



Eldre og psykisk sykdom

Overlege Dagfinn Green, St.Olav
21.11.12 NAPA

Intro

- "Et samfunns kvaliteter kjennetegnes av hvordan det behandler og tar seg av sine eldre
- Behandlingen av aldersrelaterte psykiske lidelser er sammensatt og utfordrende, og stiller store krav til faglighet og evne til samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten "(J.O. Johannessen. *Leder Norsk psykiatrisk forening, forord Plandokumentet 2011-2020*)

Utvikling av alderspsykiatrien i Norge 1990-2012

- Vesentlig endring fra langtidsomsorg (1970-1990) til korttids utredning- og behandlingsoppgaver
- Færre senger- flere pasienter innlagt pr år
- Økt forskning, fagutvikling, undervisning
- Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens/aldring og helse.
- Fra pessimisme til optimisme !

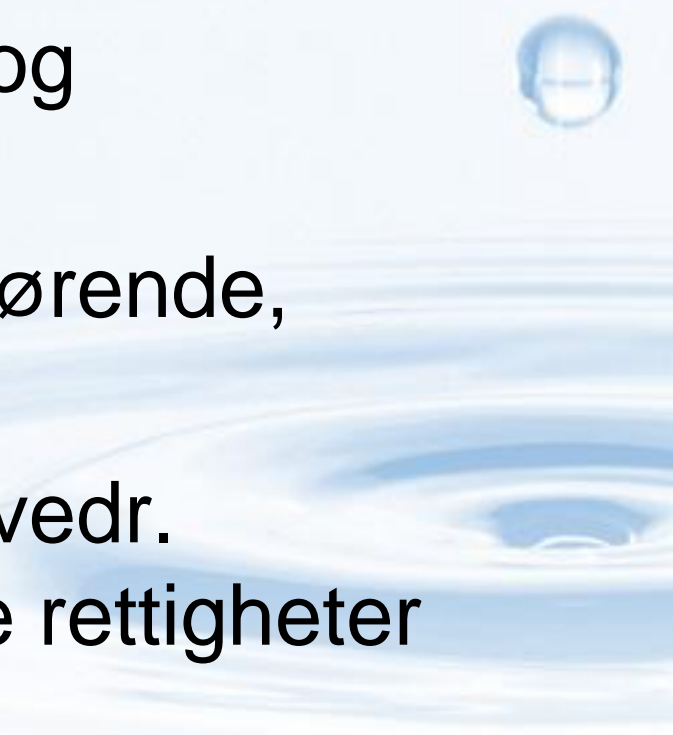


Alderspsykiatri generelt

- Alderspsykiatri er en spesialisert del av psykiatrien som har til oppgave å **diagnostisere** og **behandle** eldre med psykiske lidelser.
- Alderspsykiatriske lidelser kjennetegnes ved at de opptrer for første gang etter fylte 65 år, og at det foreligger en nær sammenheng mellom opptreden av psykiatrisk og somatisk sykdom, eller mellom psykiatrisk sykdom og **biologiske, psykologiske** eller **sosiale** aldringsfenomener.



Andre alderspsykiatriske oppgaver

- Samarbeid med helse- og sosialtjenesten
 - Veiledning (pasient, pårørende, samarbeidspartnere)
 - Informasjon og bistand vedr. juridiske og økonomiske rettigheter
- 

Den alderspsykiatriske metode

- Helhetlig, tverrfaglig, systematisk tilnærming
- Tidkrevende ! (refusjonstakster, stillinger)
- Pårørendes involvering er viktig
- Ambulant virksomhet

Faglige/teknologiske fremskritt vil nok ikke påvirke denne metoden i særlig grad.

Utredning i alderspsykiatrien generelt

- Anamnese med pasient **og** pårørende inkl. **funksjonsvurdering** og medikamenter.
- Psykiatrisk intervju
- Psykologiske tester og vurderingsskalaer
- Somatisk undersøkelse (hjerte/kar, nevrologisk status, syn/hørsele)
- Blodprøver Hb,SR,elektrolytter, ca,kreatinin,leverenzymer,B12,TSH mm
- CT (ev MR/SPECT/EEG/DAT-scan)
- Spinalvæskeundersøkelse med demensmarkører


Dagfinn Green


Behandlingsmetoder i alderspsykiatrien

- Ulike psykoterapiformer
- Tilpasset psykofarmakologisk behandling
- ECT
- Miljøbehandling
- Fysioterapi
- Ergoterapi
- Sosioøkonomisk tilrettelegging, inklusive vurdering av behov for hjelpeverge, vurdering av samtykkekompetanse og boforhold.



Autonomi, mestring, paternalisme, tvang

- Innen alderspsykiatrien har en spesielle problemer knyttet til eldre med redusert eller **manglende samtykkekompetanse** grunnet demenssykdom.
 - Prinsipper som gode rammer, trygghet og varig og tilpasset omsorg vil ofte være vel så viktige som selvstendighet, uavhengighet og evne til å mestre egne liv for denne gruppen.
 - I tillegg må **pårørende involveres** i alle deler av behandling og oppfølging.
 - Noen ganger også uten at pasienten selv kan gi sitt samtykke (**tvang**).
- 



St. Olavs Hospital, Østmarka sykehus, Psykiatriseksjonen Øya

- Alderspsykiatrisk sengepost
- Alderspsykiatrisk poliklinikk
- C/L Tjeneste


Dagfinn Dagfinn, 13.10.2010

Sengepost. Yrkesgrupper.

- Overlege
- Ass/LIS.leger
- Nevropsykolog/psykolog
- Ergoterapeut
- Fysioterapeut
- Aktivitør
- Sykepleier
- Hjelpepleier



Alderspsykiatrisk sengepost

- Samlokalisert med somatisk sykehus 
- 18 sengeplasser (ca 0,4 pr 1000 over 65 år)
- Ca 150 innleggelser pr år
- Gjennomsnitts liggetid ca 40 døgn




Sengepost. Pasientgrupper.

- Moderate/alvorlige **depresjoner**, inkludert psykotiske depresjoner
- Alvorlige angstlidelser
- Kjent **demens** med psykotiske symptomer (hallusinasjoner/vrangforestillinger)
- Rene **psykoser** hos eldre ("parafreni")
- Parkinsonpasienter med kognitiv svikt og psykose , inkludert Lewy Body demens
- MS, andre organiske lidelser med tilleggssymptomer (kognitiv svikt, depresjon, psykose)
- Uklare og sammensatte tilstander(personlighetsforstyrrelser, alkohol, smerte, medikamentmisbruk mm..)



Alderspsykiatrisk poliklinikk

- Overlege/LIS lege
 - Psykologer
 - 2 psykiatriske sykepleiere
 - 1 geriatrisk sykepleier
 - 1 spesialergoterapeut
- 



Poliklinikk. Pasientgrupper.

- Mye av det samme som sengepost men mindre alvorlighetsgrad
- Demens med utagering/psykose på sykehjem (ambulant virksomhet)
- ”Forvern” før ev innleggelse
- Veiledning av personal på sykehjem



Samarbeidsarenaer

- Betydelig samarbeid , både formelt og uformelt med **geriatrik** avdeling. (Ligger i samme etasje – klar fordel med fysisk nærhet).
- Samarbeid med **nevrologisk** avdeling
Særlig utredning av tidlig demens/andre nevrodegenerative sykdommer, spinalvæskeundersøkelse med demensmarkører, parkinson med demens/demens med Lewy-legemer

Spesialisthelsetjenesten på St. Olav. Arbeidsdeling ved demensutredning.

- Nevrologisk- yngre pasienten og mistanke om sjeldne nevrodegenerative tilstander.
- Geriatrisk – ”ren” demensutredning hos eldre, særlig med somatisk komorbiditet.
- Alderspsykiatrisk- psykiatrisk problematikk (depresjon, forvirring, hallusinasjoner, VF) og mulig kognitiv svikt

Utfordringer for alderspsykiatrisk avdeling på St. Olav

- Flere overleger. Alderspsykiatri krever relativt stor legeinnsats. Bør være 2 i sengepost og 2 i poliklinikk.
- Økt sengeantall fra 18 til ?? (hvor skal vi da være ??)
- Opprettelse av egen dagavdeling ? .

Legen er viktig...

- Alderspsykiatrien krever pga sin kompleksitet (bla pga somatikk og farmakologi) relativt større legeinnsats enn allmenpsykiatrien

Psykologiske faktorer

- Samtidige psykologiske faktorer er like tungtveiende innenfor alderspsykiatri som i allmennpsykiatri.
- Spesielt for aldersgruppen er fremtredende eksistensielle problemer knyttet til aldring og død
- Belastninger i form av tap av nære personer og tap av helse, funksjonsevne og selvstendighet er vanlig blant gamle.
- Psykologisk behandling er like virkningsfullt til eldre uten vesentlig kognitiv svikt, som til yngre, men er lite prioritert i Norge i dag. (Cochrane, Lunde 2010)
- Mange eldre ønsker ikke samtalebehandling

Men..


- Mange eldre ønsker ikke samtalebehandling...
- En pille mot alt som er ille ??

Økte forventninger og krav

- Økt kunnskap og forventninger, samt økningen av antall eldre (med bla demens og depresjon) i befolkningen, vil øke behov for alderspsykiatriske tjenester.
- Nye helselover og forskrifter stiller større krav til helsetjenesten.
- Særlig er samarbeidet med primærhelsetjenesten i form av veiledning og kompetanseheving ressurskrevende.
- Kompetanseheving er nødvendig på alle nivåer i helsevesenet, både i utredning og behandling, så vel som i omsorg og pleie av alderspsykiatriske pasienter.


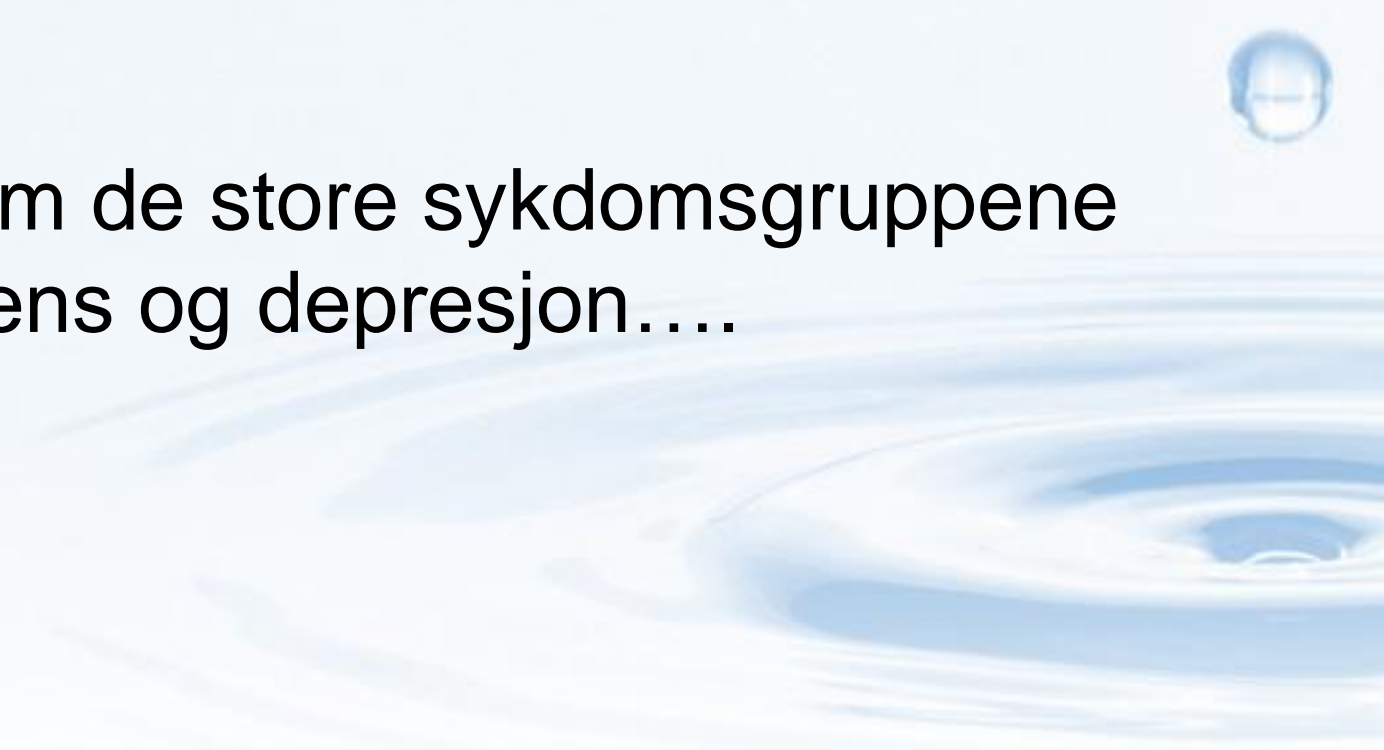
Primærhelsetjenestens rolle

- Primærhelsetjenesten er den viktigste støtten for å mestre sykdom og gi omsorg og behandling til mennesker i alderdommen.
- Det er en ønsket utvikling at både utredning, behandling, rehabilitering og omsorg skal kunne ytes så nær pasientens hjem som råd. Dette er også et tydelig mål i **samhandlingsreformen**.
- Mange eldre vil ha behov for tjenester og bistand fra mange, og kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten må **sammen utgjøre et behandlingsnettverk** rundt den enkelte pasient



Samhandlingsreformen

- Samhandlingsreformen innebærer at kommunene fremover vil ta ansvar for flere oppgaver.
- Spesialisthelsetjenesten skal bli mer **tydelig på sine spesialistoppgaver** og samtidig understøtte kommunene slik at flere oppgaver kan løses lokalt.

- 
- 
- Litt om de store sykdomsgruppene demens og depresjon....

Dagfinn Green

Depresjon hos eldre.

Hyppighet.

- 1 av 10 eldre har en depresjon, 3 % alvorlig .
- Norge (17%, 6 %) dvs 100 000 med depresjon, 40 000 alvorlig
- 1 av 4 som mottar hjemmetjenester
- 1 av 4 sykehusinnlagte eldre.
- 1 av 4 slagpasienter
- 1 av 4 demente
- 1 av 2 parkinsonpasienter

Aldersrelatert depresjon ?

- Mindre klaging over tristhet, mindre skyldfølelse - *vag depresjon*
- Mer opptatt av somatiske plager (smerter) og hypokondri- "*maskert/hypokondrisk depresjon*"
- Klager ofte over dårlig hukommelse - "*pseudodemens*"
- Angst/uro er oftere hovedsymptomet - "*agitert*" *depresjon*
- Apati og lite motivasjon er hyppigere, lite interesse for omgivelsene – *astenisk depresjon*

Dagfinn Green

Depresjon hos eldre- underdiagnostisert

- Vage, utypiske symptomer
- Lite og feilaktig kunnskap
- Somatiske sykdommers betydning undervurderes
- Polyfarmasi- bivirkninger



Fastlegens rolle. Depresjon

- Ukomplisert depresjon hos eldre vil som oftest kunne utredes og behandles i førstelinjen.
- Utredningsverktøy for depresjon kan brukes i forhold til eldre uten kompliserende tilleggslidelser.

Aldersrelatert depresjon

- Robust evidens for at aldersrelaterte depresjoner kan behandles
- Fordelene med å behandle aldersrelaterte depresjoner for det enkelte individ, familiene og samfunnet er enorme !
- Aldersrelaterte depresjoner er underdiagnostisert
- Svært gap mellom evidens og implementering av denne kunnskapen



Demens i kommunene

- **En regner med at ca 35 000 personer med demens bor hjemme.**
- **Norske undersøkelser viser at bare halvparten av disse er utredet og har diagnostisert sin lidelse.**
- **Det betyr at hjelpen de får i hjemmet ikke er tilpasset deres funksjonsevne og behov**

Hvilke sykdommer kan gi demens?

1. Degenerative demenssykdommer

- Alzheimers sykdom (>60% av demente)
- Parkinsons sykdom med demens/Lewy-body demens (10-20%)
- Frontotemporallappsdegenerasjon
- Sykdommer/skader i hjernens blodkar; vaskulær demens

2. Sekundære demensformer

- Alkoholmisbruk
- Vitaminmangel
- Infeksjoner
- Hodeskader
- Hjernesvulst
- Creutzfeld-Jakobs sykdom

Dagfinn Green

De ulike demenssykdommene.

Stikkord.

1. Alzheimers demens (AD): Vanligvis global svikt med snikende start og progresjon. Afasia, apraxi, agnosi, eksekutiv svikt
2. Vaskulær demens (VaD): Oppstått i tidsmessig sammenheng etter en cerebrovaskulær hendelse (psykomotorisk treg/depressiv, eksekutiv svikt, gangvansker)
3. AD + VaD: Tegn til begge tilstander. Det er ikke så uvanlig hos de aller eldste


De ulike demenssykdommene.

Stikkord.

4. Frontallappsdemens: Hemningsløs/impulsiv eller "flat" atferd kommer vanligvis før den kognitive svikten. Eksekutiv svikt, repeterende atferd
5. Demens med Lewy legemer: Parkinsonisme, synshallusinasjoner (mennesker/dyr), fluktuerende kognitiv svikt, REM søvnforstyrrelse)
6. Demens ved Parkinsons sykdom: Demenssymptomer kommer > 1 år etter parkinsonismen. Likner ellers på DLB



Fastlegens rolle. Demens

- Utredning og behandling av demens kan i de fleste tilfeller gjøres i førstelinjetjenesten.
 - Mange kommuner har bygd opp demensteam med god kompetanse på utredning av demens.
 - Legen har en sentral plass i forhold til diagnostisering og behandling.
 - Det er viktig å utarbeide rutiner som sikrer at legen deltar tett i utredning, diagnostikk og behandling av pasienter med demens
- 



Demensutredning i kommunen

- Arbeid for å implementere bruk av anerkjente diagnose- og kartleggingsverktøy ved demens bør prioriteres i førstelinjen.
- **Helsedirektoratet og Aldring og helse gitt ut gode veiledere for kommunen og sykehjemmene, fins på nettet**
- Arbeid for å bygge ut tilbudet med ”pårørendeskoler” i kommunene bør styrkes.
- Det er god evidens for at slike tiltak reduserer pårørende belastning og kan utsette behovet for institusjonsplass for pasienter med demenssykdom

Forebygging

- Kommune har et hovedansvar i forhold til dette.
- Tiltak som **motvirker ensomhet og isolasjon** og legger til rette for **økt aktivitet og deltagelse** for eldre og gamle bør prioriteres.
- Samarbeid med frivillig organisasjoner vil ofte være hensiktsmessig.
- Gruppeaktiviteter for eldre som bor hjemme eller i omsorgsboliger kan hjelpe mot ensomhet og isolasjon
- Gruppeaktiviteter som bygger på fysisk aktivitet har positiv effekt (ref Kunnskapssenteret 2009) Det fins flere konkrete eksempler på slike tiltak, f.eks eldresentre.



Psykiatrisk hjemmesykepleie

- Psykiatrisk hjemmesykepleie har **i liten grad gitt tilbud til eldre og gamle** og har oftest vært en tjeneste forbehold yngre voksne.
- Eldre deprimerte preges ofte av eksistensielle problemer knyttet til aldring og død.
- Behov for samtalebehandling er klart til stede og oppfølging av psykiatrisk hjemmesykepleie individuelt eller i grupper anbefales.
- **(Kan demensteamene utvides til å bli alderspsykiatriske team ??)**

Sykehjemmene

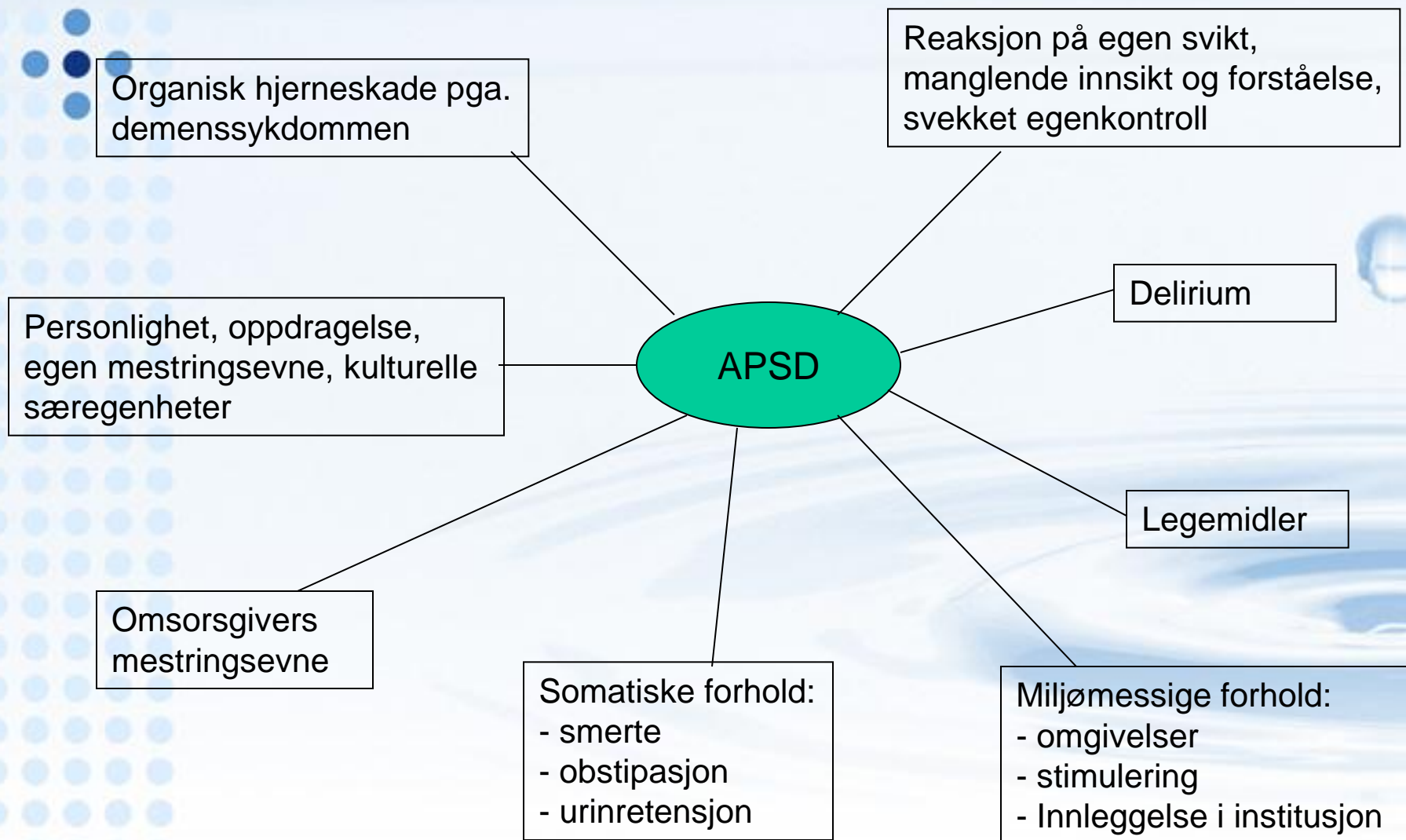
- Det er et klart behov for å øke antallet plasser i sykehjem og bygge sykehjemsavdelinger som er godt tilrettelagt for pasientene som bor der.
- De som legges inn i sykehjem er stadig sykere og mer pleietrengende.
- **Legeressursen i sykehjem er lav.** Legeforeningen har vedtatt å opprette et eget kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin (sept 2011). Legeforeningen har også stilt krav om at det må innføres nasjonale normtall for legebemanning i sykehjem

Gunstig bomiljø for demente

- Små enheter
- Separate enheter for personer med og uten kognitiv svikt
- Avlastningsopphold for hjemmeboende
- Flytting bør primært skje i grupper
- Hjemlig preg på interiør, særlig i spiserom
- Moderere stimuli i miljøet
- Gode lysforhold
- Skjulte utganger
- Tilrettelagte utearealer
- Gjør toaletter mer synlige
- Unngå miljøfaktorer som øker stress i stellesituasjon

27.10.10

Dagfinn Green




Dagfinn Green

Ikke-farmakologisk behandling av APSD. Evidens. Neurology, May 2009


- Anbefales FØR medikamentell behandling
- Lite evidens
- Validering (empatisk respektering av pasientens realitet). Innebærer ofte kommunikasjon, reminiscens, musikk, bevegelse
- Strukturert sosial interaksjon og meningsfull aktivitet (individualisert)
- Opplæring av personal i **pasientorientert omsorg**
- Aromaterapi (lavendelolje, Melissaolje)

Ikke-farmakologisk behandling. Begrensning.

- Bør utføres systematisk og av tilstrekkelig utdannet/opplært personell
- Nasjonalt kompetansesenter for demens stimulerer i disse dager til kurs i VIPS og DCM



Allmennpsykiatriens (DPS) oppgaver

- Allmennpsykiatrien må fortsatt utrede og behandle eldre (?) 
- Kronisk alvorlig sinnslidelse som blir eldre, bør fortsatt følges opp ved det DPS som har hatt oppfølgingen over tid
- Eldre med funksjonelle psykiske lidelser av moderat alvorlighetsgrad, eller hvor dette er mest praktisk grunnet geografiske forhold, bør få et tilbud i form av poliklinisk utredning og behandling eller innleggelse ved DPS.



Sykehus eller DPS

- Selv om statlige dokumenter understreker DPS'enes ansvar for å behandle eldre så vel som yngre, tilsier erfaringene til nå at eldre prioriteres lavt i DPS-systemet.
- Det er derfor behov for utvikling av **samarbeidsmodeller og ansvarsavklaring** mellom DPS og alderspsykiatriske avdelinger.




Tanker fra vår avdeling

- Økt kompetanse i kommunen/sykehjemmene årsak til mindre behov for spesialisthelsetjenesten allerede ?
- Skulle spesialisthelsetjenesten hatt faste møter med enkeltsykehjem ?
- Følges anbefalingene fra spesialisthelsetjenesten, ev hvorfor ikke ? (Organisering, informasjonsflyt, legeressurs?)
- Veiledning: Flere tar utdannelse innen veiledning i kommunene, mer systematisk bruk av bla refleksjonsgrupper



Offentlige dokumenter

- *Nasjonal Helseplan (2007–2010).*
- *Respekt og kvalitet 2007*
- *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenestene 2005–2015, «... og bedre skal det bli!» (IS-1162)*
- *Distriktpsikiatriske sentra. Veileder. (IS-1388 2006)*
- *Glemsk, men ikke Glemmt (IS-1486)*
- *Demensplan 2015 (HOD)*



Andre viktige dokumenter

- Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011-2020 (Utvalg for alderspsykiatri, DNLF)
 - Eldre i psykisk helsevern, *Organisering og innhold (Helsedirektoratet 2013?)*
- 