Grimstad kommune. Alle brukerne mottok tjenester fra hjemmesykepleien. Noen av dem hadde kognitiv svikt, andre ikke.

### Hva er en digital kalender?

Den digitale kalenderen vises på en dataskjerm som plasseres et sentralt sted i leiligheten. Til skjermen hører datamaskin med tastatur og mus, men dette har vi forsøkt å gjemme unna, slik at det eneste brukeren trenger å forholde seg til er skjermen og informasjonen på den. Skjermen var en berøringsskjerm der brukeren kunne navigere mellom ulike sider som kalender, kon-taktliste, beskjeder, medisiner og nyheter.

Det var pårørende og ansatte i hjemmetjenesten som la inn beskjeder og avtaler i kalenderen, noe de kunne gjøre fra sin PC hjemme eller på jobben. Kalendersiden oppdaterte seg hvert minutt.

Den digitale kalenderen krevde internetttilkobling med ADSL eller mobilt bredbånd (ICE).

### Nytte av kalenderen

Eva på 85 år bodde alene i en blokkleilighet. Hun hadde demensdiagnose og var ofte plaget av migrene, men hadde ellers god helse. Hjemmetjenesten var på



besøk daglig, og hun hadde dagsenter-plass en dag i uken og hjelp til rengjøring hver fjortende dag. Eva hadde ingen erfaring med datamaskiner fra før, men brukte bærbar telefon i hjemmet og betjente fjernkontrollen til TV.

Det viste seg fort at Eva ikke brukte navigasjonsknappene, derfor fant datteren ut at det var best å legge alle beskjeder

inn på kalendersiden som alltid vistes på skjermen. Eva hadde tidligere hatt en papirkalender med store ruter der avtalene hennes var skrevet ned for hver dag, men hun hadde problemer med å vite hvilken rute som viste dagen i dag. På skjermen derimot sto det alltid korrekt dag og dato.

Ved en anledning hadde prosjektmedarbeider lagt inn en avtale om at hun skulle komme neste dag kl. 10. Kl. 10.10 ringte prosjektmedarbeideren på døra, Eva åpnet, og prosjektmedarbeider presenterte seg og fortalte at hun kom på besøk for å se på datamaskinen. «*Det har æ allerede sett,*» (samtidig nikket hun inn-over mot stua og pc'en.) «*men du æ ti minutter før sein!*»

Ella var 81 år og bodde i blokkleilighet. Hun hadde også nedsatt hukommelse forenlig med en begynnende demensdiagnose. Ella var på dagsenter to dager per uke og hadde hjelp til dusj hver fredag. Hun klarte ikke å holde styr på dagene. Hver dag gjorde hun seg klar til dagsenterbussen og satt og ventet i foajéen i blokka. Naboene måtte fortelle henne at det ikke var dagsenterdag i dag, og Ella tuslet opp til seg selv igjen. På fredagen, når det var dusjedag, hadde Ella allerede



NPOCA Screen

kledd på seg, så hjemmesykepleieren måtte vente til hun hadde kledd av seg igjen. Slike hendelser skapte negative følelser, og Ella fikk stadig bevis for at hun ikke mestret hverdagen som før. Hun ringte derfor flere ganger om dagen til sin datter for å spørre om hva hun skulle gjøre i dag. Dette ble en belastning for datteren.

Ella fikk en digital kalender der pårørende og hjemmetjenesten kunne legge inn avtaler og beskjeder. Fra første dag viste dette seg å være en god støtte for Ella. «Det første jeg gjør når jeg våkner om morgenen er å se på skjermen», sier hun, «og da får jeg vite om jeg skal ut eller være hjemme.»

Ella kan nå lese på skjermen når hun skal gå ned i foajeen og vente på dagsenterbussen og når hun bare skal ha på seg morgenkåpen til hjemmesykepleier kommer for å hjelpe henne å dusje. Hun opplever en bedre hverdag og er veldig begeistret for skjermen: «Jeg har fått en ny kavalier!»

### Daglig støtte

Ella ser på skjermen hver gang hun går forbi den, hun ser den fra sofaen der hun sitter og fra alle kanter i leiligheten. Hun bruker å se på skjermen mange ganger om dagen. Hun sier selv at hun har blitt avhengig av «kavalieren sin».

- Hun tar ikke feil av dagene. Hun får påminnelse om hvilke dager hun skal på dagsenteret.
- Hjemmetjenesten forteller at Ella nå går i morgenkåpen fredag morgen, siden hun har lest på kalenderen at hun skal dusje. Slik sparer de tid, og Ella slipper å oppleve at hun ikke mestrer situasjonen.
- Pårørende forteller at det er mindre diskusjoner om det som har skjedd tidligere på dagen, da det alltid står på skjermen.
- Ella har fått oversikt over og forutsigbarhet i dagene sine.

- Hun ringer ikke «i tide og utide» lenger.
- Pårørende sier: «Vi er kjempefornøyd med data-maskinen. Når teknologien fungerer, fungerer også mamma langt bedre!!»

### Utfordringer

MPOWER-prosjektet har vist at eldre i tidlig fase av en demenssykdom klart kan ha nytte av teknologiske hjelpemidler for å mestre hverdagen bedre. Etter prosjektperioden ble serveren dessverre lagt ned, og ingen interessenter for overtakelse og videreutvikling av produktet hadde meldt seg ved prosjektslutt 30. juni 2009. Evas pårørende valgte da å avvike, mens Ella fikk en annen digital kalender som forhandles i Norge. Overgangen til en ny digital kalender var ikke uproblematisk, både på grunn av nytt brukergrensesnitt og på grunn av tekniske ting. Blant annet fungerte den nye programvaren ifølge forhandleren bedre på en Mac-maskin enn en PC. Siden Hjelpemiddelsentralen ikke innvilger datamaskiner til personer over 26 år måtte familien selv anskaffe en ny Mac-maskin for å få fullt utbytte av hjelpemiddelet.

MPOWER-prosjektet har vist at teknologi kan være nyttig, men det kan være mange utfordringer underveis. Derfor kreves både interesse, kompetanse og systematisk oppfølging av fagpersonen som formidler hjelpemiddelet.

■ [torhild.holthe@aldringoghelse.no](mailto:torhild.holthe@aldringoghelse.no)

### Info

Vi kommer tilbake med informasjon om flere teknologiske hjelpemidler i senere numre av Demens&Alderspsykiatri. (Red.)

# Høreapparat til personer med demens – bortkastede ressurser?

Redusert hørsel er et handicap svært mange av oss vil oppleve i større eller mindre grad med økende alder. Til dags dato kan markedet ikke tilby høreapparat av en kvalitet som er så god at det kan erstatte tapet av normal hørsel – selv om reklamen prøver å gi inntrykk av noe annet. Dessuten tildeles høreapparat ofte først når hørselstapet er blitt dramatisk stort, noe som gjør tilvenningen enda vanskeligere.

«Han hører det han vil høre,» sier vi av og til om tung-hørte personer som plutselig får tak i budskapet og dermed reagerer adekvat. Sannheten er at talesignale-ene bare utgjør en del av den informasjonen vi oppfatter: Ansiktsuttrykk, munnbevegelser, taletempo, stemmeføring og forventning om utsagn (ref. samtalemne) er alt sammen viktige faktorer i kommunikasjonsammenheng. Slik kan en mentalt velfungerende person i stor grad selv kompensere for et ganske betydelig hørselstap. Stadig bedre teksting av TV-programmer er også til hjelp, iallfall for den som ser godt, leser rimelig raskt og er i stand til å trekke logiske slutninger.

Kognitiv svikt – slik vi blant annet ser hos personer med demens – får en ekstra dimensjon dersom også hørselen reduseres. Min erfaring er at (forsøk på) tilpasning av høreapparat da kan gjøre vondt verre. For det første: En person med demens kan vanskelig samarbeide så godt i en testsituasjon at funksjonstapet kartlegges godt nok. Selve utgangspunktet for anbefaling av apparat blir dermed høyst usikkert. Deretter står andre utfordringer og usikkerhetsfaktorer i kø: Hvordan skal høreapparatet settes på plass? Hvem kan gjøre det? Blir det gjort hver dag? Husker man å skru det på, eller fungerer apparatet mer som sov-i-ro-kuler? Er brukeren selv i stand til å formidle behov for batteriskifte, rengjøring osv? Dessuten: Selve øregangen kan faktisk forandre form, slik at de opprinnelige proppene ikke lenger passer, og det derfor må tas avstøpning til nye. Dette kan være aktuelt hvert år.

Som nevnt vil ansiktsuttrykk, munnbevegelser, stemmeføring, tema og – ikke minst – taletempo være viktige bærere av det vi ønsker å formidle. Her slurves det mye. Ofte vanskeliggjøres kommunikasjonen ytterligere av TV og radio som durer og går. Det later dessuten til at svært mange normalt hørende velger å tro på skrytereklamen fra høreapparatprodusentene.

Dermed er de «fritatt» for ansvar når det de sier likevel ikke når frem. En slik holdning gjør personer med demens enda mer sårbare i en kommunikasjonssituasjon.

Min erfaring er at personer med demens som har hørselstap kan ha bedre nytte av en såkalt kommunikasjonsforsterker enn av et vanlig høreapparat. Forsterkeren består av en mikrofon og et headset. Mikrofonen rettes mot den som snakker til den hørselshemmede. Lydstyrken reguleres trinnløst. Høretelefonene er enkle å plassere – her er det ingen ting som skal inn i selve øregangen.

En kommunikasjonsforsterker vil – på en helt annen måte enn et høreapparat – signalisere til omverdenen at vedkommende har et hørselsproblem. Forsterkersetten blir ikke så lett oversett eller glemt (noe som ofte skjer med høreapparatet). Samtalepartneren «tvinges» dessuten helt naturlig til å se mot mikrofonen og dermed på den hørselshemmede. Derved opprettholdes øye- og ansiktskontakt hele veien.

Det undrer meg at jeg til nå har møtt svært få brukere med samtaleforsterkere – spesielt fordi jeg opplever at tradisjonelle høreapparater ofte har liten eller ingen nytteverdi. Det er vel ikke uten grunn at apparatene til slutt havner i kommodeskuffen?

Hjelpemiddelsentralen i den enkelte kommune vil ofte ha kommunikasjonsforsterkere til utlån. Ytterligere informasjon er ellers å finne på nettsiden: [www.hearit.info](http://www.hearit.info).

Sidsel Christensen  
Logoped MNLL

## NBI

Har du erfaringer på dette området?  
Send e-post til redaktøren:  
[ragnhild.kruger@aldringoghelse.no](mailto:ragnhild.kruger@aldringoghelse.no)



# Ivareta de gamle mennene!

## Forebygging av selvmord hos eldre



Elene Fleischer

– *Gretne, gamle menn er kanskje deprimerte gamle menn*, sier Elene Fleischer. Hun tok Phd-graden på arbeidet «Selvmord og kommunikasjonsvidenskab» ved Universitetet i Odense i 1997. Fleischer holdt innlegg om selvmordsforebygging blant eldre på temadag i alderspsykiatri i september, arrangert av NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS og Fylkeslegen i Hordaland. Det er eldre menn som topper den sørgelige statistikken.

### Stor undersøkelse

Elene Fleischer arbeider som konsulent og som forsker ved Center For Selvmordsforebyggelse, Psykiatrien i Nordjyllands Amt samt ved Centret for Gerontopsykologi, Psykiatrien i Århus Amt.

Ved Århus universitetssykehus har hun sammen med kolleger nylig foretatt en undersøkelse om hvordan selvmord hos eldre kan forebygges. Data er enda ikke analysert, men hun har gjort seg en del tanker etter å ha lest gjennom svarene i spørreskjemaene.

– *Det handler i stor grad om hvordan mennesker har mestret utfordringer tidligere i livet. Hvordan har de reagert på krenkelser? Med sinne, med selvhat, eller har de resignert og akseptert at krenkelser er en del av livets utfordringer? Hvordan opplever de at livet har behandlet dem?*

Undersøkelsen består av to deler. I den ene delen ble en gruppe eldre menn som tidligere hadde prøvd å ta sitt liv eller som var under behandling for depresjon,

### Situasjonen i Danmark

I aldersgruppen 70+ er det i Danmark 60 selvmord per 100 000 menn. Tallet stiger kraftig fra aldersgruppen 60-69 år. Blant kvinner er tallet i samme aldersgruppen knapt 20, og viser liten stigning fra aldersgruppen 60-69 år. Tap av partner og alt det medfører er en viktig årsak, særlig de første årene etter tapet. Mellom 23 og 53 prosent av eldre personer som begår selvmord har tidligere forsøkt å ta sitt liv, ifølge kilder Fleischer støtter seg til.

### Situasjonen i Norge

Selvmodstall for eldre i Norge:

I perioden 2001-2005 var selvmordstallene for menn 23 per 100 000 i aldersgruppen 70+ og 18 i aldersgruppen 60-69 år.

I samme periode var selvmordstallene for kvinner 5 per 100 000 i aldersgruppen 70+ og 8 i aldersgruppen 60-69 år.

(Kilde: Folkehelseinstituttet)

bedt om å besvare et spørreskjema. Tusen skjema ble sendt ut og forskerne mottok besvarelser fra omkring 400, færrest fra de eldste gruppene. En kontrollgruppe besvarte også skjemaet. Gruppene ble delt inn etter alder 75-79 og 80-84 og 85+.

I den andre delen av undersøkelsen besvarte helsepersonell et omfattende spørreskjema. Gruppen på 400 personer besto primært av personell som arbeidet i eldresektoren. Her var det sykepleiere ansatt i kommunene, men også sosionomer, psykologer og leger med flere. Et lignende spørreskjema (ca 200) ble besvart av helsepersonell etter at de hadde vært på et 30 timers kurs. Her fikk kollegaer som ikke var på kurs, være kontrollgruppe. Endelig fikk 60 personer som hadde gjennomført et 30 timers kurs tilsendt samme skjema et halvt år etter kurset. Her har 49 personer returnert skjemaet.

*– Siden selvmordsraten er såpass høy i Danmark, ville vi undersøke om dette har med helsepersonells holdninger å gjøre. Er det slik at mange har en aksepterende holdning og betrakter det som en menneskerett å ta sitt liv fordi det er så vanskelig å bli gammel? Personlig tror jeg at vi ikke helhjertet går inn og prøver å motvirke selvmord. Vi stiller ikke spørsmål om hva vi kan gjøre for den enkelte så han ikke lenger ønsker å ta sitt eget liv.*

## Kvinner og menn – ikke helt det samme

Selvmordsraten er tre ganger så høy hos eldre menn som hos eldre kvinner i Danmark.

Fleischer mener kvinners evne til å snakke seg ut av kriser og belastninger er en viktig årsak til forskjellen.

*– Hvis to kvinner sitter sammen en halvtime, kan de fortelle hverandre om de vanskeligste og tyngste ting i livet, enten de kjenner hverandre eller ikke. Dette har vi lært fra vi var små. Menn har kun lært dette i forhold til den som er deres livsledsager. Hvis de åpner seg for andre menn, opplever mange at de mister status. Krenkelse, hjelpeløshet og tap av kontroll kan oppleves katastrofalt for en manns selvbilde. Vi som fagpersoner må forstå at menn ikke lar være å snakke fordi de ikke vil, men fordi de biologisk er skrudd sammen på en annen måte enn kvinner. Vi kvinner føler, og så snakker vi. Menn tenker, og så tenker de, sier Elena Fleischer med et smil. Hun medgir at hun som gammel rødstrømpe gjennom sitt arbeid har fått stor ømhet for eldre, ensomme menn.*

## Mange former for ensomhet

Elene Fleischer peker på at jo eldre vil blir, jo flere belastninger og kriser opplever vi, og jo mer oppmerksomme blir vi på den eksistensielle ensomheten. I tillegg kommer den emosjonelle ensomhet på grunn av tap av ektefelle, en nær venn eller andre nære relasjoner. Mange opplever dessuten sosial ensomhet.

*– I Danmark er det den vi er opptatt av, og vi tror gjerne at alt handler om å være sammen med andre mennesker. Den emosjonelle ensomhet kan imidlertid ikke alltid møtes på den måten. Er det en gammel mann som har mistet sin kone – hun som strøk ham over kinnet og snakket med ham om alt – så kan ikke fagpersoner fylle den rollen. Likevel kan vi hjelpe ham til å sette ord på savnet. «Så vondt det må være å ha mistet henne som betydde så mye for deg,» kan være ord som viser at vi forstår og bryr oss om ham.*

Fleischer snakker også om intellektuell ensomhet. Den etterlatte kan reflektere over hva som er meningen med livet når ektefellen er borte og veggene i livet har falt ut. Hvorfor skal jeg sitte ensom tilbake, er et naturlig spørsmål.

*– Hvis vi ikke forstår disse dimensjonene, trekker mannen seg tilbake. Vi må forstå at det ikke nødvendigvis hjelper på hans ensomhet å gå ut for være sammen med noen, fordi han da kan føle seg enda mer ensom og isolert. Hvis vi presser ham ut i isolasjonen er det kanskje ingenting som hindrer ham i å si farvel til livet.*

## Hva kan vi gjøre?

Når kvinnelige hjelpere går til den gamle mannen som bor alene etter at han har mistet sin ektefelle, skal de ikke prøve å få mannen til å snakke om følelser, sier Fleischer.

*– Menn skal ikke tvinges til å snakke om følelser fordi vi kvinner er flinke til det. Kanskje er tankene det viktigste for mannen? Kanskje vi kan spørre hva han har jobbet med? Om når han traff sin kone? Hvordan det var å klare seg opp gjennom tidene? Så vil han kanskje etter hvert si noe om hvordan han har det nå.*

Og Elene Fleischer understreker det støttende og ledsagende prinsipp hvis man som fagperson kommer i kontakt med en som gir signaler om at livet ikke er verdt å leve:

- Ikke gi slipp på en selvmordstruet person før en annen fagperson har tatt over
- Det bør være et tett samarbeid mellom sykehusavdelinger, fastleger/andre praktiserende leger og kommunens pleie- og omsorgssektor.

### Info:

Mer om selvmordsforebyggende tiltak, se [www.selvmondsforebyggelse.info](http://www.selvmondsforebyggelse.info)  
Elene Fleischers hjemmeside: [www.elene.dk](http://www.elene.dk)



*Wilhelmina Hoffman, Föreståndare, Svenskt demenscentrum, Stockholm*

## Svenskt demenscentrum – SDC

# Ett nationellt kompetenscentrum för demensfrågor

15. februar 2008 ble Svenskt demenscentrum (SDC) innviet av HM Dronning Silvia. Lederen av SDC forteller her om den svenske «søsterorganisasjonen» til Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Redan i oktober 2007 hade stiftelserna Silviahemmet och Äldrecentrum utsetts att starta och driva det av regeringen beviljade och under två år finansierade kompetenscentret för demensfrågor. Man hade på regeringsnivå insett värdet av ett nationellt demenscenter och tagit stort intryck av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i Norge.

Medvetenheten om den demografiska utvecklingen med en växande äldre befolkning låg naturligtvis bakom detta beslut. Idag beräknas att ca 150 000 personer är demenssjuka i Sverige. Ett antal som förväntas öka till 180 000 personer år 2025 och till 240 000 personer år 2050.

### Stiftelserna Silviahemmet och Äldrecentrum får uppdraget

Socialstyrelsen fick uppdraget att utse den grupp som hade bäst förutsättning att utveckla och driva ett nationellt kompetenscentrum. Valet föll på Stiftelsen Silviahemmet och Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, i hård nationell konkurrens med andra sökanden. Socialstyrelsen motiverade beslutet med att de båda stiftelsernas hade olika erfarenheter och kompetens som tillsammans bildade en gedigen bas att bygga ett kompetenscentrum på.

Silviahemmet har sedan 1996 arbetat för kvalitetsutveckling i demensvården genom en tydlig vårdfilosofi och utbildning av undersköterskor till specialister i demensvård, Silviasystrar. Äldrecentrum i sin tur har sedan 1986 arbetat tvärvetenskapligt med utredning och forskning inom äldreområdet med fokus på demensområdet.

### Uppdraget och målgrupper

Det senaste decenniet har forskningen om Alzheimers sjukdom och andra demenssjukdomar fått en relativ stark ställning i Sverige bland annat genom forskarnätverket Swedish Brain Power. Uppdraget för SDC kom därför inte att inbegripa forskning.

Huvuduppgiften är att samla, strukturera och sprida kunskap och stimulera utvecklingen inom demensområdet.

Målgrupperna är patienterna, anhöriga, medarbetare inom vård och omsorg, arbetsledare samt beslutsfattare, och för att uppdraget skall kunna uppfyllas är kontaktytorna många.

### Anhöriga

Samtidigt som SDC startade invigdes ett systercenter, Nationellt kompetenscentrum Anhöriga. Deras uppdrag gäller anhörigfrågor till alla äldre inte enbart anhöriga till personer med demens. Både för att hitta samverkansvinster och för att anhöriga till personer med demenssjukdom är en målgrupp för bägge centrena har det funnits ett nära samarbete från start.

### SDC bygger sin organisation

Medarbetare rekryterades med olika yrkesbakgrund, erfarenheter och färdigheter för att täcka in områdena forskning, vård och omsorg liksom utbildning samt informationsspridning. Lokaler i Äldreforskningens Hus blev tillgängliga på samma våningsplan som redaktionen till den populärvetenskapliga tidsskriften Äldre i Centrum med närhet till mer än 80 forskare och utredare som är verksamma i huset.

Åtta personer anställdes på olika tjänstgöringsgrader. Teamet var överens om att försöka nå ut på ett modernt, tillgängligt och professionellt sätt och samtidigt, trots allt det svåra med demenssjukdom, förmedla en positiv bild.

## Vilka behov finns?

För att kartlägga landets behov av information och vad man som medarbetare i vården, som anhörig eller student önskar få mer kunskap om, samlades drygt 2 000 spørreskjemaer in från hela landet. I enkäten kunde man ranka vad man ansåg vara viktigast.

Svaren visade att medarbetare inom vården framförallt vill ha information om arbetsmetoder men också om aktuell forskning. Anhöriga önskar kunskap om anhörigstöd, anhörigutbildning men också om forskning. Studenter önskar sig i första hand mer information om aktuell forskning och därefter om metoder och arbetssätt.

Detta tvärprofessionella nätverk består av forskare inom olika områden ifrån cellbiologi till omvårdnad. För att komplettera helheten inkluderades även representanter för samhällsmedicin, socialgerontologi och odontologi.

## Att nå ut

Under år 2008 fokuserades på två huvudmål. Att skapa nätverken till alla befintliga strukturer och att bygga en trovärdig, tillgänglig och tilltalande webbportal som start på en nätbaserad kunskapsbank. Den 16 oktober kunde webbportalen öppnas med sex huvudrubriker:

- Fakta om demenssjukdomar
- Leva med demens
- Arbeta med demens
- Forskning
- Utbildning
- Publicerat

Webben uppdateras varje vecka. Här finns också kalendarium gällande olika konferenser och seminarier som sker över landet och nyheter bevakas och läggs upp på första sidan.

Det arbete som nu pågår är att ta fram informationsblad som ska kunna printas ut från webbportalen. Det gäller informationsblad om olika områden som till exempel demens och körkort. Informationsbladen kommer att översättas till cirka 20 olika språk för att vara tillgängliga för den växande andelen med annan språklig bakgrund.

Då all information inte kan vara webb-baserad skriver SDC om nyheter på fyra sidor i varje nummer av tidsskriften Äldre i Centrum och ger även ut nyhetsbrev i pappersformat.

SDC bygger upp ett litet referensbibliotek men har i dagläget inte de finansiella resurser som krävs för ett

bibliotek av den karaktär och volym som förebilden i Norge.

## Möten i landet

Ett nationellt center måste ta del av utvecklingen i hela landet. Under 2008 deltog medarbetare från SDC i 92 konferenser och seminarier över hela landet. Under våren 2009 har SDC också deltagit i de olika partiernas rikskonferenser för att direkt möta politiker. Det var under en sådan rikskonferens, där ett helt annat ämne debatterades, som partiledaren i en paus kom fram till en medarbetare från SDC och sa: «demensfrågorna är nog ändå viktigare än de frågor vi debatterar här idag». Så visst finns det kunskap bland svenska politiker om att demensfrågorna är viktiga.

## Frågor till SDC

Till SDC kommer dagligen förfrågningar på telefon eller mail gällande skilda områden.

Det kan till exempel handla om hur man på bästa sätt dukar en måltid för demenssjuka eller vad som gäller beträffande färger i demensvården. Det kan gälla förfrågning om vart man praktiserar reminiscens metoden, förfrågningar om läkemedel eller om nya forskningsrön<sup>1)</sup>.

Det är medarbetare inom vården men också allmänheten som kommer med frågor.

Då förfrågan inkommer skickas denna ut till alla medarbetare på SDC för att ett svar ska formuleras efter bästa evidens. Ibland finns svar redan färdigställda och ibland kopplas forskare eller experter in för att ge bästa svar. Beroende på svårighetsgraden i frågeställningen svarar SDC inom en dag till en vecka.

## Nationella riktlinjer

Socialstyrelsen har sedan 2006 arbetat med att ta fram nationella riktlinjer för vård och omsorg inom demensområdet. Dessa riktlinjer kommer att publiceras år 2010. SDC samverkar med Socialstyrelsen genom att ta fram en skriftlig lättguide till riktlinjerna och genom att ta fram en webb-baserad utbildning kopplad till riktlinjerna.

Målet är att anställda inom vård och omsorg ska kunna gå denna webb-baserade utbildning kostnadsfritt. SDC kommer att följa var i landet medarbetare genomgår utbildningen och publicera utbildningsfrekvensen fortlöpande.

## Nordiskt samarbete

Med stor glädje hade SDC förmånen att i Stockholm få träffa företrädarna för det norska «Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse» och det danska

<sup>1)</sup> Forskningsrön: Forskningsresultater.



«Nationalt Videnscenter for Demens». Under två dagar i februari delgav centrena varandra sina erfarenheter. Visst finns det olika uppdrag i botten liksom hur centrena är organiserade och finansierade. Dessutom ser det olika ut när det gäller struktur och organisation av demensvården och omsorgen i våra olika länder. Men vi kom fram till att vi har samsyn kring de allra viktigaste frågorna.

Under dessa två dagar identifierades tre huvudområden som vi ser som prioriterade områden för en utveckling av demensvård och omsorg i våra länder.

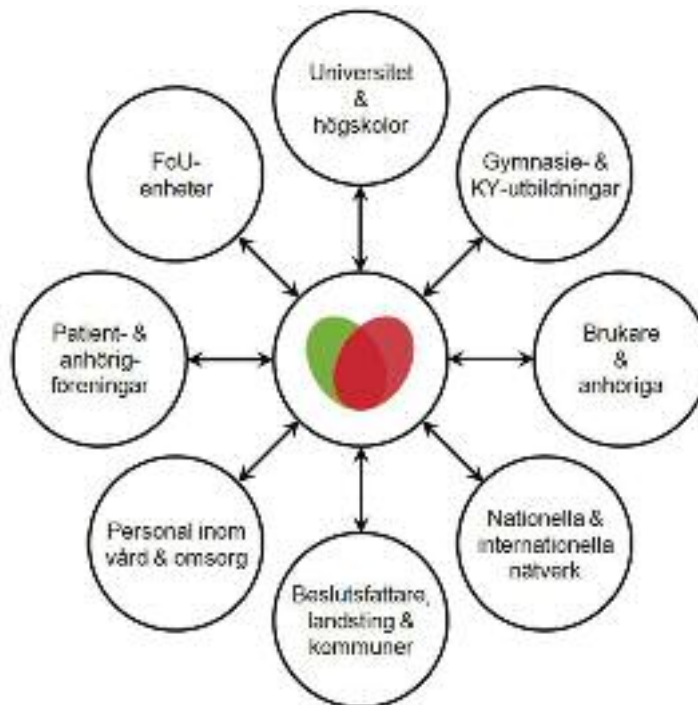
Ett strategidokument där vi gemensamt har formulerat dessa tre huvudområden har färdigställts. Det handlar om vikten av möjligheten till tidig utredning av demens, behovet av tvärprofessionella demens-team samt behovet av utbildning.

## Framtiden

SDC har nu varit igång i nästan två år och det finns mycket arbete kvar att utföra och snart ska verksamheten utvärderas. Vi hoppas att SDC får möjlighet att leva vidare och vara med i utvecklingen av framtidens vård och omsorg om demenssjuka och deras anhöriga. Vi hoppas också på ett fortsatt starkt växande nordiskt samarbete.

■ [w.h.@demenscentrum.se](mailto:w.h.@demenscentrum.se)  
[info@demenscentrum.se](mailto:info@demenscentrum.se)  
[www.demenscentrum.se](http://www.demenscentrum.se)

## SDCs kontaktflate



## Referanser – fra side 24

1. Statens Legemiddelverk. (2005) Medikamentell behandling av atferdsforstyrrelser og psykologiske symptomer (BPSD) hos personer med demens. Nytt om legemidler; Nr. 1: 14-16.
2. Gill SS, Bronskill SE et al. (2007) Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. Annals of Internal Medicine ; 146: 775-786.
3. Selbæk G, Nygaard HA. Antipsykotika til eldre: farene er kjent – forskrivingspraksis fortsetter som før. Demens & Alderspsykiatri 2009; 13 (1): 4-7.
4. Reseptregisteret. <http://www.reseptregisteret.no>\_15. juni 2009
5. Jansen BB (red.) (2009) Felleskatalog over farmasøytiske spesialpreparater som er markedsført i Norge. Bergen: Fagbokforlaget.
6. Brekke M, Rognstad S et al. (2008) Pharmacologically inappropriate prescriptions for elderly patients in general practice: How common? Baseline data from The Prescription Peer Academic Detailing (Rx-PAD) study. Scandinavian Journal of Primary Health Care; 26: 80-85.
7. Selbæk G, Kirkevold Ø et al. (2007) The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. International Journal of Geriatric Psychiatry, 22 (9) 843-849.
8. Kjosavik SR, Ruths S et al. (2009) Psychotropic drug use in the Norwegian general population in 2005: data from the Norwegian Prescription Database. Pharmacoepidemiology and Drug Safety; 18: 572-578.

**Returadresse:**

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse  
Oslo universitetssykehus, Ullevål, Bygning 37, 0407 Oslo

:aktuell informasjon – debatt



:neste nummer

vol. 14 – nr. 1 – 2010

- ◆ Vi gir oss ikke:  
Alderspsykiatrien må på kartet!
- ◆ «Flaskehalsen ligger i kommunene»  
sier Mirka Kraus, Norges første geronto-  
psykolog med offentlig avtale
- ◆ Kan de ikke bare få hvile?  
Om fysisk aktivitet
- ◆ Hvorfor trenger vi å vite om  
eldre er deprimerte?



## Aldring og helse

Nasjonalt kompetansesenter

Oslo universitetssykehus, Ullevål  
Medisinsk divisjon, Bygning 37  
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](mailto:post@aldringoghelse.no)  
[www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no)

ISSN: 0809-3520

Medlem av:

**Fagpressen**



[www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no)