

UNIVERSITETET I BERGEN

Det psykologiske fakultet

HELSEPSYKOLOGI I MØTE MED DEN ELDRE PASIENTEN

Nasjonalt konferanse i klinisk helsepsykologi

Norsk psykologforening, 5. – 6. mars 2015

Inger Hilde Nordhus



Befolkning

- 2,22 millioner i 1900 - 5,05 millioner i 2013
- Innbyggere under 18 år: fra 40 til 20 prosent de siste 100 årene
- Innbyggere over 70 år: har økt, og er i dag 10 prosent
- Norge er blant de land i Europa som har høyest fruktbarhet og høyest innvandring
- Befolkningsveksten i 2011-13 er den høyeste på 90 år
- Urbanisering har foregått jevnt over 100 år
- Innvandrere: fra 1,5% i 1970 til >12% i 2014

Fra Folkehelsemeldingen – 2014 FHI



Tapte leveår

1. Hjertesykdom
2. Slag
3. Lungekreft
4. Tykktarmskreft
5. KOLS
6. Selvmord
7. Lungebetennelse
8. Alzheimer
9. Overdose
10. Brystkreft

År levd med helsetap

1. Korsryggsmerter
2. Alvorlig depresjon
3. Angstlidelser
4. Nakkesmerter
5. Fallulykker
6. Diabetes
7. Andre muskel- skjelett lidelser
8. Alkoholmisbruk
9. KOLS
10. Alzheimer

Eldre som befolkningsgruppe over tid

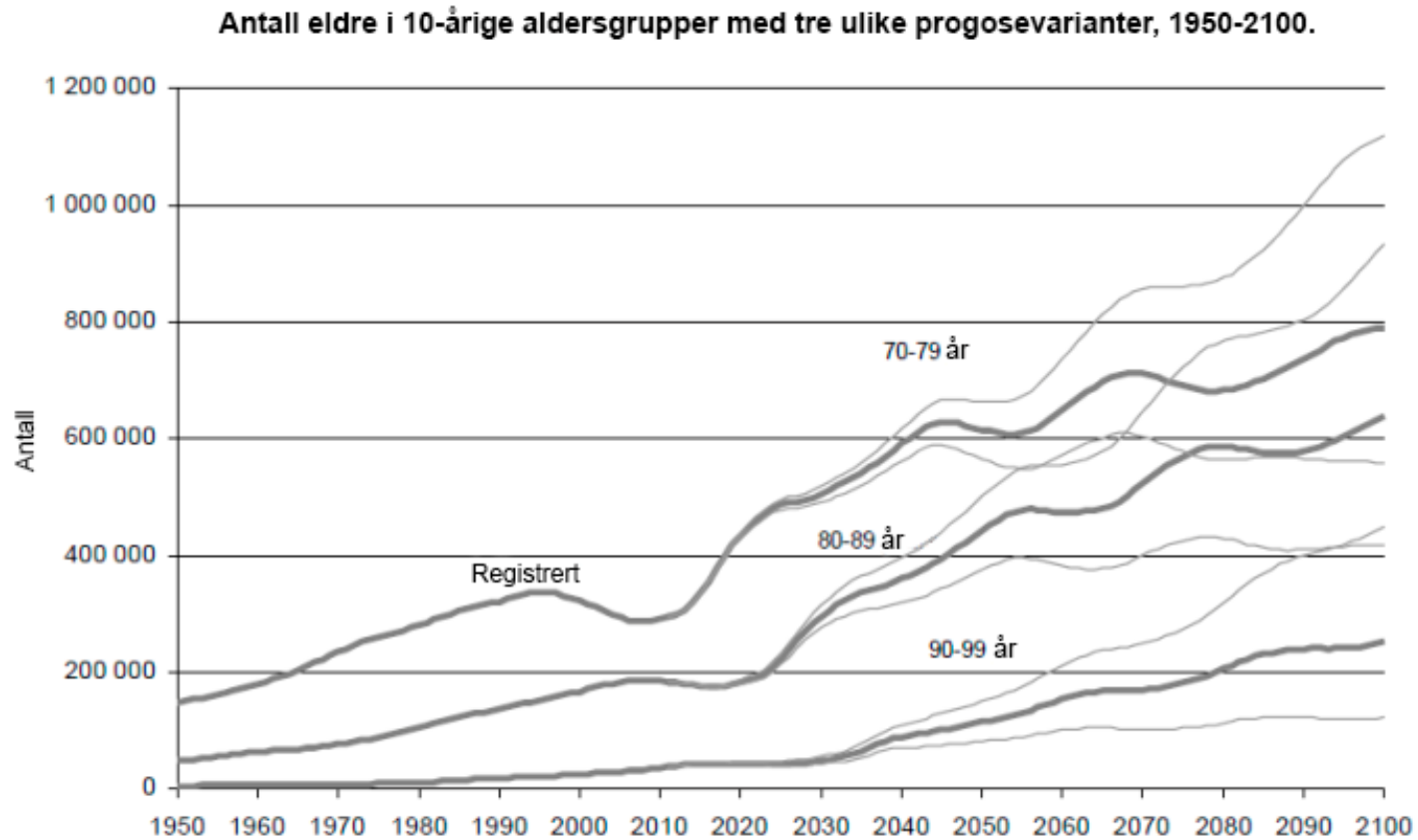
- Antall eldre i befolkningen øker betydelig fra 2025
- Antall over 80 år vil øke med 6 - 7% prosent fra 2025-29
- Vi i får en firedobling av antall 80 - 89 år innen utgangen av dette århundret
- Antall 90-åringer vil vokse spesielt raskt
- Antall 100+ (ca. 750 i 2012) vil vokse til 12 500 i år 2100

Fra Folkehelsemeldingen - 2014



uib.no

Antall eldre i 10-årige aldersgrupper

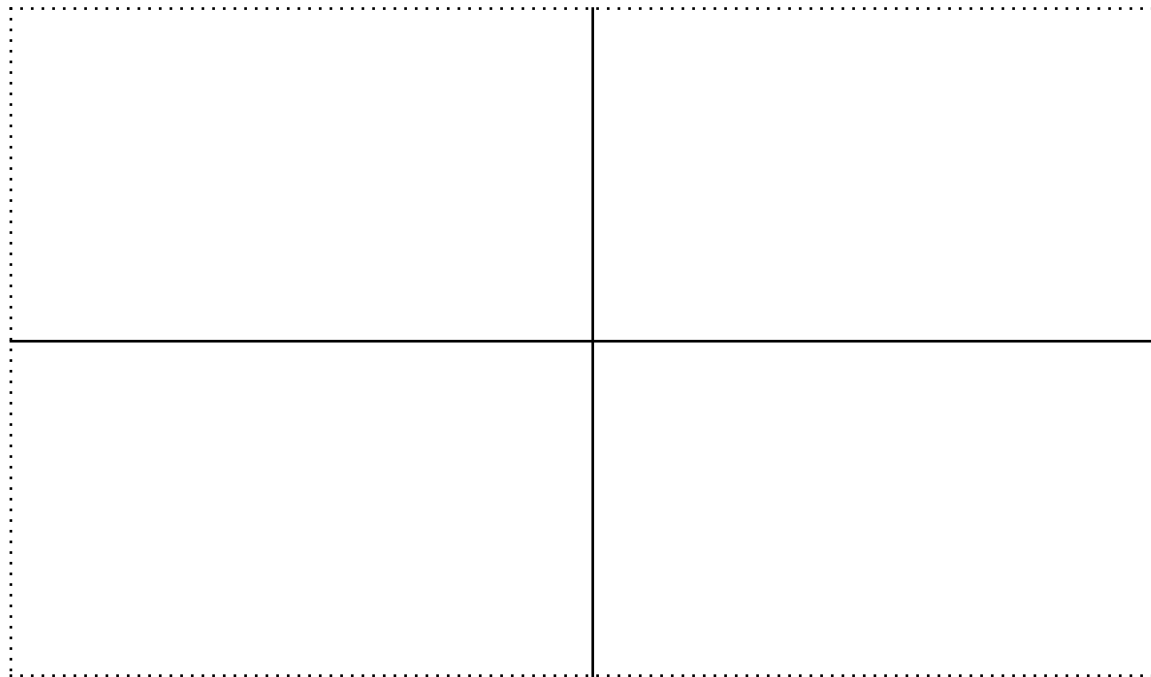


Hvem er den eldre pasienten – i lys av faktisk helse og forventninger?

To sentrale akser:

Kognitiv helse

Somatisk helse



Demens og kognitiv svikt

Tabell 1. Andel med demens i ulike aldersgrupper. Kilde: (Engedal, 2009; Helsedirektoratet, 2014)

Aldersgruppe	Andel (prosent)
65-69 år	1
70-74 år	2
75-80 år	6
81-85 år	18
86-90 år	32
90 år og eldre	41

Eldre i lys av Opptrappingsplanen

- *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykiske helse (2001-2009)*
- *Behov for spesialiserte tilbud:*

Opptrappingsplanen hadde særlig fokus på voksne med alvorlige psykiske lidelser, og på barn og unge. Denne sterke prioriteringen har vært viktig, samtidig innebærer den en reell fare for at andre pasientgruppers behov kommer i bakgrunnen.

*Det er særlig to store grupper som det er viktig å ha fokus på: **pasienter med lettere psykiske lidelser og eldre med psykiske lidelser.***

- *Evalueringen av Opptrappingsplanen har i liten grad tatt for seg omfanget av, innholdet i og kvaliteten på tilbudene til disse gruppene.*

Hva med eldre under kategorien lettere psykiske lidelser?

Hva med eldre med demens og angst?



Polyfarmasi – relevant kunnskap for psykologer

- For mange legemidler
- For mange legemidler per sykdom
- Feil dosering av nødvendige legemidler
- Bruk av unødvendige legemidler
- Bruk av de mest ”toksiske” legemidler innen sin klasse
- Bruk av et legemiddel for å behandle bivirkning av et annet legemiddel



Bivirkninger og interaksjonsrisiko - eldre

- Endret farmakokinetikk (hva kroppen gjør med legemidlene)
 - Endret farmakodynamikk (hva legemidlene gjør med kroppen)
 - Dokumentasjonsproblemer
 - Overmedisinering (for mange, for mye, for ofte)
 - Interaksjoner – økt risiko desto flere legemidler
 - Kommunikasjonsproblemer
 - Ferdighetsproblemer blant de sykeste
- ➔ Stor bivirkningsrisiko, men ofte diagnostiseres bivirkninger ikke fordi de mistolkes som aldringsplager



Programerklæring for klinisk helsepsykologi - eldre

- Samfunnsmandatet:
 - Økt psykisk helsehjelp til eldre – mer differensiert og innenfor ulike rammer
 - Bedre helsetjenester – skreddersydd inn mot reelle behov
 - Bruk og utvikling av nyere (velferds-)teknologi
 - Flere psykologer med et kunnskapsbasert og variert rollehefte i arbeid med eldre



Sentrale oppgaver i klinisk helsepsykologi (Berge & Lang, TNPf ,2011)

Psykologiske problemer som følge av sykdom, skade og funksjonsnedsettelse, for eksempel tilpasningsproblemer, depresjon, angst, posttraumatiske reaksjoner og søvnproblemer.

Somatiske symptomer som følge av psykisk lidelse, for eksempel brystmerter ved panikkelidelse og somatiseringslidelser.

Psykiske symptomer som følge av biologiske forhold, for eksempel depresjon på grunn av stoffskiftesykdom og medikamentutløst depresjon.

Psykofysiologiske lidelser, for eksempel spenningshodepine og irritabel tykktarm.

Fysiologiske vansker som lar seg behandle gjennom atferdsmessige intervensjoner, for eksempel inkontinens, enkoprese, kroniske smerter og forventningskvalme ved kjemoterapi.

Manglende etterlevelse av medisinsk behandling, for eksempel ved diabetes og forhøyet blodtrykk.

Psykiske reaksjoner på belastende medisinsk undersøkelse og behandling, for eksempel klaustrofobi ved hjerneskaning og blodfobi ved injeksjoner, klargjøring for operasjoner, forhold ved gynekologiske undersøkelser og ved behandling av ufrivillig barnløshet.

Atferdsmessige risikofaktorer for sykdom, som røyking, overvekt, manglende fysisk aktivitet og rusmiddelproblemer.

Samtaler ved terminal sykdom, brannskader, amputasjoner og suicidalitet.

Kriseintervensjon og sorgstøtte.

Samtaler med familie og pårørende.

Styrket kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell; informasjon om sykdom og mestring av sykdom.

Tiltak for å motvirke utbrenthet og sekundærtraumatisering hos helsepersonell.

Utforming og organisering av helsetjenester; tiltak for økt brukerinvolvering og brukertilfredshet.

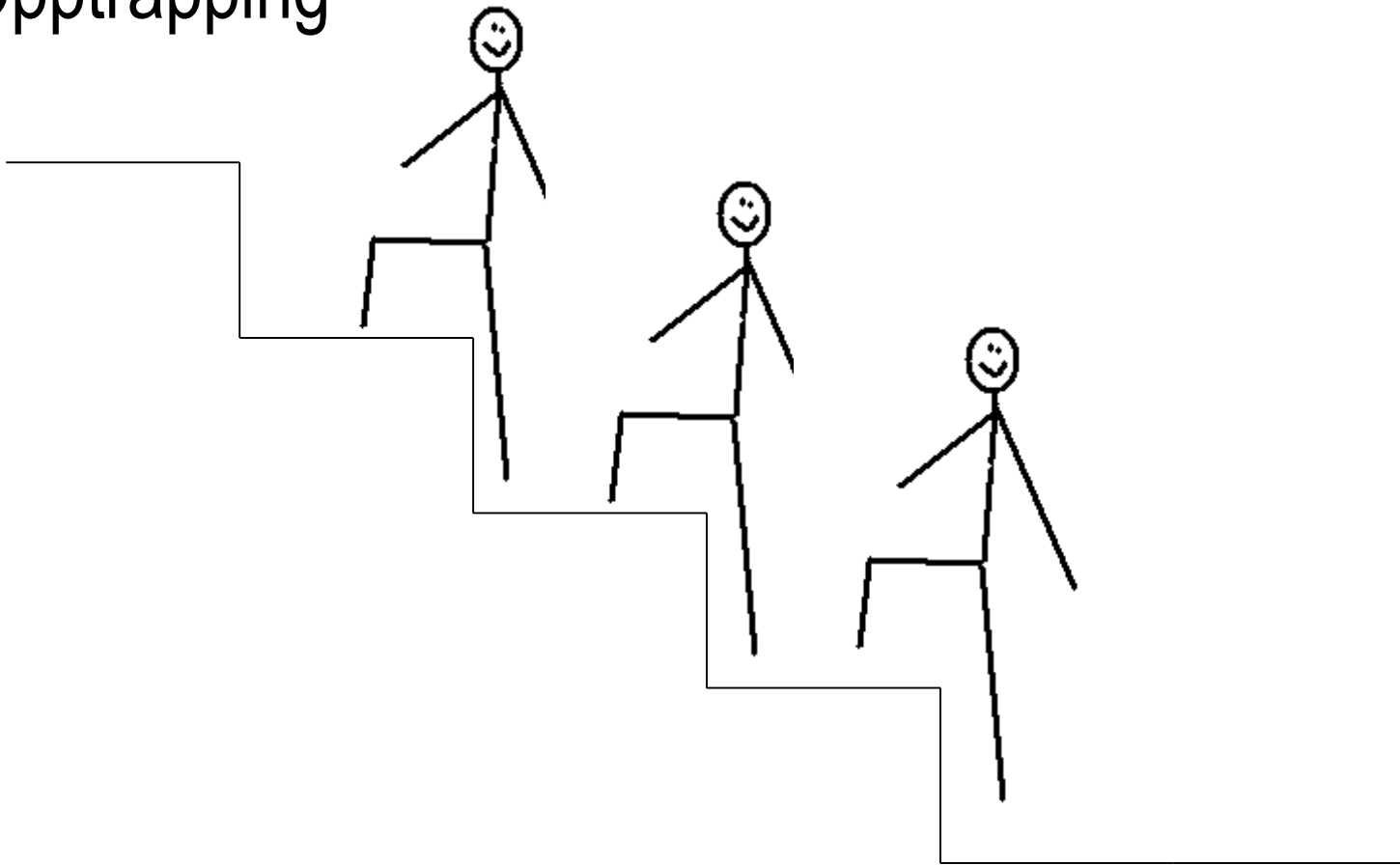
Undervisning, konsultasjon og veiledning; forskning og fagutvikling.

Eldre og tilgang på psykologtjenester

- Psykisk helse/psykiske lidelser er dårlig dokumentert i Norge (epidemiologiske studier)
- Ulike faktorer som kan påvirke tilgang til psykiske helsetjenester:
 - Systemfaktorer
 - Terapeutfaktorer
 - Pasientfaktorer



Opptrapping



Eldre med *lettere psykiske lidelser (angst)* ?
Eldre med demens og angst?

Angst i kliniske studier

- Hovedproblemstillinger:
 - Forekomst av angst i avgrensede diagnostiske grupper/kliniske miljø (Kols/lungeavdeling)
 - Effekten av angst: forløp, behandling og behandlingsmotivasjon (angst som risikofaktor for negativt utfall av behandling/lungerehabilitering)
 - Behandlingsstudier med fokus på komorbid angst og lett til moderat demens
 - Behandling av GAD hos pasienter ved DPS – supplere KBT med fysisk aktivitet
 - Utprøving av e-mestring



Nøkkelpromblemstillinger:

1. Er angst hos eldre forskjellig fra angst hos yngre voksne?
2. Hvordan framtrer angst i lys av somatiske lidelser, - herunder nevrogenerative sykdommer som AD?
 - » Hvilke kliniske utfordringer møter vi ?
 - » Hvilke typer studier trenger vi?
 - » Plan for implementeringsstrategier



Risiko ved angst i eldre år – klassisk kunnskap

- Økt risiko for:
 - Funksjonssvikt, også hos velfungerende eldre (Seeman et al., 1995)
 - Å bli kronisk uten behandling (Larkin, 1992)
 - Dårligere daglig fungering og livskvalitet (van Zelst, 2006)
 - Å utvikle depresjon (Beekman et al., 2000)
 - Dødelighet, både ved suicid (Allgulander & Lavori, 1993) og ved somatiske sykdommer, spesielt kardiovaskulære sykdommer (van Hout et al., 2004; Brenes, 2007)



Angsten for å falle

- Aldersspesifikk angst (forskjellig fra agorafobi)
- Assosiert med begrensninger i fysisk og sosial aktivitet
→ Tap av autonomi og selvstendighet
- Hyppig forekommende også hos hjemmeboende eldre
- Fysiologisk aktivering ved forflytning og en fobisk lignende unngåelse
- Sterkt assosiert med depressive symptomer



Sluttkommentar

- Somatiske lidelser innebærer, også for eldre, en økt risiko for angst og stemningslidelser
 - Der vi behandler somatiske/kognitive helseproblemer må det også være en arena for ikke-medikamentelle tiltak rettet mot psykisk helse
 - Psykologisk fagkunnskap er viktig
- I tillegg kommer at eldre med lettere psykiske lidelser uten somatiske problemer må tilbys tiltak slik evalueringen av Opptrappingsplanen peker på for yngre voksne

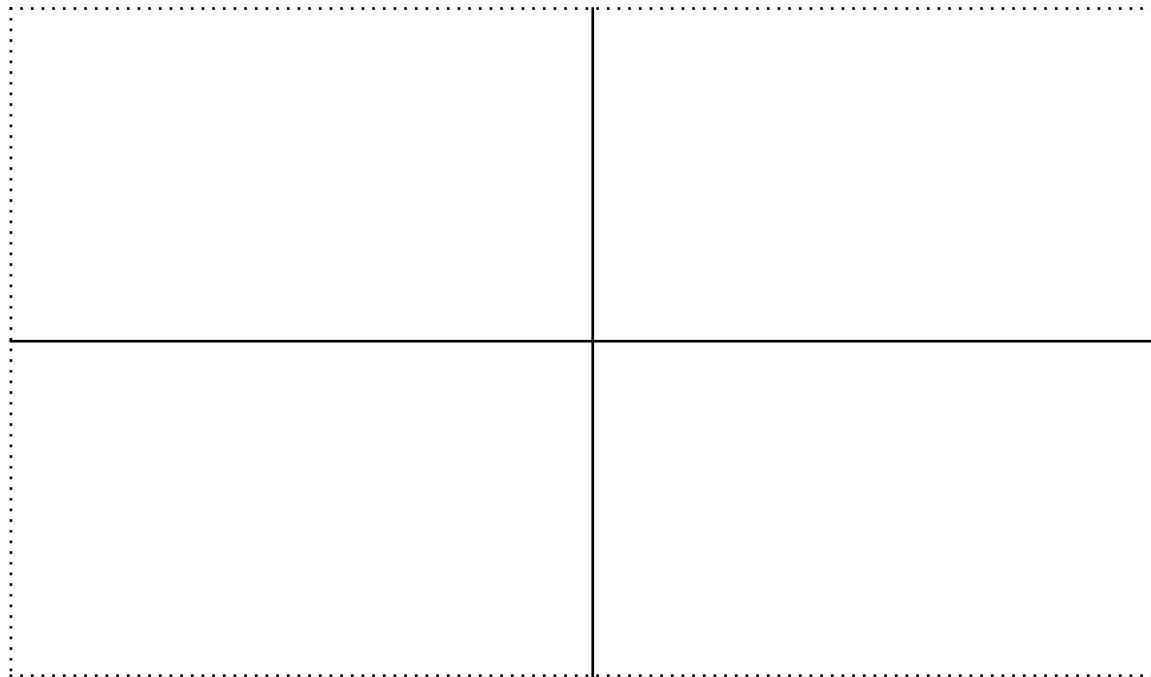


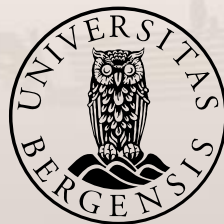
Hvem er den eldre pasienten – i lys av faktisk helse og forventninger?

To sentrale akser:

Kognitiv helse

Somatisk helse





UNIVERSITETET I BERGEN

Det psykologiske fakultet