



FRA REDAKSJONEN:

I dette nummeret av DiA fokuserer vi på ulykker hos demente og forebyggelse av disse. Demente er sårbare i utgangspunktet, med sin hjernesykdom er stress-toleransen dårligere enn hos jevnaldrende, og konsekvensene kan bli langt mer tragiske. I trafikken kan demente være livsfarlige både for seg selv og andre, i hjemmet fører fallskader og brudd langt oftere til invaliditet og ressursskrevende pleiebehov livet ut. Det er derfor godt å vite vi kan gjøre noe med det. Førerkort bør vurderes strengere, medikamenter bør gis med omtanke, spesielt sedativa. Hjelpemidler for demente finnes det stadig flere av, almenlegene bør være oppdatert på hvilke tilbud som finnes og bringe disse videre ut til brukerne. Les artiklene i dag og ta kunnskapen med ut i praksis i morgen.

REDAKSJONSKOMITEEN:

- ▶ Seksjonsoverlege, dr. med.
Dag Årslund, psykiater, Stavanger (redaktør)
- ▶ Overlege, dr. med.
Anette Hysten Ranhoff, geriater, Oslo
- ▶ Allmennpraktiker
Jan Lauritz Rodtwitt, geriater, Bærum
- ▶ Geriater
Peter Wetterberg, Ålesund
- ▶ Overlege, dr. med.
Olaf Aaserud, nevrolog, Oslo
- ▶ Allmennpraktiker
Lorentz Nitter, Moss

Anne Brækhus

Ulykker hos personer med demens



Anne Brækhus. Overlege dr.med. ved Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, Ullevål sykehus

Personer med demens er generelt mer utsatt for ulykker enn jevnaldrende eldre. Det gjelder for mange ulike typer ulykker og er godt dokumentert for trafikkulykker, fallulykker og lårhalsbrudd. Mange ulykker kan teoretisk sett forebygges, men tiltakene kan ofte være vanskelig for personer med mental svikt å gjennomføre.

Trafikkulykker

Flere studier har vist en dobling av ulykkesrisikoen hos bilførere med demens i forhold til friske jevnaldrende. Mange av symptomene ved demens kan medføre usikker kjøring,

som redusert hukommelse og orienteringsevne, visuospasial svikt, og ikke minst redusert intellektuell funksjon som dømmekraft og abstraksjon. Det er ingen tvil om at pasienter med demens i moderat og alvorlig stadium ikke skal kjøre, men flere undersøkelser tyder på at enkelte pasienter med demens i tidlig fase kan kjøre på en sikker måte. Det er ofte problematisk å avgjøre når disse pasientene ikke lenger er medisinsk skikket til å inneha sertifikat. Et annet aspekt, og for allmennpraktikere ikke minst viktig, er hvordan man skal påvise begynnende demens hos pasienter som for eksempel kommer for å fornye helseattest for førerkort. Her finnes det ingen enkel løsning. Man bør huske på at mental svikt/demens har høy prevalens i eldre år og dermed tenke på muligheten. Triggere kan være at pasienten ikke lenger er fullt oppdatert på egne medisiner, gir litt diffuse opplysninger eller glemmer timeavtaler.

Avgjørelsen om en pasient med begynnende mental svikt skal kunne fortsette å kjøre bil bør baseres på grundige undersøkelser. Pårørende bør alltid intervjues i tillegg til pasienten. Andre medisinske tilstander og medikamenter i tillegg til en lett kognitiv svikt kan forsterke problemene i trafikken. Ulike

korttester for å vurdere mental funksjon som kan gjøres på legekontoret er Mini Mental Status test (MMS), Klokketest, Trail Making test A og B. Skårer en person med mistenkt kognitiv svikt under 27 eller 28 på MMS bør man vurdere hans evne til bilkjøring nærmere. Pasienter som ikke klarer Trail Making test A bør ikke kjøre, mens pasienter som har problemer med Trail Making B bør undersøkes nærmere. En vurdering av praktiske kjøreferdigheter bør ofte gjøres (enten hos sjåførlærer eller på den lokale trafikkstasjon) og kan gi et verdifullt supplement til vurderingen selv om denne ikke er å anse som "gullstandard". Uansett, avgjørelsen bør bygge på ulike typer undersøkelser, dels fordi det er en vanskelig avgjørelse og dels fordi avgjørelsen for de fleste pasienter er svært viktig og ikke bør tas på sviktende grunnlag. Spørsmålstillingen "skikket til å inneha sertifikat?" er derfor ofte en indikasjon for å henvise til vurdering i spesialisthelsetjenesten.

Fall/bruddskader

Flere undersøkelser har dokumentert at eldre med kognitiv svikt og demens har øket risiko for å falle i forhold til eldre uten kognitiv svikt. De har også en øket risiko for at fallet skal medføre alvorlig skade som for

eksempel et lårhalsbrudd.. Økt falltendens hos pasienter med demens har ulike årsaker og det er ofte flere faktorer til stede samtidig. Tinetti og medarbeidere undersøkte hjemmeboende eldre over 75 år og fant at de tre viktigste prediktorene for fallulykker var bruk av sedativa (benzodiazepiner, anti-psykotika og antidepressiva), kognitiv svikt og "problemer med underekstremitetene" (disability of the lower extremities", definert som problemer med styrke, sensibilitet og balanse). I en artikkel av Kenny og medarbeidere diskuterer forfatterne begrepet NCVI, neurokardiovaskulær instabilitet, som etter deres oppfatning er av stor betydning for fall, ikke minst hos personer med demens. Neurokardiovaskulær instabilitet er en betegnelse på nevrogent mediert hypotensjon med eller uten bradykardi med kliniske symptomer som svimmelhet, fall, presyncope og syncope. Mekanismene bak NCVI er bare delvis forstått. De tre vanligste manifestasjonene er sinus caroticus syndrom, ortostatisk hypotensjon og vasovagalt syndrom. Prevalensen av NCVI hos personer med demens som faller er ca 70 %. Ortostatisk hypotensjon er spesielt viktig å diagnostisere, fordi symptomene i form av svimmelhet ellers lett vil bli behandlet med medikamenter (nevroleptika eller antihistaminer) som kan forverre tilstanden ved å øke blodtrykkfallet på grunn av vasodilatasjon. Enkelte medikamenter, evt permanent pacemaker kan være aktuelt ved sinus caroticus syndrom og vasovagalt syndrom.

Mange studier har vist positiv effekt av intervensjon for å forhindre fall hos kognitivt intakte eldre. Derimot har lignende studier vist motstridende resultater hos eldre med kognitiv svikt. Jensen og medarbeidere gjennomførte en intervensjonsstudie hos pasienter med kognitiv svikt/demens og øket risiko for fall (186 i intervensjonsgruppen og 192 i

kontrollgruppen). Intervensjonen bestod av opplæring av personale, tilrettelegging av miljøet, medikamentgjennomgang, justering av hjelpemidler (for eksempel gåstoler, tilpassede sko), hoftebeskyttere og "post-fall problemløsningskonferanser". Spesielt i gruppen med lett redusert kognisjon (MMS > 19) så man effekt i form av færre fall (p=0,016). Effekten var ikke signifikant for reduksjon av fallulykker hos pasienter med MMS under 19, men antall femur-frakturer ble signifikant redusert i denne gruppen (10 fall i kontrollgruppen, ingen i intervensjonsgruppen, p=0,006). Shaw og medarbeidere påviste ingen sikker effekt av intervensjon på reduksjon av fall, til tross for at de påviste en effekt av intervensjonen på gange, bedret sikkerhet i miljøet og på sinus caroticus hypersensitivitet. Pasientene i denne studien hadde en gjennomsnittlig MMS-skåre på 14 (6-18).

Brann

Atten prosent av de som dør av brannulykker er over 80 år til tross for at de bare utgjør 4% av befolkningen. Statistikken sier ingenting om sykdomsforekomst som for eksempel demens hos disse pasientene. Faremomentene er mange: tørrkoking av kjeler, røyking i stol og på sengen, manglende evne til å installere og benytte seg av brannforebyggende tiltak. Enkle tiltak som montering av komfyrvokter, installering av (ekstra) røykvarslere, brannhemmende stoff i godstolen og fjerning av stearinlys, kan sannsynligvis bidra til å senke risikoen.

Litteratur:

Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Eng J Med.* 1988;319:1701-07.

Brækhus A. Demens og bilkjøring. *Sem; Infobanken* 1998.

Aursand K. Asta og hennes sikkerhet. *Oslo; Kommuneforlaget*, 2002.

Kenny Neurocardiovascular instability in cognitive impairment and dementia. *Ann N.Y.Acad sci* 977 183-195 2002.

Shaw FE, Bond J, Richardson DA et al. Multifactorial intervention after a fall in older people with cognitive impairment and dementia presenting to the accident and emergency department: randomised controlled trial. *BMJ* 2003;326;73.

Jensen J, Nyberg L, Gustafson Y, Lundin-Olsson L. Fall and injury prevention in residential care, effects in residents with higher and lower levels of cognition. *JAGS* 2003;51:627-35.

Oppsummering

Ulykker forekommer ofte hos personer med demens. Tenk forebygging.

Vurder jevnlig pasientenes medikamentforbruk. Interaksjoner? Seponere?

Tenk forebygging av brann hos hjemmeboende, spesielt hos røykere. Evt koble inn ergoterapeut.

Vurder ved bruk av enkle screeninginstrumenter om det foreligger kognitiv svikt hos pasienter som skal fornye helseattest for førerkort.

Hvis det foreligger mistanke om kognitiv svikt hos eldre som fremdeles kjører bil, ta kontakt med pårørende for anamnesticke opplysninger.

Inger Hagen

Tekniske hjelpemidler ved demens



Inger Hagen, vitenskapelig koordinator, ENABLE-prosjektet og daglig leder, Forglemmegei-kalenderen

Demens innebærer funksjonshemming, og personer med demens har dermed rett til tekniske hjelpemidler i henhold til Lov om folketrygd. Men mangel på oppmerksomhet om potensialet og kunnskap om hva som finnes er viktige hindringer for at mennesker med demens får tilgang til hjelpemidler. Resultater fra EU-prosjektet ENABLE viser at mennesker med demens kan ha god nytte av tekniske hjelpemidler. Å starte med hjelpemidler tidlig i sykdomsforløpet gir best

utgangspunkt. Allmennleger har en viktig rolle med å fange opp problemer på et tidlig tidspunkt og bidra til at hjelpemidler inngår som en del av omsorgsplanen for pasienter med demens.

Utvikling av hjelpemidler som personen selv kan ha nytte og glede av krever god innsikt i brukerens forutsetninger; hvilke ferdigheter og kunnskaper vedkommende har, hvilke som er redusert eller glemt og derfor må legges inn

som automatiske funksjoner i produktet. Helst bør det ikke kreves at man må lære noe nytt, endre vaner eller rutiner for å kunne bruke produktet. Og det bør være robust mot "feil" bruk, f.eks. at man trykker på en feil knapp. Betydningen av god form og design må ikke undervurderes – det gjelder også for produkter til mennesker med demens!

Vurdering av brukerens behov og forutsetninger er viktig for et godt resultat. Dette er ikke enkelt, spesielt fordi mange pasientene ikke vil erkjenne sine problemer overfor andre, noe som gjør situasjonen mer vanskelig både for pasientene og deres pårørende.

Nytten av hjelpemidlet er avhengig av mange faktorer:

- Hvem som eier problemet, pasienten, pårørende eller begge. Pasienten vil ofte ikke erkjenne problemene, spesielt ikke overfor andre, mens pårørende gir en annen versjon om problemer, både for dem selv og pasienten. Det kan derfor ofte være pårørende som ønsker hjelpemiddel, mens pasienten ikke synes det er behov for det. Å alminneliggjøre problemet kan være en måte å "overtale" pasienter til å prøve et hjelpemiddel. Alle kan jo glemme å slå av komfyren, f.eks. hvis telefonen ringer mens man lager mat. Pasientens atferd medfører problemer også for pårørende til at de blir for bestemmende i sin atferd overfor pasienten.
- Hvilke ferdigheter som kreves for å bruke hjelpemiddelet i forhold til pasientens tilstand og forutsetninger for å ha nytte av det.
- Pasientens personlighet.
- Pasientens forhold til pårørende. Påminnelser om å bruke hjelpemiddelet kan vekke irritasjon hos pasienten. Et åpent, positivt forhold til pårørende gir et godt utgangspunkt.
- Hvordan hjelpemiddelet introduseres og følges opp.
- Hjelpemiddelets brukervennlighet, funksjonalitet og design. At hjelpemiddelet er lett å bruke, nyttig og godt utformet.

Mennesker med demens har en legal rett til hjelpemidler. Noen pasienter har opplevd ikke å få et teknisk hjelpemiddel fordi de ble vurdert til ikke å være "dårlige nok". Dette er en særdeles dårlig begrunnelse når det gjelder mennesker med demens. Med en progredierende sykdom som påvirker hukommelse og læringsevne, sier det seg selv at det

er viktig å starte med hjelpemidler så tidlig som mulig (1).

Mestring av daglige oppgaver

Formålet med EU-prosjektet ENABLE er å undersøke om tilgang til tekniske hjelpemidler kan bidra til bedre mestring og økt velvære for hjemmeboende mennesker med mild/moderat demens. Hjelpemidler som kan bidra til mestring av daglige aktiviteter og gi pasienten positive opplevelser og impulser prøves nå ut i en "fase 2"-type studie. Produktene er kort omtalt nedenfor. Informasjon om prosjektet og bilder finnes av produktene finnes på www.enableproject.org

• Medisindosetten "Careousel"

Medisiner (tablettform) som skal tas for inntil en måned fremover legges i hvert sitt kammer i Careousel og lukkes med et låsbart lokk. Careousel innstilles slik at kammeret med korrekt medisin blir tilgjengelig når den skal tas. Påminnes med et pipesignal som opphører når medisinen er tatt. Nærmere beskrivelse finnes på www.pharmacell.se. Forhandler i Norge er MedOnTime www.medontime.no.

• Natt- og dag-kalenderen

Kalenderen er beregnet på personer som har problemer med døgnvillhet, om de går ut eller ringer pårørende om natten. Et elektronisk display viser dag, dato og måned samt om det er Morgen, Dag, Kveld eller Natt. Produktet er en variant av Forglemmegei-kalenderen (www.forglemmegei.com), og er utviklet i ENABLE-prosjektet. Det er nå introdusert for salg.

• "Tampen brenner" (locator)

Dette er en innretning for å lokalisere ting man har forlagt. Alle vet hvor lett det er å legge fra seg nøkler, briller eller lommebok på et "lurt" sted som man må lete lenge for å finne igjen. Produktet består av et panel med bilde av ting personen ofte har problemer med å finne igjen. En elektronisk "merkelapp" festes til hver av disse tingene, og når man trykker på bildet av "nøkkel" på panelet, vil "merkelappen" som er festet til nøkkelen gi fra seg en pipelyd. Produktet er under utprøving, men er ikke tilgjengelig for salg ennå.

• PicturePhone

Mange pasienter har problemer med å ringe, f.eks. å taste 8 siffer i riktig rekkefølge. For utprøving i ENABLE-prosjektet har vi valgt PicturePhone som har både

et vanlig tastatur og ni preprogrammerbare, store taster. Der kan man sette inn et bilde av personen, skrive navnet med store bokstaver eller bruke et symbol, og ringe med ett tastetrykk. PicturePhone selges hos Clas Ohlsson og kan bestilles på www.clasohlsson.no, produktnr. 32-3531.

• Automatisk nattbordlampe for å forhindre fall i mørket.

Lampen skrur seg på når personen forlater sengen om natten. Lyset slukkes gradvis når vedkommende legger seg igjen. Produktet er under utprøving, men er ikke tilgjengelig for salg ennå.

• Multimedia for underholdning og glede

En "bildegrammofon" for å høre musikk og sanger man liker er utviklet i ENABLE. Den består av en PC med berøringsskjerm. På skjermen vises en bildemeny som illustrerer musikk og sanger man kan velge. Ved å berøre et bilde, vil sangen avspilles samtidig som teksten vises på skjermen. Produktet kan egne seg godt for felles opplevelse og hygge. Det er nå under utprøving.

Utprøvingen strekker seg over inntil 1 år i 5 land, og både pasient og pårørende blir intervjuet om bl.a. bruk og nytte inntil 5 ganger. Resultatene vil presenteres på ENABLE Final Conference som avholdes i Oslo, 21.-23. juni, 2004.

Referanser

1. Starkhammar, S. og Dahlenborg. I. Demens och teknik – kunskapsläge och förslag på åtgärder (2002). Hjälpmedelinstitutet, Box 510, S-162 15 Vällingby.
2. Hjelpemiddelinstitutet i Danmark, www.hmi.dk, menypunktet Hjälpemiddel-databasen, søkeord "demens")
3. Hjälpmedelinstitutet i Sverige www.hi.se. Menypunktet "Kommunicera och förstå" er et godt utgangspunkt for å finne fram til ulike hjelpemidler og prosjekter.
4. Firmaet Falck Vital har en rekke hjelpemidler for eldre (www.falck.no)
5. Demensforum - et nettsted for alle som er berørt av demens www.demensforum.no

Oppsummering

- Demens innebærer funksjonshemming. Pasientene har dermed rett til tekniske hjelpemidler gjennom Lov om folketrygd.
- Allmennleger har en viktig rolle med å fange opp problemer tidlig og bidra til at hjelpemidler inngår som en del av tiltak/omsorgsplanen for pasienter med demens.
- Det finnes hjelpemidler både for å forhindre/varsele ulykker, for bedre mestring av daglige aktiviteter, understøtte hukommelse og forenkle kommunikasjon.
- Nytteverdien er avhengig av faktorer knyttet til pasienten, pårørende og produktet, samt hvordan det introduseres og følges opp.
- God brukerbehovsanalyse er viktig for et vellykket resultat.

FORSKNINGSNYTT

APOE, blodtrykk og Alzheimer

Betydningen av APOE genotype, blodtrykk og blodtrykksbehandling er undersøkt hos stokholmere med alder 75+. En i utgangspunktet demensfri gruppe på 966 ble fulgt i seks år. APOE-e4, høyt systolisk BT og lavt diastolisk BT var assosiert med økt risiko for utvikling av Alzheimers sykdom. Antihypertensiv behandling reduserte risikoen for Alzheimers sykdom uansett APOE-status og reduserte også den kombinerte risikoen for Alzheimers sykdom og høyt systolisk BT. Antihypertensiv behandling skulle således være spesielt viktig hos eldre med høyt systolisk BT og APOE-e4 (*Neurology* 2003;61:655-60).

Satsning på pårørende og fysisk trening ved Alzheimer

I en amerikansk undersøkelse ble pårørende lært opp for å mestre Alzheimerpasientens atferd, og ble samtidig satt til å instruere pasienten i regelmessig fysisk trening. Av 153 pasient-pårørendepar fikk 76 gjennomgå programmet, de øvrige utgjorde kontrollgruppen. Både etter tre måneder og etter to år var de pas. som fikk trening signifikant mindre deprimerte og i bedre form enn kontrollene (*JAMA* 2003;290:2015-22).

Donepezil og vaskulær demens

603 pasienter med sannsynlig eller mulig vaskulær demens (VAD) fikk enten 5 eller 10 mg donepezil eller placebo i 24 uker i den hittil største multisenter-undersøkelsen. av VAD. Kognitiv funksjon (ADAS-cog) var signifikant bedre enn placebo i begge donepezil-gruppene ved studieslutt, mens signifikant bed-

ring i global funksjon (CIBIC-Plus) i forhold til placebo bare ble sett på 5 mg dose. Alt i alt tyder undersøkelsen på at donepezil har en moderat effekt ved VAD (*Stroke* 2003;34:2323-32).

Sammenlignende studie av donepezil og galantamin

I en randomisert studie ble effekt og bivirkninger hos 182 pasienter med Alzheimers sykdom (MMS mellom 9 og 18) ved behandling med donepezil (maks 10 mg/d) og galantamin (maks 24 mg/d) sammenlignet over 52 uker. Det var ingen forskjeller i forekomst av bivirkninger. Effektmåling ble gjort uten kjennskap til behandlingsgruppe ("single blind"). Man fant bedre effekt på kognisjon (ADAS-cog og MMS) i galantamin-gruppen, og denne forskjellen var signifikant for gruppen med mindre alvorlig demens. Det var ingen forskjell på ADL og nevropsykiatriske symptomer. (*Wilcock G et al. Drugs Aging* 2003;20:777-789).

NYTT FRA MEDIA

Antibiotika kan hjelpe mot Alzheimer

En kombinasjon av doxycyclin og rifampin i tre måneder viste bedring i mental funksjon sammenliknet med placebo i en Canadisk studie. Behandling med antibiotika kan gjøre at pasienter som lider av Alzheimer kan bli i hjemmet og slipper å bo på pleiehjem eller andre institusjoner, i det minste i en periode, sier førsteamanuensis Mark Loeb ved University of Hamilton, Ontario. (*Aftenposten* 9. oktober 2003)

Lovbrudd i fleng på sykehjemmene

Eldre er innlagt på skjermet avdeling uten demensdiagnose, medisiner låses ikke inn og pleierne har ikke tid til å aktivisere beboerne. Dette er noen av lovbruddene som Helsetilsynet har funnet under tilsyn med helsetjenesten til eldre i norske kommuner det siste året.

VG har gått gjennom 43 tilsynsmeldinger og funnet 127 brudd på krav fra helsemyndighetene, og 97 områder hvor det er grunnlag for forbedringer.

-Det er store variasjoner mellom kommunene. Noen steder er det orden på tjenesten på nesten alle områder, mens andre steder er det betydelig svikt, sier helsedirektør Lars E. Hanssen i Statens Helsetilsyn. Helsedirektøren mener blant annet at om lag 2000 eldre i dag har diagnosen aldersdemens uten å være grundig undersøkt. – Jeg kan bare konstatere at dette skjer. Det skyldes mangler ved internkontrollen som blant annet skal fange

opp pasientenes behov for legetjenester, sier han.

VG Nett 6. oktober 2003

Svenske leger: Monopol og sprit mot demens

Tre drinker, to slag Monopol, kast medisinene, og faren for Alzheimer reduseres. Det mener en komite av svenske leger. Men ekspertene reagerer.

I Sverige er det uenighet om hva som er best for demenspasientene. En legemiddelkomite har skrevet til alle praktiserende leger i Stockholm Sør og oppfordret legene til å ta i bruk selskapspill og sprit for å bedre dementes tilstand. "En til tre drinker hver dag minsker risikoen for demens", skriver komiteen. Komiteen ber også legene være tilbakeholdne med å gi Alzheimer pasienter medisin. Dette er stikk motsatt hva som anses å være riktig og reaksjonene har ikke latt vente på seg: Professor i geriatri Bengt Winblad mener utspillet er uvitenskapelig og at det avspeiler et syn på demente som er opprørende.

Nå vil komiteens ordfører trekke tilbake flere av påstandene.

Dagens Nyheter og Aftenposten
22. september 2003

82-åring skal studere aldersdemens i Tromsø

Det er aldri for sent å lære, sier 82 år gamle Edith Charlotte Antonsen på Finnsnes. Hun skal studere aldersdemens ved Høgskolen i Tromsø. Hun fullførte sykepleierutdannelsen i 1944 og var i arbeid som helsesøster til 1974. Nå ser hun frem til nye studier i helsefag der alderspsykiatri og demens blir hovedtema.

- Jeg har alltid hatt lyst til å lære, sier hun til Nordlys. Nå gleder hun seg til helgesamlinger i Tromsø og selvstudier hjemme på Finnsnes.

- Og vi lar dette være til inspirasjon for våre lesere – det er aldri for sent å lære! (Red anm.)
Aftenposten 1. september 2003.

Eldre nekter å gi fra seg lappen

Oslo-politiet opplever jevnlig at eldre bilførere nekter å gi fra seg "lappen" – selv etter en ulykke. I Oslo har politiet ca 15 saker i året hvor bilførere over 70 år blir bedt om å ta ny førerprøve. 90 % av disse stryker – til tross for at de har fått klarsignal fra legen til å kjøre.

VG Nett 28. august 2003

► **Demens i Allmennpraksis** utgis av en uavhengig redaksjonskomité med støtte fra et utdanningsfond fra **Pfizer AS**. Artikkeforfatterne er selv ansvarlige for det faglige innholdet i sine artikler.