

# TILBAKEMELDINGSSKJEMA

Skjemaet skal benyttes ved tilbakemelding på retningslinjen.

<b>Navn: Norsk psykologforening</b>
<b>Organisasjon/avdeling:</b>

<b>Hovedkapittel i fet skrift (antall anbefalinger i parentes – totalt: 49), underkapittel (nivå 1) i kursiv (og nummerert), underkapittel (nivå 2) gitt i kursiv/kulepunkter og nummerert.</b>	<b>Kommentarer:</b>
<b>Kap 1 Innledning (0)</b>	
<i>1.1 Leseveiledning</i>	
<i>1.2 Om demens</i>	
<i>1.3 Forekomst av demens</i>	
<i>1.4 Åpenhet om demensdiagnose</i>	
<i>1.5 Multisyke</i>	
<b>Kap 2 Aktuelt lovverk</b>	
<b>Kap 3 Generelt om krav til kompetanse (1)</b>	
<b>Kap 4 Personsentrert omsorg og behandling (2)</b>	
<i>4.1 Personsentrert omsorg og behandling: Organisatorisk nivå</i>	
<i>4.2 Personsentrert omsorg og behandling: Individnivå</i>	

<b>Kap 5 Etablering av hukommelsesteam/koordinator i kommunen (1)</b>	
<b>Kap 6 Utredning ved mistanke om demens og oppfølging etter diagnose (14)</b>	
6.1 Primærlege	
6.1.1 Første legetime	
• Somatisk undersøkelse i demensutredningen	
• Blodprøver i demensutredningen	
• Vurdering av delirium	
• Vurdering av eventuelle kognitive legemiddelbivirkninger	
• Rekvirering av CT eller MR	
6.1.2 Andre legetime	
• Intervju av pårørende	
• Bruk av kognitive tester	
• Vurdering av atferdsmessige og psykologiske symptomer	
• Vurdering av evnen til å kjøre bil	
6.1.3 Videre oppfølging ved primærlege	
6.2 Hukommelsesteam/koordinator	
6.3 Sykehjem	
6.4 Spesialisthelsetjenesten	
<b>7. Grupper som kan ha særlige behov: Utredning og oppfølging (4)</b>	
7.1 Personer med minoritetsbakgrunn	
7.2 Samisk urbefolkning	
7.3 Yngre personer	
7.4 Personer med utviklingshemning	
<b>Kap 8 Miljørettede aktiviteter og tiltak (5)</b>	
8.1 Fysisk aktivitet	
8.2 Psykososiale aktiviteter og tiltak	

8.3 Miljømessige/psykososiale tiltak ved atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens	
8.4 Dagaktivitetstilbud	
8.5 Psykologisk behandling ved depresjon/angst	<p>Til side 63 i retningslinjene 8.5 - Psykologisk behandling ved depresjon/angst settes det spesifikt spørsmål ved to setninger:</p> <p>1) "Psykologisk behandling forutsetter at pasienten er motivert". I hovedsak er dette riktig, for individuell behandling, men en psykolog vil også kunne jobbe gjennom miljøpersonalet og andre ansatte. Samtidig er en hovedutfordring imidlertid å få en dypt deprimert og tilbaketrukket person med demens – nettopp motivert. Utsagnet passer heller ikke helt for personer uten samtykkekompetanse.</p> <p>2) "Psykologisk behandling kan gjennomføres av helsepersonell med relevant utdanning/kompetanse". Det er viktig å holde fast ved at psykologisk behandling utføres av psykologer. Her kunne det heller ha stått "psykologiske tiltak kan gjennomføres av helsepersonell under veiledning av personell med relevant utdanning/kompetanse."</p>
<b>9. Velferdsteknologi (1)</b>	
<b>10. Botilbud (1)</b>	
<b>11. Pårørende (1)</b>	
<b>12. Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang (1)</b>	
<b>13. Legemidler mot symptomer ved demens (11)</b>	
13.1 Mild kognitiv svikt	
13.2 Alzheimers demens og blandet Alzheimers og vaskulær demens	<p>Det stilles også spørsmål knyttet til overlappingen av diagnosegruppen 1)Mild-moderat Alzheimer, 2)Moderat-alvorlig Alzheimer, hvor `moderat` inngår i begge diagnosegrupper og synliggjør et kontinuum. Det stilles spørsmål ved dette spesifikt i forhold til bruk av Memantin, som gir mindre bivirkninger og tolereres bedre enn kolinesterasehemmere, (dette fremheves også på side 111), men på side 108 kan man få inntrykk av at Memantin ved `Moderat demens` ikke har noen effekt.</p>

	Videre har vi fått innspill om at pasienter i sykehjem med alvorlig demens fratas både kolinesterasehemmere og Memantin, med påfølgende fall i både ADL funksjoner, kognisjon og de stemningsbevarende effektene. En litteraturgjennomgang av disse medisinene, brukt ved alvorlig grad av demens er belyst på sidene 116-126, men samtidig savnes artikler som viser seponeringseffekten av Memantin / kolinestraserhemmere ved alvorlig grad av Alzheimer demens.
• <i>Mild sykdomsgrad</i>	
• <i>Moderat sykdomsgrad</i>	
• <i>Alvorlig sykdomsgrad</i>	
<b>13.3 Vaskulær demens</b>	
• <i>Kolinesterasehemmer og/eller memantin</i>	
• <i>Sekundærprofylakse ved vaskulær demens</i>	
<b>13.4 Demens med lewylegemer eller demens ved Parkinsons sykdom</b>	
• <i>Kolinesterasehemmere</i>	
• <i>Memantin monoterapi eller i kombinasjonsbehandling med kolinesterasehemmer</i>	
<b>13.5 Frontotemporal demens</b>	
<b>13.6 Sjeldne demenssykdommer</b>	
<b>13.7 Demens ved Down syndrom</b>	
<b>14. Legemidler mot atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD) (5)</b>	
<b>14.1 Legemidler mot psykotiske symptomer, aggresjon og/eller agitasjon ved demens</b>	
<b>14.2 Legemidler mot depresjon</b>	
<b>14.3, Elektrokonvulsiv terapi, lysterapi eller transkraniell magnetisk stimulering mot depresjon ved demens</b>	
• <i>Elektrokonvulsiv terapi</i>	
• <i>Lysterapi eller transkraniell magnetisk stimulering</i>	
<b>14.4 Legemidler mot søvnvansker</b>	

<b>15. Betennelsesdempende legemidler, statiner, kosttilskudd, naturpreparater eller akupunktur mot demens/APSD (2)</b>	
15.1 Betennelsesdempende legemidler, statiner, kosttilskudd eller naturpreparater mot kognitive, atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens	
15.2 Akupunktur mot demens/APSD	
<b>16. Om retningslinjen</b>	
16.1 Arbeidsgrupper og andre bidragsytere	
16.2 Metodisk tilnærming	
16.3 Mandat, mål og målgruppe	
<b>Generelle kommentarer (på formatet/publiseringvisningen, brukervennlighet, språk med mer.</b>	
<b>Eventuelle forslag til temaer/områder som ønskes omtalt</b>	<p><b>A. En forholdsmessig større andel av veilederen bør omhandle andre behandlingstiltak enn medikamenter.</b></p> <p><b>B. Behov for større vektlegging av bivirkninger av psykofarmaka som «medikament uro» med økt agitasjon og motorisk uro. Eventuelt kan noe av det som står om medikamenter i dag kortes ned.</b></p> <p><b>Begrunnele:</b></p> <p>A. Nesten ¾ av sidene omhandler medikamentbehandling av demenssykdommer, og kun i underkant av 30% omhandler andre former for behandling og tiltak. Denne balansen i fremstillingen oppfattes av enkelte å signalisere valgt fokus; dette til tross for at medikamenter i behandling av demens ikke skal være første valget. Og det stilles spørsmål om hvorfor det er slik.</p> <p>Det trekkes i den sammenheng blant annet frem forskning om personsentrert behandling, men Tom Kitwood som bare er nevnt med én linje, og Bradford gruppens arbeider som ikke er nevnt.</p>

Selv om ikke alle trenger detaljkunnskap om ulike psykososiale/miljømessige behandlingsformer, er det nødvendig med god kunnskap innenfor dette området for å kunne etterspørre dokumenterte tiltak fra det øvrige personalet, - da dette kan være utgangspunktet for å unngå unødig bruk av psykofarmaka. Det vises spesielt til person / og miljøsentrert behandling mot angst, uro og depresjon hos personer med demens.

B.

Selv om fokuset på medikamenter er stort etterspørres det samtidig større vektlegging av bivirkninger av for eksempel benzodiazepiner og z-hypnotika. Det refereres til at en i sykehjem erfarer en utstrakt bruk av sobril og imovane. I innspill Norsk psykologforening har fått betegnes "medikament-uro", - med økt agitasjon og motorisk uro som «Den glemte diagnosen». Videre refereres det til at det i sykehjem utskrives ovenfornevnte medikamenter som behovsmedisiner uten registrering av bivirkninger. Det vises også til erfaringer for at det på tross av advarsler fremdeles også foreskrives risperdal til personer med demens uten tilstrekkelig diagnostisk vurdering, oppfølging og nedtrapping.

Dette gir uttrykk for ønske om større vektlegging av agitasjon som bivirkning i et eget kapittel. Videre at det under kapitelet "agitasjon" etterlyses at det ikke nevnes fenomenet "sundown" - motorisk uro som registreres hos personer med demens om ettermiddagen og som oftest behandles med benzodiazepiner, med resultatet økt motorisk uro. Det savnes en farmakologisk redegjørelse av hvorfor dette skjer, slik at ikke pasient og personal belastes unødig. Det ville også vært nyttig med forslag til alternativ medisinerings med farmakologisk begrunnelse.

Mulig kan det kortes ned på sidene med medikamentbehandling, eksempelvis meta-analysene av 3 kolinesterasehemmere til fordel for ovenfornevnte? Eventuelt kan meta-analysene av 3 kolinesterasehemmere legges i et «vedlegg»?

Annet

## Oppsummert (jfr. ovenfor)

Det trengs både økt kompetanse, fagutvikling, holdningsendringer og endring av praksis i møte med psykiske og somatiske helseutfordringer i øvre del av livsløpet. Denne retningslinjen er et viktig bidrag for å styrke kompetansen om demens.

Samfunnet endres med hensyn til antall eldre og deres funksjonsnivå, samtidig er eldre underrepresentasjon i psykisk helsevern og eldre har oftere sammensatte lidelser som øker faren for feilbehandling. Denne retningslinjen er et av flere tiltak som er nødvendige i prioriteringen og satsningen fremover for å gi riktig diagnose og kunne yte forsvarlig helsehjelp.

Eldrepsykologi bør være en hjørnestein. Retningslinjen gir et godt utgangspunkt, men Norsk psykologforening har følgende innspill som kan løfte retningslinjen ytterligere:

- C. En forholdsmessig større andel av veilederen bør omhandle andre behandlingstiltak enn medikamenter.**
- D. Konkrete endringer i teksten om psykologisk behandling**
- E. Behov for større vektlegging av bivirkninger av psykofarmaka som «medikament uro» med økt agitasjon og motorisk uro. Eventuelt kan noe av det som står om medikamenter i dag kortes ned.**
- F. Spørsmål om bruk av Memantin ved moderat Alzheimer og seponeringseffekten av Memantin/ kolinestråsehemmere ved alvorlig grad av Alzheimer demens.**

## Begrunnelse

**A.**

Nesten  $\frac{3}{4}$  av sidene omhandler medikamentbehandling av demenssykdommer, og kun i underkant av 30% omhandler andre former for behandling og tiltak. Denne balansen i fremstillingen oppfattes av enkelte å signalisere valgt fokus;

dette til tross for at medikamenter i behandling av demens ikke skal være første valget. Og det stilles spørsmål om hvorfor det er slik. Det trekkes i den sammenheng blant annet frem forskning om personsentrert behandling, men Tom Kitwood som bare er nevnt med én linje, og Bradford gruppens arbeider som ikke er nevnt. Selv om ikke alle trenger detaljkunnskap om ulike psykososiale/miljømessige behandlingsformer, er det nødvendig med god kunnskap innenfor dette området for å kunne etterspørre dokumenterte tiltak fra det øvrige personalet, - da dette kan være utgangspunktet for å unngå unødig bruk av psykofarmaka. Det vises spesielt til person / og miljøsentrert behandling mot angst, uro og depresjon hos personer med demens.

### **B.**

Til side 63 i retningslinjene 8.5 - Psykologisk behandling ved depresjon/angst settes det spesifikt spørsmål ved to setninger:

1) "*Psykologisk behandling forutsetter at pasienten er motivert*". I hovedsak er dette riktig, for individuell behandling, men en psykolog vil også kunne jobbe gjennom miljøpersonalet og andre ansatte. Samtidig er en hovedutfordring imidlertid å få en dypt deprimert og tilbaketrukket person med demens – nettopp motivert. Utsagnet passer heller ikke helt for personer uten samtykkekompetanse.

2) "*Psykologisk behandling kan gjennomføres av helsepersonell med relevant utdanning/kompetanse*". Det er viktig å holde fast ved at psykologisk behandling utføres av psykologer. Her kunne det heller ha stått: "psykologiske tiltak kan gjennomføres av helsepersonell under veiledning av personell med relevant utdanning/kompetanse."

### **C.**

Selv om fokuset på medikamenter er stort etterspørres det samtidig større vektlegging av bivirkninger av for eksempel benzodiazepiner og z-hypnotika. Det refereres til at en i sykehjem erfarer en utstrakt bruk av sobril og imovane. I innspill Norsk psykologforening har fått betegnes "medikament-uro", - med økt agitasjon og motorisk uro som «Den glemte diagnosen». Videre refereres det til at det i sykehjem utskrives ovenfornevnte medikamenter som behovsmedisiner uten registrering av bivirkninger. Det vises også til erfaringer for at det på tross av advarsler fremdeles også foreskrives risperdal til personer



med demens uten tilstrekkelig diagnostisk vurdering, oppfølging og nedtrapping.

Dette gir uttrykk for ønske om større vektlegging av agitasjon som bivirkning i et eget kapittel. Videre at det under kapitelet "agitasjon" etterlyses at det ikke nevnes fenomenet "sundown" - motorisk uro som registreres hos personer med demens om ettermiddagen og som oftest behandles med benzodiazepiner, med resultatet økt motorisk uro. Det savnes en farmakologisk redegjørelse av hvorfor dette skjer, slik at ikke pasient og personal belastes unødige. Det ville også vært nyttig med forslag til alternativ medisinering med farmakologisk begrunnelse.

Mulig kan det kortes ned på sidene med medikamentbehandling, eksempelvis meta-analysene av 3 kolinesterasehemmere til fordel for ovenfornevnte? Eventuelt kan meta-analysene av 3 kolinesterasehemmere legges i et «vedlegg»?

#### **D.**

Det stilles også spørsmål knyttet til overlappingen av diagnosegruppen 1)Mild-moderat Alzheimer, 2)Moderat-alvorlig Alzheimer, hvor "moderat" inngår i begge diagnosegrupper og synliggjør et kontinuum. Det stilles spørsmål ved dette spesifikt i forhold til bruk av Memantin, som gir mindre bivirkninger og tolereres bedre enn kolinesterasehemmere, (dette fremheves også på side 111), men på side 108 kan man få inntrykk av at Memantin ved "Moderat demens" ikke har noen effekt.

Videre har vi fått innspill om at pasienter i sykehjem med alvorlig demens fratras både kolinesterasehemmere og Memantin, med påfølgende fall i både ADL funksjoner, kognisjon og de stemningsbevarende effektene. En litteraturgjennomgang av disse medisinene, brukt ved alvorlig grad av demens er belyst på sidene 116-126, men samtidig savnes artikler som viser seponeringseffekten av Memantin / kolinesterasehemmere ved alvorlig grad av Alzheimer demens.