

4VFOPSH1

“Hvordan kan TID modellen og økt bruk av miljørettet behandling, redusere bruk av medikamenter mot atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens (APSD) på sykehjem?”

Marianne Jonas og Malin Ødegård



Høgskolen i **Hedmark**

Fagspesifikk fordypning med vekt på psykisk helse hos eldre, ved
Avdeling for helse- og idrettsfag.

HØGSKOLEN I HEDMARK

2011

Antall ord: 10990.

Samtykker til utlån fra biblioteket.

Vandrar

Mink i bur.

Demente på institusjon.

På endelaus vandring,

Fram og attende,

Utan stans.

Uro i kropp og sjel.

Som dokker styrd av usynlege trådar.

Styrd av krefter dei ikkje rår over.

Stengde inne for resten av livet,

Frarøva fridommen.

Skal dei aldri finne ro?

(Hunderi og Hunderi, 2009)



Innhold

| | |
|--|-----------|
| 1. INNLEDNING OG BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA | 5 |
| 1.1 PRESENTASJON OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING | 6 |
| 1.2 AVGRENSINGER | 7 |
| 1.3 HENSIKT OG MÅLGRUPPE | 8 |
| 2. METODEDEL | 9 |
| 2.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE..... | 9 |
| 2.1.1 Søkeprosessen | 10 |
| 2.2 KILDE- OG METODEKRITIKK..... | 12 |
| 2.3 ETISKE OVERVEIELSER..... | 13 |
| 3. TEORETISKE PERSPEKTIVER..... | 14 |
| 3.1 ALZHEIMERS SYKDOM | 14 |
| 4. ATFERDSMESSIGE OG PSYKISKE SYMPTOMER VED DEMENS (APSD) | 16 |
| 4.1 PSYKISKE SYMPTOMER | 17 |
| 4.1.1 Depresjon..... | 17 |
| 4.1.2 Angst | 17 |
| 4.1.3 Hallusinasjoner og vrangforestillinger..... | 18 |
| 4.1.4 Personlighetsendringer..... | 18 |
| 4.2 ADFERDSMESSIGE SYMPTOMER | 19 |
| 4.2.1 Passive/usynlige symptomer..... | 19 |
| 4.2.2 Aggressive/synlige symptomer | 20 |
| 4.2.3 Endrede ADL funksjoner som symptomer på APSD | 21 |

| | |
|---|-----------|
| 5. BEHANDLING AV APSD HOS PASIENTER MED ALZHEIMERS SYKDOM I NORSKE SYKEHJEM..... | 22 |
| 5.1 TID | 22 |
| 5.2 MILJØBEHANDLING | 24 |
| 5.3 MEDIKAMENTELL BEHANDLING AV APSD..... | 25 |
| 5.3.1 <i>Antipsykotiske legemidler</i> | 26 |
| 6. DRØFTINGSDEL | 27 |
| 6.1 TID - ANVENDELSE I SYKEHJEM | 27 |
| 6.1.1 <i>Registreringsfasen</i> | 28 |
| 6.1.2 <i>Veiledningsfasen</i> | 30 |
| 6.1.3 <i>Evalueringsfasen</i> | 31 |
| 6.2 HVORDAN KAN TID FØRE TIL ØKT BRUK AV MILJØBEHANDLING? | 31 |
| 6.3 HVORDAN KAN TID MODELLEN OG ØKT BRUK AV MILJØRETTET BEHANDLING REDUSERE BRUK AV MEDIKAMENTER MOT APSD PÅ SYKEHJEM?..... | 36 |
| 7. FORUTSETNINGER FOR AT TID SKAL BLI VELLYKKET PÅ SYKEHJEM OG KONKLUSJON PÅ PROBLEMSTILLINGEN..... | 39 |
| 7.1 KONKLUSJON PÅ PROBLEMSTILLINGEN | 39 |
| LITTERATURLISTE | 41 |
| | |
| vedlegg 1..... | 46 |
| vedlegg 2..... | 47 |
| vedlegg 3..... | 48 |
| vedlegg 4..... | 53 |

1. Innledning og bakgrunn for valg av tema

Den internasjonale alderspsykiatriorganisasjonen (IPA) introduserte begrepet APSD, i 1990-årene, engelsk BPSD- behavioural and psychological symptoms in dementia og dette har siden vært betegnelsen nasjonalt og internasjonalt. IPA inkluderer ulike symptomer som apati, depressive symptomer, angst, hallusinasjoner, vrangforestillinger, manglende hemning, agitasjon, roping og vandring (Engedal & Haugen, 2009). Rapporten “Glemsk, men ikke glemt” omtaler APSD. De viser til at kun 16% av landets kommuner mener at de har et tilfredsstillende tilbud til pasienter med APSD gjennom spesialisthelsetjenesten, og at hele 28% føler de mangler dette tilbudet (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Samhandlingsreformen har lagt vekt på dette og har som mål å oppnå oppgavefordeling mellom ulike instanser som sykehjem og spesialisthelsetjenesten. Det vil bidra til at flere arbeider sammen om å oppnå et felles mål der pasienten er i fokus og får rett behandling, samtidig som det gjøres på en rasjonell og koordinert måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Demensplan 2015, “Den gode dagen” tar for seg langsiktige strategier og konkrete tiltak for å bedre demensomsorgen. En stor del av dette bygger på kompetanseheving. Dette innebærer heving av kompetanse ved bruk av forskning, kvalitetsutvikling, planlegging og generell kompetanseheving innen demensomsorgen i primær og spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Det har kommet flere reformer, rundskriv og stortingsmeldinger de siste årene som har lagt vekt på demens og atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens, som APSD. Vi ser at demensomsorgen har fått ett større fokus i medier og hos helsemyndighetene. Ut ifra våre egne erfaringer i praksis ser vi at det er ennå et stykke igjen til vi kan si at pasienter som lider av APSD får tilrettelagt og best mulig behandling. Vi erfarer stadig at medikamenter er det enkleste og den mest anvendte behandlingen mot APSD i sykehjem i dag, og i mindre grad målrettet miljøbehandling. Dette viser at både kompetanseheving i kommunen og at samarbeid med spesialisthelsetjenesten bør bli bedret for å sikre best mulig behandling av personer med APSD.

Vi er to sykepleiere som arbeider ved hvert vårt sykehjem i Hedmark fylke. I forkant av denne fordypningsoppgaven hadde vi tanker om hva vi ønsket å fordype oss i. Vi er begge svært opptatt av demensomsorg, og spesielt med tanke på atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens (APSD). Vi spurte våre arbeidsplasser om det var noe tema de

ønsket at vi skulle fordype oss i, og arbeidsgiver og ansatte kom blant annet frem med temaet APSD. Vi ser at APSD er et stort og voksende problem på sykehjem. Vi ser utfordringene dette gir for pasienten selv, medpasienter, pårørende og pleiepersonellet. Vi oppfatter også at det er for lite kunnskap på dette fagområdet blant personalet i sykehjem, til tross for at det har fått større oppmerksomhet i senere tid.

Studier viser at bruken av psykofarmaka er høy i norske sykehjem, samt at seponering av disse i de fleste tilfeller ikke fører til forverring av APSD, heller tvert i mot (Ruths, Straand, Nygaard & Aarsland, 2008). Andre studier viser også at å iverksette kartlegging av APSD og bruk av miljøbehandling har svært god effekt (Deudon et.al., 2009).

1.1 Presentasjon og presisering av problemstilling

Vår problemstilling er som følger:

“Hvordan kan TID modellen og økt bruk av miljørettet behandling redusere bruk av medikamenter mot atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens (APSD) på sykehjem?”

APSD kan oppstå hos alle personer med demens. Alzheimers sykdom er den vanligste årsaken til demens. I takt med at sykdommen progredierer, oppstår det ofte mer atferdsmessige og psykiske symptomer (Engedal, 2008). APSD kan deles inn i to grupper av symptomer; psykiske symptomer og atferdsmessige symptomer. Disse symptomene vil vi belyse i vår teoridel og drøfte mot miljøbehandling som eventuelt kan redusere bruken av medikamentelle tiltak. Ved bruk av kartleggingsverktøy, har vi valgt å benytte og vise til TID - tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens. Denne modellen vil vi presentere og omtale bredere i teoridelen. Vi vil også si noe om hvordan denne modellen kan bidra til å løse vår problemstilling i drøftingen. Vi vil se om bruk av TID på sykehjem kan føre til økt bruk av miljøbehandling. Det finnes mange ulike måter å utføre miljøbehandling på, og det er ulikt for hva som passer best for de ulike pasientene. Vi har derfor gjennom denne oppgaven valgt å skrive om miljøbehandling generelt. Vi vil komme med eksempler på hvordan dette kan gjøres for å forebygge APSD og som behandling mot APSD. Vi ser stadig at medisinerer blir satt inn svært raskt dersom det oppstår APSD, uten

at det er utført kartlegging eller utredning av årsak. En norsk studie viser til at det blir brukt for mye antipsykotika hos personer med APSD (Selbæk, Kirkevold & Engedal, 2007). Vi ser at bruken av disse legemidlene er nødvendig i ulike sammenhenger hos personer med Alzheimers sykdom og APSD. Vi stiller oss kritiske til den høye bruken av disse legemidlene, og ønsker at miljøbehandling kan bli en god erstatter i mange tilfeller. Vi vil inkludere dette i teoridelen og senere drøfte det opp i mot bruk av TID og miljøbehandling.

1.2 Avgrensinger

Selv om oppgaven er skrevet i forhold til pasienter med Alzheimers sykdom mener vi den også har overføringsverdi til pasienter med andre typer demens. Vi skriver om pasienter med Alzheimers sykdom og APSD i alle stadier av sykdommen. Pasientene bor på en somatisk sykehjemsavdeling, som ikke er spesielt tilrettelagt denne pasientgruppen. Vi vil kun nevne delirium som årsak til symptomer ved APSD. Vi vil ikke utdype dette videre i oppgaven, da det er en somatisk lidelse.

Vi har i denne oppgaven ikke fokus på medikamentell behandling av APSD, men nevner noe om bruk av medikamenter mot APSD, og kort om antipsykotika og bivirkninger. Vi vil ikke gjøre rede for de enkelte legemidlene som brukes hos pasienter med APSD.

TID som er presentert i oppgaven, er under utvikling og ennå ikke publisert. TID som kartleggingsverktøy er i bruk hos Alderspsykiatri Forskningscenter/ Sanderud, Sykehuset Innlandet, som et prosjekt mot kommuner i Hedmark og Oppland. TID tar blant annet for seg kognitiv terapi og psykologi. Dette vil vi kun nevne som prinsipper. Vi har fått godkjenning til å benytte TID i vår oppgave av Bjørn Lichtwarck, forfatter av TID manual. TID manual ligger som vedlegg nr.4, men kan ikke publiseres da det er et upublisert materiale, som forfatteren ikke ønsker at vi skal publisere.

Vi inkluderer ikke terapeutiske modeller eller beskriver enkelttiltak i form av miljøterapi. Vi har generalisert disse tiltakene og vil komme med eksempler igjennom oppgaven.

Pleier, personell og ansatt brukes synonymt. For ordet pasient med Alzheimers sykdom og APSD, bruker vi også begrepene han/hun, pasienten, pasient med APSD og individet. APSD bruker vi synonymt med utfordrende atferd.

Vi har valgt å ikke vektlegge på de pårørende, men kun nevne dem som ressurs. Vi har ikke inkludert bruk av tvang i denne oppgaven.

1.3 Hensikt og målgruppe

Vi ønsker å øke kunnskapen om APSD. Vi vil se på om bruk av TID er et godt og funksjonelt verktøy i forhold til utredning og behandlingen av APSD. Vi ønsker med dette å øke fokus på kartlegging, bruk av miljøbehandling og dermed redusere legemiddelforbruk mot APSD. Vi ønsker også at dette senere kan implementeres i sykehjem.

Vår målgruppe med denne fordypningsoppgaven er andre studenter og ansatte ved sykehjem.

2. Metodedel

I dette kapittelet vil vi ta for oss litt om litteraturstudie som metode og hva det innebærer for oppgaven vår. Vi viser hvordan vi har samlet inn data, og hvordan søkeprosessen vår har vært i forhold til å finne gode forskningsartikler. Vi viser hvordan vi har kontrollert og valgt ut studier til oppgaven vår. Vi tar også for oss metode og kildekritikk i dette kapittelet.

Metoden sier oss noe om hva vi bør gjøre for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode, er at den vil gi oss gode data og belyse problemstillingen vår på en faglig og interessant måte (Dalland, 2007).

En metode kan defineres som:

En fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland, 2007, s. 83, sitat fra Vilhelm Aubert).

I denne fordypningsoppgaven er vi pålagt å ha litteraturstudie som metode.

2.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie tar for seg bruk av litteratur som noen andre allerede har produsert. Vi har i hovedsak brukt kvalitativ metode som tilnærming av vår problemstilling. Dalland (2007) beskriver kvalitativ metode som en metode for å innhente data for å belyse et fenomen. De som bruker denne metoden kalles "tolkere". Vi tolker andres litteratur, for å finne mening og opplevelse som ikke kan tallfestes.

Vi har forsøkt å trekke inn mest mulig relevant forskning og studier. Vi har brukt flere fremgangsmåter for å oppsøke og finne forskningslitteratur og studier som er pålitelige og relevante. Dalland (2007) beskriver pålitelighet og relevans som to krav som stilles til data i forhold til hva de kan brukes til, og hvilken verdi det har i forhold til problemstillingen. Det ene kravet er hvilken relevans dataene har for problemstillingen. Dersom dataene ikke er relevante til problemstillingen, ansees de ikke som gyldige. Det andre kravet til data er hvor pålitelig dataene er samlet inn. Dataene må være frie for unøyaktigheter i form av feilkilder.

Vi har aktivt oppsøkt forskere og andre gjennom telefon, mail og forelesninger. To personer vi har kontaktet er Geir Selbæk og Irene Røen. Geir Selbæk Ph.D/Psykiater, og ansatt som forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Han har jobbet med en rekke forskningsprosjekter og studier innen alderspsykiatri og APSD. Vi kontaktet han på mail, der vi fortalte om vår fordypningsoppgave og at vi søkte litteratur og forskning i den sammenheng. Vi fikk tilbakemelding på mail, der han sendte med 3 internasjonale forskningsartikler, samt at han henviste oss til å se på tidsskriftet demens og alderspsykiatri. Vi kontaktet Irene Røen, prosjektleder ved alderspsykiatrisk forskningssenteret ved Sanderud sykehus, i Sykehuset Innlandet. Hun hadde tidligere holdt forelesning for oss ved Høgskolen i Hedmark, der hun presenterte TID som et verktøy ved APSD. Hun tok kontakt med sykehjemslege og forfatter av TID – manual, Bjørn Lichwarck. Han gav oss tillatelse til å bruke TID i vår oppgave, og sendte oss TID manualen som vi kunne bruke som vedlegg i oppgaven (vedlegg nr.4).

2.1.1 Søkeprosessen

I starten av søkeprosessen ville vi finne gode søkeord for å finne forskning vi kunne inkludere i vår oppgave. For å få gode søkeord startet vi med å sette problemstillingen vår inn i PICO skjema (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2008). Videre satte vi inn søkeord på norsk og så på engelsk (vedlegg nr.1).

Vi startet så med å søke i SveMed+ som er en svensk database. Siden databasen innehar i hovedsak enkeltstudier og artikler, benyttet vi denne databasen i hovedsak for å skaffe MeSH søkeord. MeSH er oversatt som: “Medical subject headings – medisinske termer eller nøkkelord som brukes av The National Library of Medicine for å indeksere referanser til databasen Medline” (Nortvedt et.al, 2008, s. 206). Vi satte da inn MeSH ordene i PICO (Vedlegg nr.1).

I våre søk har vi benyttet Brian Haynes S-modell. Denne modellen framstiller en pyramide, der den forskningsbaserte kunnskapen er kvalitetsvurdert og kunnskapskildene er satt i system. Den sikreste kunnskapen øverst som innebærer framtidens pasientjournaler, mens nederst ligger primærstudiene (Haynes, 2007). Vi har forsøkt å finne kunnskap fra øverste del av pyramiden, men har også inkludert noen primærstudier.

Vi startet å søke med kun MeSH termer. Vi syntes i søkeprosessen at det var vanskelig å finne pålitelige og relevante studier i forhold til miljøbehandling, derfor inkluderte vi også andre søkeord vi syntes var relevante. Vi søkte da i hovedsak på enkelttiltak i forhold til miljøbehandling. Noen av søkerordene vi benyttet er: music therapy, activity, environment, light therapy og massage.

Vi har søkt i databasene: Cochrane Library, Cinahl, SveMed+, MEDLINE, PubMed og Clinical Evidence. Søkene er gjort gjennom høgskolens server og gjennom helsebiblioteket. I tillegg har vi benyttet søketjenesten McMaster PLUS som finner utvalgte, kvalitetsvurderte kilder. Treffene i McMaster PLUS sorteres etter grad av kvalitetsvurdering og oppsummering, slik at det enkelt og oversiktlig å finne den mest pålitelige kunnskapen. Vi har også benyttet helsebibliotekets emnebibliotek for å finne studier og oppsummert forskning.

Vi har kun inkludert studier som er nyere enn fra 2005, foruten en studie fra 1995. Vi valgte ut studiene ved og først å lese overskrifter på søkene med under ett hundre funn. Dersom den var relevant leste vi abstrakt, for så å lese fulltekst der vi ønsket å inkludere studien. Vi har valgt å vise ett søk som vedlegg i denne oppgaven av hensyn til plass i oppgaven (Vedlegg nr.2).

I vår fordypningsoppgave har vi valgt å inkludere mange studier og artikler. Vi har i tillegg valgt å benytte Rotterdam studien (Ott et. al, 1995), for kartlegging av antall personer med Alzheimers sykdom. Denne studien blir ansett til å ha svært signifikante resultater og blir benyttet som litteratur i flere pensumbøker eks. Engedal & Haugen (2009). Studien er utført i 1995, men vi anser den som fortsatt pålitelig da nyere fagbøker også fortsatt henviser til denne studien. Vi har heller ikke funnet noen nyere studie som omfatter kartlegging av antall personer med Alzheimers sykdom.

2.2 Kilde- og metodekritikk

Vi har benyttet forskningsartikler, fagartikler, selvvalgt litteratur og pensumlitteratur i vår oppgave. Vi innehar i tillegg mye egne erfaringer, da vi begge arbeider som sykepleiere på sykehjem og har gjort det i noen år. I teoridelen har vi brukt mye teori fra Engedal (2008) og Engedal & Haugen (2009). Vi er kritiske i henhold til at det burde vært benyttet flere litterære kilder for å få et bredere kunnskapsgrunnlag. Ved å kun benytte to forfattere kan det oppstå skjevhet eller at forfatterens syn og oppfattelse blir gjeldende. Vi begrunner dette ved at det finnes lite ny litteratur innen dette fagområdet og disse forfatterne har ekspertise på området og har publisert litteratur.

Forskningsartiklene vi har inkludert i vår oppgave, har vi kritisk vurdert etter Nasjonalt kunnskapssenter sine sjekklister for forskningsartikler (Kunnskapssenteret, 2008) for sikre at studiene vi har inkludert er pålitelige og relevante. Vi viser til et eksempel i vedlegg på hvordan vi har benyttet sjekklisene for kontroll av studier. Denne sjekkliste har vi tidligere presentert for klassen, i tillegg viser den en studie vi viser til flere ganger i vår oppgave. På grunn av plasshensyn har vi valgt å vise kun en sjekkliste (vedlegg nr.3).

Muligheten for feiltolkning av litteratur og studier er en utfordring. Funn av forskning kan ha blitt påvirket av vårt ønske om å redusere bruk av medikamenter, men vi har forsøkt å forholde oss nøytrale og bruke den litteraturen og de funnene alle studiene viser.

Noen av studiene og artiklene vi har inkludert er små, men vi velger å inkludere dem på bakgrunn av annen litteratur, eller forskning som sier det samme. Vi har søkt mye forskning, men vi har funnet lite forskning innen vårt tema som er oversiktsartikler. De fleste store studier, oppsummert forskning og oversiktsartikler viser til at det må forskes mer innen fagfeltet. Vi er også kritiske til litteraturen vi har funnet, og er kjent ved at det stadig kommer ny forskning som har nye funn. Vi har også benyttet relevante retningslinjer, nasjonale rapporter og rundskriv i vår fordypningsoppgave.

Ved å velge studier som ikke er eldre enn fem år, vet vi at resultatene er ganske nye og forhåpentlig vil de fortsatt være pålitelige. Vi oppdaget at dette var noe problematisk, da det viste seg å være vanskelig å finne relevante artikler i forhold til vår problemstilling. Vi har derfor inkludert noen eldre studier og litteratur.

Vi tar forbehold i at vi har oversatt engelske forskningsartikler og det kan ha oppstått feiloversettelse eller misforståelse av litteraturen. Vi tar også forbehold i vår tolkning av TID. Vi er ikke kjent med denne modellen fra tidligere. Det foreligger heller ikke forskning eller annen litteratur om denne modellen annet enn det vi har fått av forfatteren, da modellen ikke er publisert ennå.

2.3 Etiske overveielser

Vi har anonymisert oss og vår arbeidsplass. Kontaktpersoner vi har henvendt oss til, har godkjent at vi nevner dem i vår oppgave.

3. Teoretiske perspektiver

Vi vil i teoridelen belyse de teoretiske perspektivene som kommer frem i vår problemstilling. Alzheimers sykdom, APSD, symptomer ved APSD, Årsaker til APSD, behandling av APSD, Tiltak ved APSD: Tid, miljøbehandling og medikamentell behandling.

3.1 Alzheimers sykdom

Alzheimers sykdom er den vanligste årsaken til demens. En studie i Rotterdam viser at mer enn 60 % av demensrammede har denne formen for demens (Ott et. al, 1995). Omregnet til Norske forhold, utgjør dette at allerede i 2009 var det 45.000 mennesker i Norge som hadde denne formen for demens, dette øker stadig (Engedal & Haugen, 2009).

Pasienter med Alzheimers sykdom er oftest de demenspasientene som fungerer dårligst. Frustrasjon og forvirring kan lett oppstå dersom man setter for høye krav til dem. De vil få et stort behov for hjelp. Det er viktig at det miljøet de lever i er best mulig tilrettelagt slik at de frustrerende nederlagene blir færrest mulig. Det er vanlig å dele inn symptomutviklingen ved Alzheimers sykdom i tre faser: startfasen, dekompeniseringsfasen og pleiefasen (Engedal, 2008).

I startfasen vises de første tegnene til mental svikt. Dette i form av svekket hukommelse, særlig i forhold til ting som nylig har skjedd. Pasienten kan glemme avtaler og enkle praktiske gjøremål. Videre svikter tidsorienteringen. Noen får språkvansker, med ordleting og manglende taleflyt. Enkle praktiske gjøremål kan bli vanskelig. Noen viser tegn til manglende orientering i rom. De fleste greier å bruke sine vanlige forsvars- og mestringsstrategier i startfasen. Personlighetstrekk er vanligvis uendret i denne fasen, men er gjerne forsterket (Ibid.).

I dekompeniseringsfasen mister pasienten grepet på tilværelsen. Nå kan man se periodevise psykotiske symptomer som synshallusinasjoner og vrangforestillinger. Likeså uforståelig og underlig atferd. Å benytte de lærte mestringssevnene blir vanskelig. Forvirring oppstår lett og pasienten bringes ut av fatning ved stress. Hukommelsen svekkes mer. Hos noen svekkes språkevnen og orienteringsevnen i rom ytterligere (Ibid.). Noen greier ikke språklig

kommunikasjon, opprettholdelse av personlig hygiene og liknende. Kontakten med helsevesenet oppstår ofte i denne fasen.

I pleiefasen er de fleste pasienter totalt avhengig av døgkontinuerlig hjelp og pleie (Ibid.). Mange vil utvikle symptomer som balansesvikt, vansker med å begrense avstander og vansker med å samordne muskulaturen til naturlige, hensiktsmessige og glidende bevegelser (Engedal, 2008).

Ansvar for utredningen av demens ligger i kommunehelsetjenesten. Fastlegen bør henvise pasienten til alderspsykiatrisk poliklinikk eller avdeling når pasienten har markerte psykiske symptomer som ved depresjon, hallusinasjoner eller vrangforestillinger (Berentsen, 2008).

4. Atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens (APSD)

APSD er ulike fra de kognitive symptomene som oppstår ved Alzheimers sykdom. I takt med at Alzheimers sykdom progredierer, oppstår det ofte mer APSD (Engedal, 2008). For å kunne fastslå demensdiagnosen er atferdsforstyrrelser eller psykiske symptomer et vilkår i diagnosesystemet ICD-10.

Ved alle demenssykdommene er APSD vanlig, men forekomsten øker etter hvert som demenssykdommen utvikler seg. Forekomsten av APSD avtar igjen ved langt kommet alvorlig demens.

Mange pasienter med Alzheimers sykdom opplever mestringssvikt. En rekke følelsesmessige forhold kan også virke inn på dette (Engedal & Haugen, 2009). Nye omgivelser, dersom de har flyttet inn på sykehjem eller følelse av tap ved at man ikke lenger bor sammen med sin ektefelle. I tillegg kan små vaner som gir trygghet, slik som å ha en fast plass føre til mestringssvikt dersom man for eksempel må bytte plass rundt matbordet.

Hjerneorganiske forandringer, som ved biokjemiske forandringer i hjernen kan føre til APSD hos pasienter med Alzheimers sykdom. Signalsubstanser som påvirkes ved Alzheimers sykdom er acetylkolin, dopamin, noradrenalin, serotonin og glutamat. Reduksjon av acetylkolin vil påvirke personens kognitive funksjoner, og kan føre til hallusinasjoner. Reduksjon av serotonin påvirker de affektive funksjonene i kroppen, og kan føre til depresjon, angst, rastløshet, agitasjon og aggressivitet (Engedal & Haugen, 2009). Ut i fra dette vet vi at en rekke psykotiske symptomer som hallusinasjoner og vrangforestilling, kan skyldes reduksjon av acetylkolin og serotonin ved Alzheimers sykdom, og derfor behandles ut i fra det. Selbæk skriver for APSD er hovedregelen at symptomene kommer og går og dette kan vare over år. Ca 70 % av beboere i sykehjem har APSD (Selbæk, 2005).

Miljømessige utløsende årsaker til symptomer er vanskelig å undersøke. Hos de med APSD kan faktorer i miljøet ha en betydning for økt uro. En annen viktig årsaksfaktor er somatisk sykdom og legemiddelbruk (Selbæk, 2005).

APSD kan deles inn i to grupper av symptomer; psykiske symptomer og atferdsmessige symptomer.

4.1 Psykiske symptomer

Psykiske symptomer innebærer symptomene depresjon, angst, hallusinasjoner, vrangforestillinger, illusjoner og personlighetsendringer.

4.1.1 Depresjon

Depresjon oppstår hyppig hos pasienter med Alzheimers sykdom. Dette kan skyldes psykiske faktorer, som når følelsen av mestring fort bli kan bli svekket. Følelsen av ikke lenger få til, eller husker hvordan enkle gjøremål skal utføres, kan være faktorer som kan føre til depresjon. Engedal beskriver biologiske endringer som en faktor til utvikling av APSD. Det oppstår endringer i signalstoffer på grunn av celledød og celledød som kan føre til depresjon hos pasienter med Alzheimers sykdom (Engedal, 2008). Symptomer som tilbaketrekking og aggresjon er av lettere grad og vanlig ved depresjon hos demente, og stemningsleie er mer vekslende enn hos ikke – demente (Selbæk,2005).

Å stille diagnosen depresjon hos pasienter med Alzheimers sykdom kan være vanskelig og krevende, spesielt dersom pasienten har kommet lang i sykdomsutviklingen. Det vil også være vanskelig for pasienten å formidle at han/hun er deprimert. Pasienten kan formidle depresjon på flere måter, sinne, uro og irritabilitet kan være eksempler på dette. Andre pasienter utvikler i følge Engedal emosjonell inkontinens, eller patologisk gråt (Engedal, 2008).

4.1.2 Angst

Angst forekommer ofte hos pasienter med Alzheimers sykdom. Angsten kan fremkalles hos pasienter med Alzheimer sykdom ved at de mister evnen til å forstå sin egen eller ulike situasjoner, eller sin egen fremtid (Engedal, 2008). De husker kanskje ikke at de er voksne, og at foreldrene er døde. De skjønner kanskje heller ikke hvor de befinner seg. Følelsen av å være forlatt, bortkommet eller stadig på leting etter noe kjent, kan bidra til å utvikle angst.

Noen pasienter opplever følelsen av panikkangst, dette kalles katastrofereaksjon. Det kan oppstå dersom pasienten ikke forstår hva som skjer eller skal gjøres. Pasienten opplever det

som å være truet og blir redd, og setter seg til motverge eller prøver å komme seg unna (Engedal, 2008).

4.1.3 Hallusinasjoner og vrangforestillinger

Pasienter med Alzheimers sykdom kan lett få psykiske symptomer som hallusinasjoner, vrangforestillinger og illusjoner. Vrangforestillinger er det som oppstår hyppigst, det kan skyldes tidsforskyvning (befinner seg mentalt i en annen tid) som en konsekvens av pasientens kognitive svikt. Når pasienten med Alzheimers sykdom vil ut å melke kuene om kvelden, eller de venter på at barna skal komme hjem fra skolen, kan dette i følge Engedal skyldes lystbetonte forestillinger som ett uttrykk for at de savner dette (Engedal, 2008). En annen form for vrangforestilling er feilidentifikasjon. Dette kan være i form av at de opplever sitt eget speilbilde som om det tilhører en annen. En spesiell form for feiltolkning eller vrangforestilling kalles capgras syndrom. Da opplever pasienten at han/hun har blitt erstattet av noen andre, og at det finnes to identiske utgaver av en selv. Dette kan også oppstå i forhold til personal eller rom og steder. Et annet typisk eksempel for pasienter med Alzheimers sykdom er at de ofte ikke klarer å skille det som foregår på TV fra virkeligheten. De kan føle at de opplever det som skjer på TV, eller at personen som er på TV er rundt dem (Engedal & Haugen, 2009).

Synshallusinasjoner mer vanlig enn hørselshallusinasjoner hos personer med Alzheimers sykdom. Selbæk skriver at vanligvis er vrangforestillinger enkle og sjelden veldig utartede ved demens. Det mest typiske er at noen har stjålet fra dem eller at ektefelle er utro (Selbæk, 2005).

4.1.4 Personlighetsendringer

Personlighetsendringer kan oppstå hos pasienter med Alzheimers sykdom på grunn av svikt i intellektuelle evner og mestringssevne. Dette kan føre til at personen utvikler andre psykologiske mestringsstrategier og forsvarsmekanismer enn tidligere. De største personlighetsendringene hos pasienter med Alzheimers sykdom skjer ved celledød og celleskader i pannelappen. Engedal sier det er også andre psykiske og organiske årsaker som

har betydning for hvordan personligheten endres i utviklingen av Alzheimers sykdom, men dette er det ikke kommet frem noen klar forståelse for dette ennå (Engedal, 2008).

4.2 Adferdsmessige symptomer

Adferdsmessige symptomer er de symptomene som oppleves mest krevende for omverdenen. Disse symptomene ser vi ofte blir medikamentelt behandlet for å unngå det som oppleves som meningsløs atferd. Da spesielt de aggressive/ synlige symptomene som beskrives senere. Ufordrende atferd må sees på som normale reaksjoner sett ut ifra pasientens perspektiv og forventninger, og ikke som et avvik. 1163 pasienter var med i en stor norsk studie om forekomsten av APSD i norske sykehjem. Den viste at 72% av pasientene har klinisk relevante psykiske og adferdsmessige symptomer. Kartleggingsverktøyet NPI (Neuropsykiatrisk evalueringsguide) ble brukt. Forekomsten økte ved alvorlighetsgraden av demenssykdommen. Ut ifra NPI var symptomer de fant irritabilitet(27%), apati(26%), aggresjon/agitasjon(23%), depresjon(21%), vrangforestillinger(21%), angst(21%), mangel på hemninger(20%), forstyrrende motorisk adferd(18%), og hallusinasjoner(12%) (Selbæk, Kirkevold & Engedal, 2006).

4.2.1 Passive/usynlige symptomer

APSD innbefatter også blant annet passive/usynlige symptomer som apati, passivitet/ interesseløshet, tilbaketrekking og initiativløshet.

Den vanligste atferdsendringen hos pasienter med Alzheimers sykdom er økt grad av apati, nedsatt motivasjon og interesse/passivitet. Pasientene blir mer tilbaketrukne. Mange slutter med sine hobbyer og følger ikke lengre med i samtaler. Vi opplever at passiviteten som regel ikke blir oppfattet som noe stort problem, og heller ikke behandlet. Engedal beskriver at passivitet kan i mange tilfeller være vanskeligst å takle for de pårørende, som kan oppleve at personen har blitt annerledes og vanskelig å kommunisere med (Engedal, 2008). Apati og nedsatt motivasjon kan ofte mistolkes som depresjon (Selbæk, 2005).

4.2.2 Aggressive/synlige symptomer

Aggressive/synlige symptomer, innebærer symptomer som er mer krevende for omgivelsene. Dette kan være rastløs motorisk atferd (vandring, plukking), agitert atferd, irritabilitet/labilitet, aggressivitet og repeterende handlinger som roping og klamring. Utagering i form av voldelig atferd som slåing, spyting, klyping og kjefting kommer også inn under aggressive/synlige symptomer (Engedal, 2008). Som nevnt tidligere blir disse symptomene ofte oppfattet som meningsløse. Vi ser ofte at pasientene blir behandlet med medisiner, uten at den opprinnelige årsaken blir funnet.

Rastløshet og uro hos pasientene kan skyldes at de savner sine daglige aktiviteter. Engedal skriver at andre ganger kan motorisk uro skyldes delirium, eller være uttrykk for akatisi eller annen psykotisk atferd (Ibid.).

Agitasjon er gjerne vedvarende og vanskelig å behandle. Den er definert som motorisk eller verbal aktivitet, roping, vandring og plukking (Selbæk, 2005). Det kan være et uttrykk for ubehag eller misnøye og utfordringen klinisk er å finne årsaken til dette. Selbæk skriver at aggresjonen kan være knyttet til psykotiske opplevelser, og sees oftest som en angstreaksjon. Den kan også være et uttrykk for depresjon (Selbæk, 2005). Agitasjon, aggresjon og irritabilitet kan ofte ha komplekse og gjerne flere sammenhengende årsaker. Det kan være ulike faktorer som utløser denne atferden. Delirium kan være en årsak, men også manglende forståelse av ulike situasjoner, angst, miljøet rundt pasienten og hvordan pasienten samhandler med miljøet rundt seg kan være en viktig faktor. Engedal beskriver to ulike former for aggressivitet, angrepsaggressivitet og forsvarsaggressivitet. Angrepsaggressivitet er når personen har en aggressiv atferd uten noen synlig varsel om at atferden starter. Det virker som at den kommer helt plutselig, uten at man forstår hvorfor. Dette skyldes ofte biologiske skader i frontallappene eller i hjernestammen. Den andre formen for aggressivitet, forsvarsaggressivitet, oppstår gjerne i etterkant av en situasjon eller en hendelse som pasienten har opplevd som vanskelig (Engedal, 2008). Vi opplever at disse situasjonene oppstår som oftest i samhandling mellom pasient og pleier. Dette kan skyldes at pasienten føler at intimgrensen er overskredet, misforståelse mellom pasient og pleier, frustrasjon, krenkelse m.m. Engedal skriver at angst er en vanlig årsak for denne formen for aggressivitet, og bør derfor kartlegges og utredes (Ibid.).

Repeterende handlinger som roping er også et vanlig symptom hos pasienter med Alzheimers sykdom (Ibid.). Noen roper ”hallo, hallo..” helt stereotypt og uten pause, foruten når pasienten blir henvendt til. Andre fortsetter å rope til tross for at de blir henvendt til. Denne atferden er vanskelig å forstå, men kan til tider bli svært krevende og slitsomt for medpasienter og ansatte på avdelingen. Pasienten er som oftest ikke klar over sin egen atferd, og vi har opplevd at pasienten sier at han ikke har ropt. Engedal beskriver at det er vanskelig å si om atferden skyldes at det er en form for selvstimulering eller om det er en form for kommunikasjon (Engedal, 2008).

4.2.3 Endrede ADL funksjoner som symptomer på APSD

ADL innebærer aktiviteter i dagliglivet. Utfordrende atferd i forhold til dette kan være: endret døgnrytme, motoriske symptomer, inkontinens og endrede matvaner og/eller spiseforstyrrelser. ADL innebærer aktiviteter i dagliglivet. Dette gjelder i hovedsak de personene som har andre atferdsforstyrrelser slik som uro, rastløshet, vandring og irritabilitet (Engedal & Haugen, 2009). Utfordrende atferd i forhold til dette kan være endret døgnrytme, Mange personer med Alzheimers sykdom lider av døgnrytmeforstyrrelser. Vår erfaring er at døgnrytmeforstyrrelser oppstår hos de fleste etter hvert som sykdommen progredierer Engedal og Haugen beskriver døgnrytmeforstyrrelser i form av økt uro om ettermiddagen. Dette kalles ”sundowning” (Engedal & Haugen, 2009).

5. Behandling av APSD hos pasienter med Alzheimers sykdom i Norske sykehjem.

Pasienter med APSD har som regel plass i en institusjon, som for eksempel sykehjem. Derfor er det primært sykehjem og spesialisthelsetjenesten, i form av alderspsykiatriske avdelinger eller poliklinikker, som må forsøke å løse utfordringene ved APSD. En nasjonal kartlegging utført 2004-2005 viste at kun 16% av kommunene mener de har et tilfredsstillende tilbud fra spesialisthelsetjenesten, og 28% mente de manglet tilbud om dette i praksis. Dette viser at det er et stort behov for ytterligere utvikling av det alderspsykiatriske tilbudet både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

5.1 TID

Et atferdssymptom blir et problem når personale og pårørende opplever det som et problem. Aggresjon, roping, vandring, manglende samarbeidsvilje og lignende får et negativt fokus, og atferden knyttes opp mot pasienten. For å forstå atferden må det måles frekvens og intensitet ved hjelp av kartleggingsverktøy (Engedal & Haugen, 2009).

TID (Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens) er utviklet ved Tjæråhagen Bofelleskap et sykehjem i Rana kommune av sykehjemslege Bjørn Lichtwarck og Ann-Marit Tverå, som ikke er nevnt med tittel. Modellen er utviklet på bakgrunn av erfaringer om at pasienter med demens og deres atferd skaper store utfordringer for de ansatte på sykehjem. Denne modellen er et rent praktisk verktøy og et hjelpemiddel for utredning og iverksettelse av tiltak som gir en helhetlig og komplett tilnærming ved atferd eller psykiske symptomer. Modellen kan iverksettes i sykehjem i samarbeid med spesialisthelsetjenesten eller på egenhånd. TID er mest brukt der personalet kommer til kort ved stor grad av agitasjon og aggresjon som gir store utfordringer for personalet. En del av de teoretiske prinsippene i modellen er hentet fra kognitiv atferdsteori. Spesielt gjelder dette for forståelsen av menneskelig atferd. Vi påvirker hverandre gjensidig under samhandling og struktur. Det gis en innføring i disse prinsippene i kognitiv terapi som skal brukes som en modell for å strukturere tilnærmingen til pasientene. Det sentrale er å finne en metode for å komme fram til individuelt tilpassede tiltak som kan prøves ut i avdelingen, eller det kan

være psykofarmaka som en del av tiltaket. TID foregår i tre faser; registreringsfasen, veiledningsmøte(r) og evalueringsfasen.

TID starter ved at man registrerer/kartlegger symptomene som skaper utfordringene. Videre går modellen til registreringsfasen (kartlegging). Denne fasen tar for seg døgnobservasjoner ved bruk av døgnregistreringsskjemaer kartlegging av pasientens helsetilstand, både fysisk og psykisk. NPI (Neuropsychiatric Inventory) brukes blant annet i utredningen av APSD. Dette er et kartleggingsverktøy som baserer seg på intervju utført av personale som kjenner pasienten godt, der en grundig gjennomgang av symptomene registreres og skåres. Hyppigheten, intensiteten og belastningen av disse symptomene skåres. Dette gjøres av tilsynslege for å finne årsaken til APSD. Pasientens medikamenter skal også kritisk vurderes av tilsynslege opp i mot eventuelle bivirkninger som årsak til APSD. Tilsynslege og personalet skal vurdere om eventuelle smerter forårsaker APSD. Videre skal alvorlighetsgraden av demenstilstanden vurderes ut i fra kartleggingsverktøy. Dette utføres av sykepleier. Sykepleieren kartlegger videre pasientens funksjonsnivå, ADL (aktivitet i dagliglivet) funksjoner. Personopplysnings skjema fylles ut av personalet i samarbeid med pasient og/eller pårørende. Disse opplysningene gir et grunnlag og en god kartlegging for APSD.

Når kartlegging/ registreringsfasen er gjennomgått skal det avtales ett veiledningsmøte der iverksetting av TID som helhet planlegges. Dette er den eneste kostnaden ved modellen, da personalet som jobber rundt pasienten må frikjøpes denne tiden. Målet med veiledningsmøtet er at alle de ansatte oppnår en felles forståelse av pasientens atferd. Det planlegges hvilke tiltak som skal iverksettes. Tiltakene skal være konkrete, realistiske og etterprøvbare.

Neste fase av TID består av at tiltakene som ble planlagt under veiledningsmøtet skal iverksettes. Denne fasen bør vare over noen uker, slik at man kan se effekten av tiltakene. Det skal avtales tidspunkt for evaluering av tiltakene. Tiltakene blir så evaluert ut i fra om de skal endres eller om de har god effekt og bør i varetas.

5.2 Miljøbehandling

Utfordringen i demensomsorgen er å kartlegge svikten, finne gjenværende ressurser og i omsorgen gi den demente størst mulig medbestemmelse (Hummelvoll, 2004).

Miljøbehandling er en behandlingsrettet aktivitet som tar sikte på å bedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter (Vatne, 2006). Videre å bedre pasientens opplevelse av mestring og selvfølelse. Rokstad skriver at avgjørende informasjon for å forstå adferd er også hvilken type demens det er og lokaliseringen av hjerneskaden. Dette øker forståelsen av den virkningen sykdommen har på pasientens mestringsmuligheter (Rokstad, 2008c).

Hos personer med demens er i første rekke målet med miljøbehandling å sette den enkelte i stand til å bruke sine ressurser, og å opprettholde selvstendighet så lenge som mulig ved å iverksette aktiviteter som er tilpasset forutsetningene. Engedal og Haugen skriver at studier i norske sykehjem har vist at personalets rolle som tilretteleggere kan ha avgjørende betydning for etablering av meningsfull og positiv kontakt, også mellom pasientene (Engedal & Haugen, 2008). Trivsel og glede hos pasientene kan redusere angst og uro. Miljøbehandling av vanskelig atferd bygger i stor grad på observasjoner i dagliglivet, og omfatter mange ulike tiltak, fra mindre fysiske forandringer til å omfatte hele miljøet. Engedal og Haugen skriver også at miljøbehandlingen ikke kan snu sykdomsutviklingen men den kan bidra til å forsinke utviklingen, bedre funksjonsevnen og gi økt livskvalitet og trivsel. Der er viktig å huske på at høye forventninger om effekten av tiltaket er uheldig. Pasienten vil kunne oppleve seg mer utilstrekkelig og opplevelsen av mislykkethet forsterkes (Ibid.).

Personalet har en nøkkelrolle i å bygge relasjoner og skape en kultur som støtter, involverer og verdsetter det enkelte mennesket i enhver form for miljøbehandling. For å forstå hva de følelsesmessige reaksjonene og hva atferdsendringen uttrykker, må en bred kartlegging danne grunnlaget for tiltakene som velges i behandlingen. Rokstad skriver at man må kartlegge hvilken atferd pasienten viser, hva eller hvem den er rettet mot, hva går den ut på, intensitet og varighet. Forutgående hendelser, var det, situasjonen pasienten er i og reaksjonen som atferden vekker i omgivelsene må også observeres og beskrives (Rokstad, 2008b).

5.3 Medikamentell behandling av APSD

Som nevnt tidligere, i kapitlet om Alzheimer, reduseres signalsubstansen Achetylkinolin ved Alzheimer. Dette kan være en medvirkende årsak til hallusinasjoner. For å hemme nedbrytningen av achetylkinolin i hjernens nerveceller, eller stimulere achetylkinolinreseptorene kan AchE hemmere i medikamentform brukes, medisiner som Aricept, Reminyl og Exelon (Engedal, 2009). Engedal viser til studier der medikamentene har vist effekt på hallusinasjoner og kan føre til bedringer i dagliglivets funksjoner. Effekten er tydelig hos noen og kan vare i flere år. Hos andre ses liten eller kortvarig effekt. Antatt effekt er når tilstanden ikke forverrer seg. Ut ifra kliniske studier er effekten omtrent den samme for alle tre legemidlene (Ibid.).

Statens legemiddelverk har utgitt retningslinjer for Medikamentell behandling av APSD. Disse retningslinjene viser til at det alltid skal vurderes ikke-medikamentell behandling i første omgang. Dersom miljøbehandling ikke har effekt, kan legemidler mot enkeltsymptomet vurderes. Det skal i tillegg alltid gjøres en vurdering av ventet risiko og nytte av å sette inn legemidlet. Uansett hvilket legemiddel som settes inn skal det observeres effekt og behandlingen skal vurderes og prøveseponeres etter 3 måneder. Dersom det ikke oppnås ønsket effekt skal legemidlet seponeres (Statens legemiddelverk, 2005).

En studie viser at bruken av medikamenter ved APSD er stor i Norske sykehjem. Om lag 75 % av pasientene som lider av APSD bruker en eller flere typer medikamenter mot angst, depresjon og/ eller uro, og 25% får antipsykotika behandling kontinuerlig mot APSD. Studien viser også til en sammenheng mellom bruk av antipsykotika og apati hos personer med demens. Dette kan mulig være en bivirkning av antipsykotika. Studien viser vider til at kunnskap og evaluering av bruk av antipsykotika og andre medikamenter mot APSD må forbedres for å bedre APSD (Selbæk, Kirkevold & Engedal, 2006).

5.3.1 Antipsykotiske legemidler

Antipsykotika bør man være tilbakeholden til personer med demens da de ikke har noe positiv effekt på kognitive evner. Bruken av disse legemidlene krever en klar indikasjon. Det må tas hensyn til pasientens totale sykkelighet, interaksjoner med andre legemidler og preparatets hoved effekt, virketid og bivirkninger. Dosen må holdes så lav som mulig og det må observeres eventuelle bivirkninger (Engedal & Haugen, 2008) Hensikten med bruk av disse legemidlene er at de kan ha effekt på hallusinasjoner eller vrangforestillinger. Medisinene kan også være nyttig ved aggresjon og uro.

Ved bruk av legemidler hos personer med demens og APSD foreligger det fare for overdosering og ekstrapyramidale bivirkninger (motorisk uro i kroppen) på grunn av organisk hjerneskade (Ibid.). Varsomhet og tålmodighet er viktig på grunn av store individuelle forskjeller når det gjelder helsetilstand, alder, ernæringstilstand og vekt. Personer med demens er ekstra sensitive på grunn av sin hjernesykdom. Engedal og Haugen beskriver at ekstrapyramidale bivirkninger kan vise seg som akinesi, som nedsatt motorisk aktivitet tafatthet og passivitet. Dette kan igjen forveksles med depresjon og passivitet på grunn av demens. Tilstanden kan gå tilbake ved seponering. Akutte dystonier, som er smertefulle vridende ufrivillige bevegelser som også oppleves skremmende og dramatiske. Denne bivirkningen er sjelden hos eldre. Parkinsonistiske bivirkninger, kjennetegnes ved lett skjelving, trege bevegelser og stivhet. Disse er doseavhengige og inntreer raskt etter oppstart med antipsykotisk middel. Sannsynligheten for bivirkninger er stor jo større hjerneskaden er. Akatysi, viser seg som uønsket bevegelsestrang. Vansker med å sitte og ligge stille, og de står ofte og tripper (Engedal, 2008). Det er like viktig å observere bivirkninger som virkning av medisiner som blir gitt. Det er fordi alle medisiner har større eller mindre bivirkninger (Solheim, 2009).

6. Drøftingsdel

“Hvordan kan TID modellen og økt bruk av miljørettet behandling redusere bruk av medikamenter mot atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens (APSD) på sykehjem?”

Igjennom drøftingskapittelet ønsker vi å drøfte hovedmomentene i vår problemstilling. I første delkapittel vil vi beskrive TID som modell og hvordan vi ser for oss at denne kan implementeres på sykehjem. Vi vil drøfte modellen opp i mot litteratur, forskning og egne erfaringer. I andre delkapittel vil vi se på miljøbehandling. Vi vil trekke med oss TID som modell inn i dette kapittelet og drøfte modellen opp mot økt fokus på miljøbehandling. Egne erfaringer vil også være en del av drøftingen her. Som tredje delkapittel vil vi se om TID og miljøbehandling kan påvirke dagens bruk av medikamenter mot APSD. Vi vil drøfte erfaringer, TID, miljøbehandling og bruk av medikamenter mot APSD, for å se om vi kan svare på vår problemstilling.

6.1 TID - anvendelse i sykehjem

Vi undrer om bruk av TID på en sykehjemsavdeling vil føre til bedre utredning, kartlegging og tilrettelagte tiltak for pasienter med APSD?

TID er en ny modell og er ennå ikke publisert. Modellen er i bruk som prøveprosjekt noen steder, men det har ikke kommet tilbakemeldinger på hvordan modellen har fungert i praksis. Vi tolker derfor TID ut i fra den litteraturen vi har mottatt fra forfatteren om TID. Vi ser dette opp mot egne erfaringer og annen litteratur i forhold til hva TID omfatter. TID er en modell for kartlegging av APSD. Ettersom modellen ikke er implementert og vurdert ut i fra bruk på sykehjem ennå, innebærer dette at det kan oppdages mangler eller ønsker om endringer under veis som den blir satt “i live” på sykehjem. Vi må være kritiske i forhold til dette. Vi kjenner ikke modellen godt nok til å uttale oss om hvordan den faktisk fungerer, eller vil fungere i praksis. Vi kan derfor kun uttale oss i forhold til hva modellen inneholder og dekker i forhold til kartlegging, utredning, iverksetting av tiltak og utfordringer ved APSD. Vi må så sette dette opp i mot egne erfaringer eller annen litteratur. Det finnes i dag mange ulike kartleggingsverktøy for APSD, men lite helhetlige modeller for å få et helhetlig

perspektiv av pasienten, APSD og behov for tiltak. Vi undrer derfor om TID kan være en helhetlig modell som strukturerer og inkluderer de viktigste faktorene for målrettet arbeid ved APSD.

6.1.1 Registreringsfasen

Bruk av TID medfører mye kartlegging og utredning av pasienten. Den aktuelle atferden ved APSD skal registreres i NPI- sykehjemsversjonen. Det bør ikke registreres mer enn fire symptomer eller atferd om gangen på grunn av oversikten. Her skåres intensitet, belastning og hyppighet av symptomene, som vrangforestillinger, agitasjon/aggresjon, hallusinasjoner, angst, depresjon/dysfori, oppstemthet/velbefinnende, mangel på hemninger, apati/likegyldighet, irritabilitet/labilitet, avvikende motorisk atferd, appetitt/endringer i spiseatferd og nattlig atferd (Rokstad, 2008b). I tillegg, som et ledd i utredningen, registreres atferden/symptomene i et døgnobservasjonsskjema med fargekoder. Ansvar for den somatiske og mentale undersøkelsen har sykehjemslegen. Det settes fokus på pasientens legemidler for å oppdage mulige bivirkninger, og klinisk vurdering av smerter, som mulig årsak til atferden. Smertelindring skal da eventuelt iverksettes umiddelbart. I praksis ser vi ofte at tilsynslegen har knapt med tid. Våre erfaringer er at det blir rekvirert noen blodprøver, og det blir vurdert om det kan være eventuelle medikamenter som er årsak til atferden eller symptomene. Det tas urinstiks, og om mulig et raskt tilsyn der legen hilser på pasienten og eventuelt lytter på den.

Det er viktig at sykehjemslegen blir kjent med TID og tar den på alvor. Selbæk viser til at mange sykehjem har for dårlig legedekning i forhold til pasientens sammensatte sykelighet (Selbæk, 2005). Erfaringsmessig så har det på et av "våre" sykehjem vært ustabil legedekning og korte vikariater av leger som ikke har nok kunnskap om demens. De kjenner ikke til kartleggingsverktøy og de har for liten tid til å sette seg ned å planlegge. Det er viktig at sykepleier og sykehjemslegen har et godt samarbeid og finner gode løsninger sammen. På grunn av liten legedekning ser vi at det kan gi utfordringer for oss i bruken av TID. Det kan føre til at skjemaene ikke blir brukt i den grad de er ment og det blir ikke en helhetlig utredning som TID beskriver.

Vi kan ikke stole blindt på testresultatene av kartleggingsverktøyene da det er faktorer som kan virke inn på prestasjonen til pasienten, som dagsformen. Det kan også være selve testsituasjonen, hva vi sier og informerer og hvordan den utføres.

Graden av demenssykdommen skal fastsettes ved bruk av MMS-NR test, OBS-skjema eller KDV (klinisk demens vurdering) som utføres av sykepleier i avdelingen. Kartlegging av dagliglivets funksjonsnivå gjøres ved Barthel-ADL indeks eller Lawton og Body skala, som utføres av de som kjenner pasienten best. Primærkontakten eller pårørende intervjuer pasienten, i den grad det lar seg gjøre. Personopplysningsskjema skal brukes for å strukturere og sikre at viktige opplysninger blir med når det skal utarbeides miljøtiltak. Av egne erfaringer er det en god regel at det alltid blir fylt ut slike skjemaer når pasienten får plass på sykehjemmet. Da har man alltid opplysningene tilgjengelig.

Vi ser det som svært viktig at sykehjemmet, eller avdelingen fastsetter hvilke skjemaer de skal benytte. Alle som arbeider med TID må få opplæring til å benytte skjemaene korrekt.

Vi mener det alltid vil være en fare for subjektiv vurdering, i stedet for en objektiv vurdering når personalet skal fylle ut ulike typer skjemaer. Det er ulike faktorer som kan gi feilvurderinger, for eksempel kjemien mellom pasient og pleier, og hvor mye pleieren har observert pasienten selv. Intensjonen er at den som kjenner pasienten best skal utføre kartleggingen.

I mange tilfeller er APSD svært krevende både for pasienten selv og de rundt han, og i noen tilfeller vil det være behov for å iverksette tiltak allerede i registreringsfasen.. TID krever da at tiltakene skal journalføres og registreres på døgnregistreringsskjema. Det anbefales også at medikamentelle tiltak ikke forsøkes før registreringsfasen er fullført. Dette er i tråd med blant annet Statens legemiddelverk sine retningslinjer for medikamentell behandling av APSD (Statens legemiddelverk, 2005).

Vi ser at TID har inkludert viktige kartleggingsverktøy som er direkte tilrettelagt for APSD. Det er mange ulike atferdssymptomer som kan skape uro og frustrasjon både for personale, pasienten, og miljøet rundt. Kartleggingen, eller registreringen er ressurskrevende. Ledelsen må ha et klart mål og en klar holdning for gjennomførelsen, og vise dette i form av at personalet får anledning til å jobbe målrettet med TID. Opplæringen i bruken av modellen vil være tidkrevende inntil alle er blitt godt kjent med den, og vet hvordan den skal brukes. Vi tror at god opplæring og nok tid fører til mindre frustrasjon og belastninger for

personalet, og at det vil føles mer tilfredsstillende for personalet å være på jobb når arbeidsverktøyet blir mer strukturert og målrettet.

Med god kartlegging vil samtidig kunnskapen om Alzheimers sykdom og APSD øke, sammen med forståelsen for hvorfor dette er viktig. Dette vil igjen gagne pasientene og miljøet de er i, samt at pårørende vil oppleve at deres nærmeste har en bedre, og mer meningsfull hverdag. Dette er også i tråd med Demensplan 2015, at pasienten skal få tilpasset behandling ut fra sine behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

6.1.2 Veiledningsfasen

Veiledningsfasen i TID innebærer veiledningsmøter som utføres når flest mulig av personalet kan delta. Der skal det legges frem observasjonene og de registreringer som er utført. Sammen tas det et valg av hvilke tiltak som er hensiktsmessig og praktisk å gjennomføre.

Tiltakene må være konkrete, realistiske og etterprøvbare. Personalet drøfter ulike tiltak, og kommer til enighet om hva de tror eller har opplevd som virkningsfullt. Eksempler på tiltak i form av miljøbehandling er blant annet fysisk aktivitet, skjerming, grensesetting, musikk, aromaterapi, realitetsorientering, validering, og mer involvering av pårørende. Ikke-medikamentelle tiltak velges i denne fasen.

Fra erfaringer vet vi at det ofte er enkelte av personalet som har bedre kjemi med enkeltpasienter enn andre. I mange tilfeller opplever vi at disse personene kan komme med gode tips eller forslag til tiltak, da de allerede har utviklet en form for tilnærming. Det er viktig at alt personale forholder seg til de valgte tiltak på en så lik måte som mulig. Det må avgjøres over hvor lang periode tiltakene skal gjennomføres, og hvem som skal ha ansvaret for at de blir gjennomført. Det må også vurderes hvilke hindringer som må overvinnes i denne fasen.

God dokumentasjon av hvilke tiltak som fungerer, og hvilke som ikke fungerer er viktig. Dokumentasjon av behandlingen er alltid et viktig ledd i evalueringsmøter og på legevisitter. Mange små stillingsbrøker og personer med ulik fagkompetanse kan gi utfordringer innen dokumentasjon og vurdering av tiltak.

I veiledningsfasen må alle som arbeider med pasientene få uttale seg fritt om hva de mener, og komme med ulike synspunkter på hvilke ulike tiltak som kan prøves eller har vært prøvd. Bakgrunnsopplysninger om den enkelte pasient gir ofte verdifull informasjon, og kan gi innspill for å kunne velge best mulig tiltak.

Enkelte ansatte kan oppleve at de handler feil i enkeltsituasjoner rundt pasienten. Da er det viktig at de ansatte kan reflektere, og få innsikt i sine egne handlinger rundt pasienten.

6.1.3 Evalueringsfasen

For hvert symptom utarbeides det tiltak. Det fastsettes, når og hvordan tiltakene skal evalueres. Døgnregistreringen fortsetter frem til et avtalt oppsummeringsmøte. Møter eller oppsummering kan skje på en legevisitt, eller på et nytt veiledningsmøte. Ut ifra dokumentasjonen som foreligger, evalueres tiltakene som er igangsatt og om de skal fortsette eller avsluttes ut ifra effekten.

For at tiltakene skal fungere er det viktig at alle, inkludert legen, jobber mot det samme målet, og har den samme forståelsen for utøvelsen av tiltakene. Det som kan være utfordringen her er at det ofte er mange små stillinger ved sykehjemsavdelinger. Det kan være sykdom blant personale, lite ressurser og dårlig legedekning. Dette kan i sin tur føre til liten kontinuitet og mangelfull dokumentasjon av tiltak som er iverksatt. Dette kan føre til at prosessen stopper opp, eller ikke blir helhetlig.

6.2 Hvordan kan TID føre til økt bruk av miljøbehandling?

TID anvendes i forhold til de pasienter hvor personalet opplever spesielt utfordrende symptomer, som agitasjon og aggresjon. Slike tilstander gir store utfordringer for personalet. Mange kan nok oppleve TID som noe personalfokusert, da det er personalets problematiske opplevelse av atferden som vektlegges og er utgangspunktet for igangsettelsen av modellen.

Rapporten "Glemsk, men ikke glemt!" viser at ansatte ved sykehjem takler APSD svært ulikt (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Dette kan ha en sammenheng med at personalet ikke har nok kunnskaper eller egnet verktøy til å vurdere egnede tiltak. Famlende tiltak, usikkerhet og

uvitenhet i samhandlingen med pasienten, kan resultere i ytterligere forsterking av de uønskede symptomer.

Vi opplever også i mange tilfeller at pasienten ofte ikke kan uttrykke sine følelser eller si hva som er galt. Derfor bør de ansatte reflektere over hvilke situasjoner som utløser ulik atferd, for lettere å kunne forstå pasientens reaksjoner. Slike observasjoner nedtegnes i TIDs registreringfase.

Aggresjon kan oppstå i stellesituasjoner, eller ved av og påkledning, hvor pasienten er mer sårbar og lettere kan føle seg truet. Det kan være at pasienten ikke forstår hva som skal skje eller at pasientens intimgrense overskrides. Roping og hyling kan være en måte for pasienten å formidle smerter eller utrygghet. En annen utfordrende atferd kan være at pasienten vandrer eller roper fordi de er ensomme eller leter etter noen. Engedal og Haugen skriver at de kognitive endringene ved Alzheimers sykdom forårsaker at evnen til å oppfatte ulike sammenhenger blir svekket, og at signalene om hva som skal skje blir dårlig formidlet (Engedal & Haugen, 2009).

TID fungerer som et verktøy for å etablere hensiktsmessige miljørettete tiltak for å møte den utfordrende atferden. Som en konsekvens av dette, vil personalet forsøke å etablere egnede tiltak i tråd med kartleggingen. Vi må bruke både kreativitet og struktur for å legge til rette miljøet i avdelingen. Kunnskapsnivået og forståelsen for miljørettet behandling vil også høynes, gjennom et slikt målrettet arbeid med ulike miljøfaktorer. Tiltakene som blir iverksatt må evalueres og endres, etter hvert som forståelsen av pasientens atferd blir bedre. Man må kanskje feile litt, før man finner den beste løsningen.

En fordel med ikke-medikamentelle tiltak, er at man slipper å bekymre seg om bivirkninger, halveringstider og interaksjoner. Kunnskapen om hvordan eldre fysiologisk omsetter legemidler og risikoen ved bruk av legemidler, bør gi oss en økt grad av forsiktighet ved bruk av legemidler. Miljørettede tiltak vil være en mer skånsom måte å gi behandling på.

En meningsfull hverdag for pasienter med demens, innebærer at daglige gjøremål skjer på pasientens premisser. Det innebærer at personalet må bruke mere tid for best mulig å utnytte gjenværende ressurser. Innholdet i samværet vil oppleves som meningsfullt og følelsen av tilhørighet i dagliglivet økes.

Kompensering av svikten må skje med individuelt tilpasset omsorg, og ved å vise respekt og ha tålmodighet. Samtidig må personalet opprettholde klare grenser for avvikende atferd. Hummelvoll sier om grensesetting at den må være støttende, med klar og enkel tale, eller vises non-verbalt ved å føre vennlig, men målbevisst, pasienten ut av situasjonen som utløste atferden (Hummellvoll, 2004). Grensesetting og bevisst samhandling er en viktig del av miljøbehandlingen. Ved bruk av TID modellen skjer både en nøyaktig kartlegging og utvelgelse av enkelttiltak, for å møte den enkelte spesielle situasjon. Vi vet at dersom en pasient på avdelingen blir urolig, har dette gjerne smitteeffekt på andre pasienter. Ved å iverksette tiltak rettet mot den urolige pasienten, forebygger man APSD hos resterende pasienter i avdelingen. Dette underbygger Hummelvolls beskrivelse av grensesetting og bevisst samhandling.

Vi mener kommunikasjon er en viktig del av miljøbehandlingen. Kommunikasjon med personer som har Alzheimers sykdom i et moderat til sent stadium må være forklarende, støttende og trøstende som om den bærer preg av en morsfunksjon. Hummelvoll begrunner dette med pasienter med demens befinner seg i en verden/situasjon der følelser og stemninger er blitt forsterket og realiteter betyr mindre (Hummellvoll, 2004). TID er med på å øke den generelle kunnskapen om hver enkelt pasient. Ved bruk av bakgrunnsopplysningsskjemaet i TID, får vi verdifull informasjon om pasientens tidligere liv og interesser, og hvilke områder pasienten har vært opptatt av gjennom livet.

Det finnes mange typer kommunikasjonsformer. Eksempler på dette kan være reminisens og realitetsorientering. Fra erfaringer vet vi at kommunikasjonsformen må variere fra pasient til pasient ut i fra deres sykdomsforløp. Noen vil det være greit og realitets orientere, ved for eksempel si at deres ektefelle er død. Hos andre kan dette utløse en sorgreaksjon like sterk som da de mistet ektefellen. Berentsen beskriver hvordan bruk av ord som "hvorfor" lett skaper skyldfølelse, og behov for å forsvare seg. Hvorfor-spørsmål krever hukommelse for å svare på. For personer med demens forsterkes det å ikke huske, eller følelsen av å være dum, da de ikke husker. For å unngå misforståelser i kommunikasjon med personer med demens må vi også være kortfattet, konkret og tydelige. Personer med demens kommuniserer mer via sin atferd, etter hvert som språket svikter. (Berentsen, 2008). Dette kan ses tydelig da følelsene ofte kan bli svært tydelige hos personer med demens. De kan plutselig bli sinte, gråte eller begynne å le. Dette kan være deres måte å forklare at de har det bra eller at noe ikke er som det skal. I TID kan kommunikasjon kartlegges og utarbeides som eget tiltak. Ved APSD i form av angst, vil kommunikasjon være et viktig målrettet tiltak. Tiltaket kan

innebære og sette seg ned med pasienten så fort man observerer at pasienten blir vandrende, viker redd eller “bortkommen”. Å sette seg ned, ta pasienten på alvor og forsøke å lage en rolig atmosfære kan være “medisin” for pasienten.

For å iverksette miljøbehandling må man være sikker på hvilken atferd man vil unngå eller oppnå. Med TID har man et godt utgangspunkt for å opprette mer nøyaktige og spesifikke tiltak, og en god oppfølging ved jevnlige evalueringer.

Hynnien (2011) viser til at den høye forekomsten av angst hos personer med demens kan være en viktig årsak til APSD. Hun viser til at når det er utført utredning og kartlegging av symptomet (symptomene), skal skreddersydde intervensjoner for den enkelte pasient iverksettes. Hun viser til at miljøbehandling skal forsøkes fremfor medikamentell. Hun vektlegger også at stimuli og miljøet rundt pasienten skal tilpasses for å unngå stress og for å øke pasientens livskvalitet. Dette sammenfaller i stor grad med hva intensjonen i TID modellen er.

Flere artikler og studier viser til at såkalt ikke – farmakologiske tiltak har god effekt på APSD. For eksempel å bruke musikkterapi, massasje/aromaterapi, taktil stimulering, ulike aktiviteter eller lysterapi. Rapporten “Glemsk men ikke glem!” viser til at tilrettelegging av omgivelser og situasjoner også er viktige faktorer i miljøbehandlingen (Sosial- og Helsedirektoratet, 2007). En studie av (Deudon et.al., 2009) viser til at det ble benyttet instruksjonskort som del av miljøbehandlingen. Disse kortene beskrev korte teknikker som kunne iverksettes der APSD oppsto. Slike teknikker kunne være å forberede pasienten på at han skulle stille seg snart, lukke dører for å unngå sjenanse under stell, eller bare å velge den måten å stille pasienten på som pasienten foretrekker. Ved bruk av disse teknikkene ble APSD redusert (Deudon et.al., 2009). Kanskje vil også veiledningskort med gode råd bidra til at de ansatte blir tryggere, og bruker miljøbehandlingen mer aktivt.

Bruk av Musikkterapi har også vist seg å ha god effekt på APSD i blant annet en enkeltstudie (Raglio et.al, 2008). Vi har ikke funnet oppsummert forskning som kan si noe mer om effekten av musikkterapi ved APSD. Generelt opplever vi at studier om miljøbehandling er små og har lite pålitelige resultater. De oppsummerte forskningene vi har funnet innen dette har konkludert i at studiene er for små til å si om tiltaket har signifikant effekt.

Miljørettede tiltak skal legge vekt på individualitet. Vi ser paralleller mellom miljøbehandling og Tom Kitwoods tenking om personsentrert pleie og omsorg. Kitwood skriver at mange mennesker med demens, med sitt sterke sosiale behov vil kun oppleve å være avslappet i nærheten av andre mennesker, eller ved å oppleve direkte kroppskontakt med et annet menneske. Dette gir mulighet for å finne ro, og la kropp og sinn få et pusterom (Kitwood, 2003). Taktil stimulering av pasientene er et godt tiltak ved APSD. Effekten av slik berøring gir ro, og pasienten får slappe av, mens sansene og berøringsreseptorer i kroppen blir stimulert. Dette er et tiltak vi selv har forsøkt på våre arbeidsplasser, som har hatt en god beroligende effekt. For enkelte er en slik form for nærhet og kroppskontakt vanskelig, noe som må tas hensyn til.

Opprettelse av sansehager er også et tiltak. Mange pasientene uttrykker glede over dette tiltaket, da de liker å være ute. Videre opplevdes pasientene mer sosiale, de snakket mer og ble mindre rastløse. De ble også mer våkne, aktive og fikk en forbedret appetitt (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Dette samsvarer med våre erfaringer.

Vi ser at kunnskap om pasienten, dens interesser og tidligere personlighet er viktig å kjenne til ved behandling av APSD. Et hovedpoeng med TID er at verktøyet kan gjentas gang på gang. Personalet forholder seg til en metode når symptomer og atferd oppstår. Det vil si et strukturert system som fører fram til individuelle og fleksible tiltak, som er nøye tilpasset den enkelte pasient.

En utfordring ved miljørettede tiltak hos personer med demens, er når pasienten ikke forstår hvorfor det er nødvendig å samarbeide i behandlingen og i utførelsen av tiltak. Som sykepleiere er vi rollemodeller. Det er viktig at vi opptrer åpent, tillitsskapende og støttende i vår væremåte. Hummelvoll beskriver at ved å vise varme og interesse, altså å vise respekt, og gi positive tilbakemeldinger i ulike situasjoner så vil pasienten med stor sannsynlighet vise økt vilje og mestringsevne. Holdningene våre vil ofte si mer enn ord for pasientene da de tolker (Hummelvoll, 2004). Dette kan være med på å gi økt nytte av miljøbehandlingen.

6.3 Hvordan kan TID modellen og økt bruk av miljørettet behandling redusere bruk av medikamenter mot APSD på sykehjem?

Medikamentell behandling av APSD hos pasienter med Alzheimers sykdom er vanlig i Norske sykehjem. Dette har kommet frem i flere studier og artikler. Farmakologisk behandling bør ikke være førstevalget ved APSD, sier flere studier og blant annet rapporten “Glemsk, men ikke glem!” (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Våre erfaringer er anneledes. Vi opplever at medikamenter i mange tilfeller blir satt inn som førstevalg. Vi undrer om TID, med mer forståelse og bruk av miljøbehandling kan føre til redusert bruk av medikamenter mot APSD?

Fra erfaringer vet vi at det er vanskelig og krevende å finne ut om det er symptomene som skal behandles, eller om atferden skal behandles som psykisk sykdom. Vi ser da ofte manglende kunnskaper hos personalet og behandlende leger, noe som er grunnleggende for at pasientene skal bli behandlet riktig. Årsaken til den høye bruken av medikamenter mot APSD ligger mest trolig her.

Den hyppigste indikasjonen for bruk av antipsykotika i sykehjem er APSD. Hos eldre øker sårbarheten for bivirkninger av antipsykotika på grunn av fysiologiske forandringer. Uønskede sentralnervøse bivirkninger av antipsykotika, og da spesielt hos personer med demens, kan være ekstrapyramidale bivirkninger, delirium (økt forvirringstilstand), antikolinerge bivirkninger som blodtrykksfall, munntørrehet, urinretensjon og nedsatt kognisjon. Bivirkninger som akatisi kan feiltolkes som økt uro, og da i stedet for å seponere medisin øker man dosen (Ruths & Straand, 2005). Dette ser vi også i praksis.

Sverre Bergh viser til at i perioden mellom 1997 og 2008 har seks internasjonale studier sett på effekten av seponering av antipsykotiske legemidler hos pasienter med demens. Hovedkonklusjonene var at de som seponerte antipsykotika hadde det like bra som de som fortsatte med medisinene. Han sier også at ved behandling av APSD er sjelden effekten av antipsykotika undersøkt mer enn 3 måneder (Bergh, 2011). Anbefalinger fra Statens legemiddelverk er at antipsykotika prøveseponeres etter tre måneder (Statens legemiddelverk, 2005).

Dette ser vi i praksis at ikke skjer. Det er mer regelen enn unntaket at pasientene står på disse legemidlene så lenge de lever og kan ta tabletter. Årsaken til at det sjelden seponeres kan

være frykt for at utagering eller symptomene kommer tilbake, og skaper uro i miljøet, eller frustrasjon hos personalet. Forskning sier noe helt annet. En norsk studie viser til der antipsykotika blir erstattet med placebo, har dette ikke vist til forverring av APSD (Ruths, Straand, Nygaard & Aarsland, 2008). Så hva må til for å snu denne trenden?

TID setter lys på økt kartlegging og utredning, dermed får man også et bedre utgangspunkt for videre behandling. Ved i tillegg å vektlegge miljøbehandling som førstevalg, er vi godt på vei. Miljøbehandling foretrekkes i fleste studier som omhandler behandling av APSD, det er vektlagt i rapporten “Glemsk, men ikke glemt!” (sosial- og helsedirektoratet, 2007). Denne rapporten begynner å bli noen år gammel. Vi undres over hva som må til for at budskapet om at miljøbehandling skal forsøkes før bruk av medikamenter, blir mottatt i norske sykehjem?

På lik linje med studier om miljøbehandling, finnes det også studier om bruk av antipsykotika. Det er forsket mye innen dette. Oppsummering av forskningsresultater i Chochrane Library, viser flere funn ved bruk av antipsykotika ved APSD. En oppsummering viser til bruk av Zyprexa og Risperdal. De resulterer i at Risperdal har god effekt ved psykoser og aggresjon, mens Zyprexa kun har effekt ved aggresjon. Oppsummeringen viser også til alvorlige følger som konsekvens av disse legemidlene. Det innebærer alvorlige bivirkninger, økt risiko for dødelighet ved bruk av disse legemidlene. Anbefalingen er at pasienter med demens ikke skal få disse legemidlene, med mindre det foreligger alvorlig fare for pasienten eller de rundt han (Ballard, Waite & Birks, 2008). Det finnes også oppsummert forskning om flere andre antipsykotika, blant annet en som tar for seg bruk av Haldol mot agitasjon ved demens. Det var ingen signifikant bedring ved agitasjon hos pasientene som fikk Haldol sammenlignet med kontrollgruppen. Noe bedring ble funnet, men på grunn av manglende oppfølging av medikamentene ville de ikke anbefale Haldol ved agitasjon, da legemidlet hadde alvorlige bivirkninger. De minner også på at dersom legemidlet blir brukt, skal det individuelt tilpasses og følges nøye opp (Lonergan, Luxenberg, Colford & Birks, 2010).

Oppsummert kan man si at legemidlene kan være bra dersom det foreligger alvorlige symptomer som står til fare for pasienten eller de rundt. Det vil alltid foreligge bivirkninger ved medikamenter, som må tas hensyn til og vurderes før iverksetting.

Bruk av miljøbehandling har derimot ingen fysiologiske bivirkninger. Både medikamentell og miljøbehandling krever kartlegging og utredning før iverksetting av behandling. Agitasjon er som nevnt gjerne vedvarende og vanskelig å behandle. Utagering ved aggresjon eller voldelig atferd er symptomer der vi kan bruke TID som kartlegging og utredning av atferden. Som grunnlag for å finne målrettede tiltak i form av miljøbehandling. Samtidig har vi erfaringer ved at det er medikamentell behandling som blir brukt ved denne atferden. Vi tror at ved kunnskap om TID vil disse tiltakene kunne kombineres og evalueres forsvarlig og regelmessig på veiledningsmøter.

7. Forutsetninger for at TID skal bli vellykket på sykehjem og konklusjon på problemstillingen

Før vi avslutter og gir en konklusjon, tar vi for oss hvilke forutsetninger vi mener må være til stede for at implementering av TID i sykehjem skal bli vellykket.

Å implementere TID i sykehjem, mener vi innebærer at flere forutsetninger må være til stede for at skal kunne lykkes.

TID krever både opplæring og bedre kunnskap om demens og APSD. Det viktigste er at kartlegging blir en naturlig del av arbeidsoppgavene våre. Kunnskap om miljøbehandling må også økes. TID er et av flere redskap, eller kartleggingsverktøy tilpasset utredning og behandling av APSD i sykehjem. For å kunne hjelpe pasienten på hans premisser er et aktivt samarbeide med pårørende og personalet seg imellom en nødvendighet.

Det å ha nok legeressurser tilgjengelig, mener vi videre er en forutsetning for å få til en god gjennomføring av TID. Legen er helt sentral i kartlegging, utredning og behandling. I en oppstartsfase vil det være behov for økt tilgang på personalressurser, i en periode. Vi tror at når TID er godt etablert i avdelingen, så vil det ekstra behovet for bemanning avta. Dette forutsetter at TID blir en naturlig del av avdelingens måte å arbeide med kartlegging, utredning og behandling på.

Motivasjonen til avdelingens ledelse vil også ha en betydning, da de gir føringer for ulike satsingsområder.

7.1 Konklusjon på problemstillingen

Vi ser nå at kartleggingsverktøy ved APSD i for liten grad brukes ved våre arbeidsplasser.

Vi mener at TID er en god modell ved arbeid med APSD. Vi må erkjenne at legemiddelbehandling av APSD vil vi nok aldri bli foruten, men vi mener at ved å implementere TID i norske sykehjem så vil det bli et høyere fokus på APSD. De ansatte må gå i seg selv og tenke alternativt, fremfor å finne et legemiddel mot symptomet eller atferden. Det er vanskelig for oss å konkludere om medikamentbruken mot APSD vil bli

reduisert som følge av bruk av TID og miljøbehandling. Vi mener allikevel at ved å bruke TID systematisk, og velge riktige miljørettede tiltak, så vil medikamentbruken gå ned. De pasientene som allikevel må bruke medikamenter for sine APSD symptomer, har gjennomgått en enda nøyere vurdering.

Flere studier og forskningslitteratur viser til at det må forskes mer innen APSD, og det vil stadig komme ny litteratur innen dette fagområdet.

Leger som arbeider med denne pasientgruppen bør få økt kunnskap og fokus på APSD, da de er ansvarlige for å stille diagnosen og vurdere videre tiltak

Ved å bruke rett kartlegging kan man finne gode løsninger for bruk av miljøbehandling, eller der det er nødvendig finne rett symptom å behandle med medikamenter. Oppfølging og evaluering er minst like viktig når det gjelder medikamenter som miljøbehandling.

Tips til leseren; På aldringoghelse.no ligger alle utredningsverktøyene som brukes i kommunehelsetjenesten og i spesialhelsetjenesten. Det finnes eget utredningsverktøy i rødt, for bruk i sykehjem. Det er skjemaer spesifikt for hva en ønsker å kartlegge.

Litteraturliste

Ballard, C. G., Waite, J. & Birks, J. (2008). Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *The Cochrane Library*. doi: 10.1002/14651858.CD003476.pub2.

Berentsen, V. V. (2008). *Demensboka: Lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Bergh, S. (2011). Syv gode grunner til å seponere psykofarmaka. *Fagtidskriftet ademens og alderpsykiatri*, (15)1, 20-22.

Deudon, A., Maubourguet, N., Gervais, X., Leone, E., Brocker, P., Carailon, L. ... Robert, H. P. (2009). Non – pharmacological management of behavioural symptoms in nursing homes. *International Journal of geriatric psychiatry*, 24, 1386-1395. doi: 10.1002/gps.2275

Engedal, K. & Haugen, P.K. (2009) *Demens-fakta og utfordringer*. (5.utg.) [Oslo]: Forlaget Aldring og helse.

Engedal, K. (2008) *Lærebok alderspsykiatri i praksis*. (2.utg.) [Oslo]: Forlaget Aldring og helse.

Haynes, B. (2007). EBN notebook - Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: the "5S" evolution of information services for evidence-based healthcare decisions. *Evidence Based Nursing*, 10, 6-7. doi: 10.1136/ebn.10.1.6

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Demensplan 2015 "Den gode dagen"*. Oslo: Forlagstrykkeri.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* (St.meld.47, 2008-2009). lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Holthe, T. (2008). Handlingssvikt og tilrettelegging. I A. M. M. Rokstad & K. L. L. Smeby, (red), *Personer med demens, møte og samhandling* (s. 114-151). Oslo: Akribe AS.

Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt- ikke stykkevis og delt.* (6.utg.) [Oslo]: Gyldendal Norsk Forlag AS

Hunderi, I. A., & Hunderi, O. (2009). *Vegen inn i skoddeheimen.* Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Hynnien, M. J. (2011). Når verden blir uforståelig og skremmende: Angst hos mennesker med demens. *Demens og alderspsykiatri*, 15(1), 7-11.

Kitwood, T. (2003). *En revurdering af demens – personen kommer i første række.* (København) Forlaget Munksgaard Danmark.

Kunnskapssenteret. (2008). *Sjekklister for vurdering av forskningsartikler*. Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms>

Lonergan, E., Luxenberg, J., Colford, J. M. & Birks, J. (2010). Haloperidol for agitation in dementia. *The Cochrane Library*. doi: 10.1002/14651858.CD002852.

Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M. (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert*. Oslo: Bryne Offset AS.

Ott, A., Breteler, M. M. B., Harskamp, F., Claus, J. J., Cammen, T. J. M., Grobbee, D. E. & Hofman, A. (1995). Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study. *British Medical Journal* (310) 6985. Lokalisert på <http://www.bmj.com/content/310/6985/970.full>

Raglio, A., Bellelli, G., Traficante, D., Gianotti, M., Ubezio, M. C., Villani, D. & Trabucchi, M. (2008). Efficacy of Musikal Therapy in the Treatment of Behavioral and Psychiatric Symptoms of Dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 22(2), 158-162.

Rokstad, A. M. M. (2005) *Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når adferd blir vanskelig å mestre*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Rokstad, A. M. M. (2008a). Hva er demens? I A. M. M. Rokstad & K. L. L. Smeby (Red.), *Personer med demens, møte og samhandling* (s. 27-45). Oslo: Akribe AS.

Rokstad, A. M. M. (2008b). Utfordrende atferd. I A. M. M. Rokstad & K. L. L. Smeby, (red), *Personer med demens, møte og samhandling* (s. 180-206). Oslo: Akribe AS.

Rokstad, A. M. M. (2008c). Miljøbehandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. L. Smeby, (red), *Personer med demens, møte og samhandling* (s. 152-179). Oslo: Akribe AS.

Ruths, S. & Straand, J. (2005) Antipsykotiske midler mot uro ved demens – medisinsk behandling eller kjemisk atferdsregulering? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 125(12), 1672–1675. Lokalisert på http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1210627

Ruths, S., Straand, J., Nygaard, H. A. & Aarsland, D. (2008). Stopping antipsychotic drug therapy in demented nursing home patients: a randomized, placebo-controlled study – The Bergen District Nursing Home Study (BEDNURS). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 889-895. doi: 10.1002/gps.1998

Selbæk, G. (2005). Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 125(11), 1500-1502. Lokalisert på http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1200402

Selbæk, G., Kirkevold, Ø. & Engedal, K. (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. doi: 10.1002/gps.1749

Solheim, K. (2009). *Demensguide – Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. (2. utg.). [Oslo]: Universitetsforlaget.

Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Glemsk, men ikke glemt! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. Oslo: Forlagstrykkeri

Statens legemiddelverk. (2005). *Medikamentell behandling av atferdsforstyrrelser og psykologiske symptomer (BPSD) hos personer med demens*. Lokalisert på http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_16315.aspx

Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Vedlegg 1.**Søkeord for forskningsartikler satt inn i PICO.**

| PICO | Norske ord | Engelske ord | MeSH |
|------|---|---|---|
| P | Alzheimers sykdom demens APSD | Alzheimer Disease dementia BPSD | Alzheimer Disease dementia Behavioral Symptoms Affective Symptoms Aggression Delusions Wandering Behavior Geriatric Psychiatry |
| I | Miljøbehandling Ikke-medikamentelle tiltak. Miljøterapi | Non-pharmacological | Activities of Daily Living Relaxation Therapy Therapeutics |
| C | Antipsykotika behandling | Antipsychotic drugs Psychotropic Drugs | Psychotropic Drugs Drugs Antipsychotic Agents |
| O | Utfall av behandling | Treatment Outcome | Treatment Outcome |

Vedlegg 2

Søkehistorikk i CINAHL

| Søk nr: | Søkeord | Treff | Relevante treff | Utvalgte artikler |
|---------|--|-------|-----------------|-------------------|
| 1 | Elderly AND dementia | 2302 | | |
| 2 | Activity of daily living | 2441 | | |
| 3 | BPSD | 221 | | |
| 4 | dementia AND BPSD AND drug discontinuation | 75 | 3 | 1 |

Funn av studie:

Stopping antipsychotic drug therapy in demented nursing home patients: a randomized, placebo-controlled study—The Bergen District Nursing Home Study (BEDNURS)

Forfattere: Sabine Ruths, Jørund Straand, Harald A. Nygaard og Dag Aarsland
International journal of Geriatric Psychiatry 27 februar 2008.

Vedlegg 3.

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE (RCT)

Studie: Stopping antipsychotic drug therapy in demented nursing home patients: a randomized, placebo-controlled study—The Bergen District Nursing Home Study (BEDNURS)

INNLEDENDE SPØRSMÅL

| | | | |
|--|-----------------|-------------------|----------------|
| 1. Er formålet med studien klart formulert? | Ja (X) | Uklart () | Nei () |
| <p>Begrunnelse:</p> <p>Finne ut hvordan påvirkning seponering av antipsykotika har på APSD hos pasienter med demens i sykehjem.</p> <p>P: patients with dementia /pasienter med demens I: stopping antipsychotic treatment /antipsykotika C: O: impact on BPSD/ påvirkning på APSD</p> | | | |
| 2. Er en randomisert kontrollert studie et velegnet design for å besvare spørsmålet? | Ja (X) | Uklart () | Nei () |
| <p>Begrunnelse:</p> <p>Undersøke effekt på pasienter med demens sin atferd når behandling med antipsykotika blir seponert.</p> | | | |

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

| | | | |
|---|-----------------|-------------------|----------------|
| 3. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre? | Ja (X) | Uklart () | Nei () |
| <p>Begrunnelse:</p> <p>Randomisert kontrollert studie. 55 demente sykehjemspasienter i Bergen og Oslo (intervensjonsgruppe, n=27; kontrollgruppe, n=28). Intervensjonen varte i 4 uker. Pasienters atferd ble registrert ved hjelp av standardisert psykometrisk skala NPI (Neuropsychiatric Inventory), basert på intervju med pasientens primærkontakt.</p> <p>Studien ble støttet av et uavhengig apotek.</p> <p>Forfatterne av studien var i militæret under intervensjonsperioden.</p> <p>Deltagerene i studien ble randomisert i grupper på fire ut fra et dataprogram.</p> | | | |
| 4. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres? <i>TIPS:</i> <input type="checkbox"/> Eventuelle tilleggstiltak bør unngås eller være like i gruppene som sammenlignes. <input type="checkbox"/> For å unngå forskjellsbehandling, er det beskrevet om tiltakene ble gjennomført i forhold til en protokoll? | Ja (X) | Uklart () | Nei () |
| <p>Begrunnelse:</p> <p>Pasientene i IG (intervensjonsgruppen) fikk placebo kapsler som kun inneholdt laktose, mens RG (referanse gruppen) mottok identiske kapsler som inneholdt antipsykotikum i tilpasset dose. Begge gruppene mottok medikamenter /placebo samtidig, og kapslene så like ut.</p> | | | |
| 5. Ble deltakere, helsepersonell og | Ja (X) | Uklart () | Nei () |

| | |
|--|---|
| <p>utfallsmål blindet mht. gruppetilhørighet? <i>TIPS:</i> <input type="checkbox"/> <i>Det er ikke alltid mulig å blinde deltagere (pasienten) og helsepersonell (de som gir tiltaket) – men man bør vurdere om blinding var mulig.</i> <input type="checkbox"/> <i>Subjektive utfallsmål (f. eks. smerte eller funksjon) har økt risiko for bias, hvis ikke blinding.</i> <input type="checkbox"/> <i>Den som måler utfallet kan som regel blindes.</i></p> | |
| <p>Begrunnelse:</p> <p>Pasientene var demente, og var på en måte blindet på grunn av dette. Pårørende hadde godtatt at pasientene deltok i en slik studie, men uten å vite hvilken gruppe de kom i. Når studien startet viste ingen ansatte hvem som var i IG eller RG. Men for sikkerhetsskyld fantes det forseglede konvolutter som inneholdt hvilken gruppe hver pasient var i, som sykepleierne kunne åpne dersom det skulle oppstå kritiske situasjoner.</p> <p>Forfatterene var i militæret under intervensjons tiden.</p> | |
| <p>6. Ble alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien? <i>TIPS:</i> <input type="checkbox"/> <i>Var det stort frafall, - og er frafallet likt fordelt i gruppene?</i> <input type="checkbox"/> <i>Er grunner for frafall beskrevet?</i> <input type="checkbox"/> <i>Er frafallet tatt hensyn til i analysen?</i> <input type="checkbox"/> <i>Ble alle deltakerne i studien analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?</i></p> | <p>Ja (X) Uklart () Nei ()</p> |
| <p>Begrunnelse:</p> <p>Det var ganske stort frafall, kun 7 pasienter fullførte helt. I slutten av studien var 23/27 i intervensjonsgruppen uten antipsykotika.</p> <p>Frafallet skyltes at den forseglede konvolutten måtte åpnes, men ikke alle måtte starte annen behandling (kun 4 personer måtte starte på antipsykotika). Alle deltagerne ble analysert ut i fra NPI, og ut i fra sin randomiseringsgruppe.</p> | |

HVA FORTELLER RESULTATENE?

| | |
|--|---|
| <p>7. Hva er resultatene? <i>TIPS:</i> <input type="checkbox"/> Kan du oppsummere resultatene for de viktigste utfallene i en setning? <input type="checkbox"/> Hva er effektestimatet for de ulike utfallsmålene? Kan gis som gjennomsnitt (mean), middelværdi (median), prosent, RR, NNT etc.. <input type="checkbox"/> Er det en viktig forskjell?</p> | <p>En stor andel av pasienter med demens, med antipsykotika behandling for APSD, klarer seg fint uten denne behandlingen. 23 av 27 pasienter var uten antipsykotika da studien ble avsluttet. NPI skår var enten forbedret eller stabile 24 av 28 pasientene etter seponering av antipsykotika.</p> |
| <p>8. Hvor presise er resultatene? <i>TIPS:</i> <input type="checkbox"/> Er det oppgitt p-verdi? <input type="checkbox"/> Se på bredden av konfidensintervallet i forhold til minimal viktig effekt</p> | <p>P verdi: 0,18, så det kan ikke sees på som statistisk signifikant. Dette kan skyldes at det var en kort studietid og få deltagere i studien.</p> <p>CI eller OR er ikke nevnt i studien.</p> |

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS ?

| <p>9. Kan resultatene overføres til praksis? <i>TIPS:</i> <input type="checkbox"/> Er personene som er inkludert i denne studien representative for de du møter i egen praksis? <input type="checkbox"/> Er tiltaket detaljert nok beskrevet og gjennomførbart? <input type="checkbox"/> Er det sannsynlig at tiltaket kan påvirke utfallet?(Vurder for eksempel dose, varighet) <input type="checkbox"/> Er tiltaket akseptabelt for brukerne?</p> | Ja (X) | Uklart () | Nei () |
|--|----------|------------|---------|
| <p>Begrunnelse:</p> <p>Vi arbeider med denne typen pasienter daglig på vår arbeidsplass. Tiltaket er godt beskrevet. Seponere antipsykotika. På arbeidsplassen vil det være mulig å trappe ned antipsykotika, og observere over lengre tid. Vi kan benytte kartleggingskjemaer regelmessig for å vurdere effekt. Tiltaket vil være akseptabelt da det kan bidra til mindre medikamentforbruk, mindre bivirkninger m.m.</p> | | | |

| | | | |
|---|----------|--------------|---------|
| <p>10. Ble alle viktige utfallsmål vurdert i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Tenk på om utfallsmålene er relevante dersom du er en pasient, pårørende, politiker, ekspert eller kliniker</p> <p><input type="checkbox"/> Ble utfallene målt med pålitelige målemetoder?</p> | Ja (X) | Uklart () | Nei () |
| <p>Begrunnelse:</p> <p>Det ble benyttet standardiserte kartleggingsverktøy (NPI). Det er viktig for alle parter (pasient, pårørende, personell og politikere).</p> | | | |
| <p>11. Bør praksis endres som en følge av resultatene i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Er nytten av tiltaket verdt kostnadene og eventuelle bivirkninger?</p> <p><input type="checkbox"/> Støttes resultatene i en systematisk oversikt?</p> | Ja () | Uklart (X) | Nei () |
| <p>Begrunnelse:</p> <p>Resultatene var ikke statistisk signifikante, men tiltakene viste til positive resultater. Det kan bidra til reduserte medikamentkostnader, og redusere bivirkninger.</p> | | | |

Vedlegg 4.