

Hva skjer på demensområdet ?

Anne Rita Øksengård
Forskningsleder, Dr. med
anok@nasjonalforeningen.no

Likepersonsamlingen 16.11 2018



Frivillig organisasjon som arbeider for å bekjempe hjerte- og karsykdommer og demens. Interesseorganisasjon for personer med demens og deres pårørende.

Innhold

- Norge får sitt første forskningscenter for klinisk behandling som skal forske på behandling av alvorlige sykdommer på sentralnervesystemet, slik som MS, ALS, Parkinson og demens
- Demensvennlige sykehus
- NorKog - Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten
- HUNT 4 70 +
- Primærmedisinsk uke
- Demensforskningsprogrammet – medvirkning i søknadsprosessen
- Spørrerunde

Revidert nasjonalbudsjett:

15 millioner kroner til forskning på ALS, MS og demens

Pressemelding | Dato: 11.05.2017
| Nr: 27/2017

Regjeringen vil gi et bedre tilbud til pasienter med hjernesykdommer. I revidert nasjonalbudsjett foreslås det 15 millioner kroner til en ny senterordning for fremragende klinisk helseforskning. Forskning på sykdommer som ALS, MS og demens skal prioriteres.

– Hjernesykdommer rammer én av tre mennesker i løpet av livet. Regjeringen er svært opptatt av mer forskning slik at vi tidlig kan behandle pasientene, sier statsminister Erna Solberg.

Mer kunnskap

For noen sykdomsgrupper – som ALS (amyotrofisk lateral sklerose), MS (multippel sklerose), Alzheimer (demens) – mangler vi kunnskap både om årsaker og hvordan vi best skal behandle pasientene.

Helse- og omsorgsdepartementet

TEMA

[Statsbudsjettet](#) [Sykehus](#)

RELATERT

[Departementenes budsjettside](#)

KONTAKT

[Kommunikasjonsenheten \(KE\)](#)
E-post: info@hod.dep.no
Telefon: 948 49 749 (ikke send sms)
Adresse: Postboks 8011 Dep, 0030 Oslo

Forskningscenter for klinisk behandling - FKB Neuro-SysMed, Bergen

- Neuro-SysMed, vil få 20 millioner i året inntil åtte år.
- Skal forske på behandling av alvorlige sykdommer på sentralnervesystemet, slik som MS, ALS, Parkinson og demens.
- Senteret vil drive med utprøving av ny behandling.
- Målsettingen er at ny behandling skal bli tilgjengelig for pasienter i hele Norge og tilgang til deltakelse i studiene skal være lik landet over.
- Det vil bli stor vekt på brukermedvirkning både i planleggingen og i gjennomføringen av studiene i samarbeid med brukerorganisasjonene.
- Pasientene skal være med på å definere hva som er viktig for dem i studiene.



Senter for alders- og sykehjemsmedisin

- Forskning
- Publikasjoner
- Undervisning
- Universitetsnettverk
- Om SEFAS

UIB > MED > IGS > Senter for alders- og sykehjemsmedisin > Forskning > LIVE@Home.Path

FORSKNING

LIVE@Home.Path

En innovativ og tverrfaglig studie med fokus på å bedre omsorgen for hjemmeboende med demens.



Innovativ og tverrfaglig studie med fokus på å bedre omsorgen for hjemmeboende med demens

- Målet med prosjektet er å utvikle, teste og implementere en kompleks intervensjon som skal resultere i et klinisk forløp som skal støtte nydiagnostiserte hjemmeboende personar med demens og deres pårørende.
- Målet med intervensjonen er å redusere byrden til de pårørende og forbedre livskvalitet til pasientene.
- Et mål er å bo lengre og sikrere i egne hjem.
- Intervensjonen skal også testest ut frå et helse- og samfunnsøkonomisk perspektiv, der målet er å nyttiggjøre de tilgjengelige ressursene på en bedre måte.

«Hva er viktig for DEG?»

- Med utgangspunkt i spørsmålet «Hva er viktig for DEG?» tilbys undervisning, kombinert med støtte fra frivillige og bruk av teknologiske løsninger. Samtidig styrkes tverrfaglig samarbeid gjennom undervisning og støtte for fastleger og hjemmesykepleie.
- Som en del av prosjektet gjennomføres en rekke studier for å øke kunnskapen om problemstillinger knyttet til hjemmeboende personer med demens.
- Gjennom kvalitative intervjuer ønsker vi å få vite mer om hva denne gruppen tenker om sin egen situasjon, om det å motta hjelp og hva som er viktig for dem i hverdagen – nå og i tiden fremover.



Målsetting med medvirkning i forskning

- Demokratisering av forskning; de som forskningen angår bør kunne medvirke.
- Kan bidra til bredere prosesser og perspektiver.
- Kan bidra til økt relevans og bedre kvalitet.





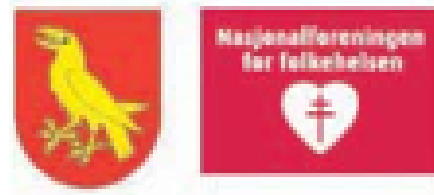
På vei mot demensvennlige sykehus i Norge

Erfaringer og eksempler fra det pågående arbeidet

Anne Rita Øksengård, Forskningsleder, Dr. med
anok@nasjonalforeningen.no



Et mer demensvennlig samfunn



- Samarbeidsavtaler med ca 90 kommuner om enkel opplæring for servicebedrifter
- Har som mål at personer med demens skal bli møtt med forståelse og hjelpsomhet

DEMENSPLAN 2020

Et mer demensvennlig samfunn



Helse- og omsorgsdepartementet





Demensvennlig Sykehus Initiativet i Norge





Erfaringer fra Demenslinjen og Erfaringspanelet

Er sykehusene demensvennlige?



Hvordan kan sykehus bli mer demensvennlige?

- Planlegge for mange flere eldre og personer med demens
- Legge til rette for best mulig opplevelse av behandlingen og forebygge forvirring
- Lytte til de mest berørte



Demensvennlige sykehus



Demensvennlig sykehus

«Begrenser betydning av begrensningene»

- **Kunnskap og åpenhet om demens**

- Opplæringsprogram om demens for alle ansatte, kurs oppdatert informasjon til pasient/pårørende.
- **MÅL: Alle helsearbeidere og øvrige ansatte skal kunne gjenkjenne en personer med kognitive svikt/demens/delirium**

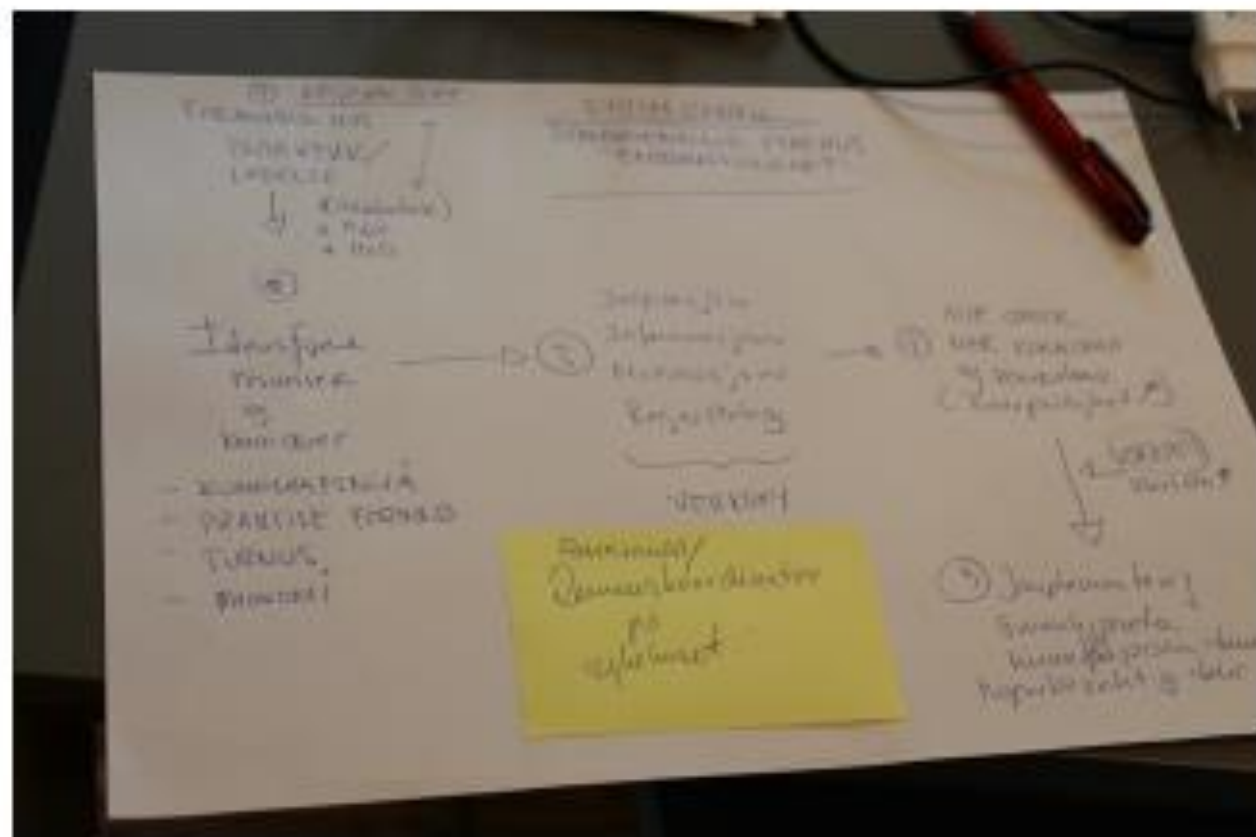
- **Sykehusets organisering**

- Mottak av pasienter på sykehuset/ mellom avdelinger og i samhandling med primærhelsetjenesten(«pathway for dementia»).
- Skille mellom akuttinnleggelse, planlagt sykehusinnleggelse og poliklinikk.
- «Idiotsikre» rutiner for at behandlingsregimer overholdes, at legemidler tas korrekt og at utskriving fra sykehus er trygt.

- **Fysiske omgivelser**

- Universell utforming, veifinning, skiltbruk, informasjon, tilgjengelighet, farge, kontraster, forutsigbarhet, teknologiske løsninger.
- Tilstedeværelse av hjelpsomme mennesker som oppholder seg i sykehusmiljøet uavhengig av om det er helsepersonell eller andre typer ansatte/frivillige.

Hovednøkkel: Forankring hos ledelsen





Utviklingsplan
Haraldsplass
Diakonale Sykehus
2018-2035

SEPTEMBER 2018

DIAKONHJEMMETS SYKEHUS

Et demensvennlig sykehus
Et pilotprosjekt



DEMENTIA FRIENDLY HOSPITALS

Supported care for patients with cognitive impairment





Oslo universitetssykehus HF

I dag, i morgen og i framtiden

Utviklingsplan 2035
April 2018

Lik helsetjeneste til alle er en menneskerettighet - Geriatri er en egen spesialitet. Ved å øke faste stillinger til spesialister i geriatri vil kompetansen kunne ivaretas bedre. Implementere geriatriisk kompetanse i alle deler av pasientforløpet der det er nødvendig fra akuttmottak til utskrivning. I tillegg vil mange flere personer med kreft ha kognitiv svikt og demens og økt kompetanse på sammensatte medisinske utfordringer vil være helt nødvendig.

Kvalifiserte ekspertise med ferdigheter til å ivareta eldre med sammensatte medisinske helseutfordringer må styrkes i hele helsetjenesten og for å oppnå OUS egne definerte mål om å skape pasientens helsetjeneste gjennom riktig kompetanse, nye arbeidsformer og riktige bygg og utstyr. Modellen om alders- og demensvennlige sykehus der kunnskap hos alt personale må styrkes for å skape gode og sømløse pasientforløp der organisering av sykehuset tar utgangspunkt i pasientens behov er et godt utgangspunkt for å realisere dette. Personer med demens i tidlig fase og deres pårørende må inkluderes i OUS' Brukerutvalg for å se på muligheten for nye måter å organisere sykehuset på.

Modellen om å ivareta det svakeste ledd må imøtekommes; «Det som fungerer for personer med demens vil fungere for alle».





Til intern bruk for
Nasjonalforeningen for
folkehelsens lokallag

En **ARBEIDSBOK** i universell utforming

- å ha demens i det offentlige rom

Anbefalinger for å skape demensvennlige omgivelser



Pasientgruppe som omfattes av NorKog registeret

- NorKog er et sykehusbasert register som inkluderer pasienter som henvises spesialisthelsetjenesten for utredning av kognitive symptomer og mistanke om demens.

Inklusjonskriterier:

- Pasienter med subjektive hukommelsesproblemer, mild kognitiv svikt eller demens, som utredes ved poliklinikker i spesialisthelsetjenesten
- Pasienter med samtykkekompetanse og deres pårørende

NorKog

Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten - 2008-2018

- 10 års drift
- 5 år som nasjonalt kvalitetsregister- nye muligheter- nye utfordringer
- Stort engasjement- mye diskusjon- mange meninger
- 37 poliklinikker som deltar
- Årlig registerseminar



Hva forventes av et KVALITETS og forskningsregister

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal bidra til en bedre helsetjeneste for befolkningen

Et medisinsk kvalitetsregister:

- Samler strukturert informasjon fra hele behandlingsforløp for pasienter innenfor definerte sykdomsgrupper
- Informasjon om utredning, behandling, oppfølging og resultat av behandlingen gir oss kunnskap om uberettiget variasjon i helsetilbudet og kvalitet i helsetjenesten

Hovedformålet med de medisinske kvalitetsregistrene er:

- Å bidra til bedre kvalitet på behandlingen pasienten får
- Redusere uberettiget variasjon i helsetilbud og behandlingskvalitet

August 2018

10.025

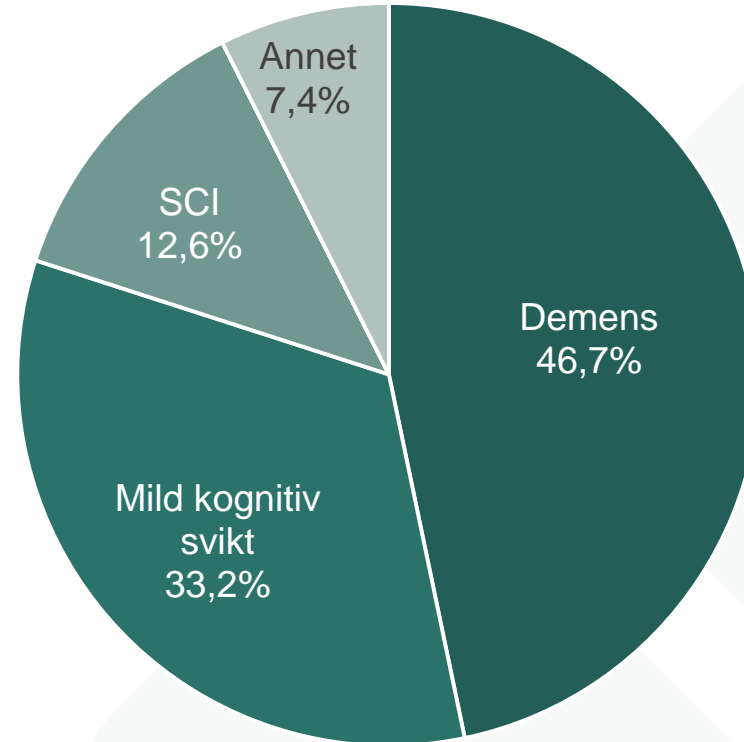
pasienter inkludert



Region	Poliklinikk
Helse Nord	UNN, geriatrisk poliklinikk
	NKS- Kløveråsen, Bodø, hukommelsesklinikk
	Finnmarkssykehuset Hammerfest, geriatrisk poliklinikk
	Mo i Rana, geriatrisk poliklinikk
Helse Midt	St Olavs Hospital, geriatrisk poliklinikk
	St.Olavs Hospital, alderspsykiatrisk poliklinikk
	Sykehuset Levanger, alderspsykiatri/hukommelsesklinikk
	Sykehuset Levanger, geriatrisk poliklinikk
Helse Vest	Sykehuset Namsos, geriatrisk poliklinikk
	Haraldsplass Diagonale Sykehus, geriatrisk poliklinikk
	Haugesund sjukehus, alderspsykiatrisk poliklinikk
	Stavanger universitetssykehus, geriatrisk poliklinikk
	Stavanger universitetssykehus, alderspsykiatrisk poliklinikk
	Nordfjord sykehus, eldre medisinsk poliklinikk
	Haugesund sykehus, geriatrisk poliklinikk
	NKS, Olaviken, alderspsykiatri/hukommelsesklinikk
Haukeland sykehus, alderspsykiatrisk poliklinikk	
Helse Sør Øst	Oslo universitetssykehus HF Aker, geriatrisk poliklinikk
	Bærum sykehus, geriatri/hukommelsesklinikk
	Sykehuset i Vestfold, alderspsykiatri/ hukommelsesklinikk
	Lovisenberg Diagonale sykehus, geriatrisk poliklinikk
	Sykehuset Innlandet, alderspsykiatri/hukommelsesklinikk
	Sykehuset Telemark, alderspsykiatrisk poliklinikk,
	Oslo universitetssykehus, Ullevål, hukommelsesklinikk
	Diakonhjemmet sykehus, geriatrisk poliklinikk
	Akershus universitetssykehus HF, alderspsykiatrisk poliklinikk
	Sørlandet sykehus Arendal, geriatrisk poliklinikk
	Sykehuset i Østfold, geriatrisk poliklinikk
	Sykehuset i Vestfold, geriatrisk poliklinikk
	Drammen sykehus, geriatrisk poliklinikk
Kongsberg sykehus, geriatrisk poliklinikk	

NorKog 2009-2018

Antall inkluderte	8668
Alder (SD)	73,4 (10,3)
MMSE (SD)	23,6 (4,6)
Kjønn, kvinne %	53,1
Offentlig hjelp %	32,4



Kvalitetsindikatorer

-et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles

- Andel pasienter hvor funksjon i dagliglivet og endringer er kartlagt
- Andel pasienter hvor nevropsykiatriske symptomer er kartlagt
- Andel pasienter som kartlegges for depressive symptomer
- Andel pasienter hvor det er utført utvidet kognitiv testing
- Andel pasienter med demens hvor det er stilt en spesifikk etiologisk diagnose
- Andel som er undersøkt med røntgenbilder av hjernen ved computertomografi (CT) og magnetresonans (MR)
- Andel pasienter hvor helsekrav til førerkort er vurdert
- Andel pasienter med diagnosen demens eller MCI som er henvist til oppfølging i helsetjenesten etter utredning
- Utredningstid: fra oppstart utredning til informasjon om diagnose er gitt
- Andel pasienter som har besvart PROM-spørsmål
- Andel pasienter hvor en somatisk undersøkelse har blitt utført i fb med aktuelle utredning

AKTUELLE PROM-MÅL I NORKOG SAMMENLIGNET MED EQ-5D

Eksisterende kartleggingsverktøy i NorKog

Daglige gjøremål

PADL: Personnære aktiviteter i dagliglivet.

IADL: Instrumentelle aktiviteter i dagliglivet:

Velvære:

WHO-5 Well-Being Index

Opplevelse av nåværende tilstand, 2 spørsmål

Angst/ depresjon:

Montgomery and Åsberg depression Rating Scale

Cornell Skala for depresjon

Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q)

Hukommelse

Mini-Mental State Examination

Informant Questionnaire for Cognitive Decline (IQ-CODE)

Spørsmål i EQ-5D

Gange

Stell

Vanlige gjøremål

Smerter/ubehag

Angst/Depresjon

Stor overlapp mellom EQ-5D og eksisterende kartleggingsverktøy i NorKog.

I tillegg 2 spm om subjektiv opplevelse av egen tilstand samt et spm om velvære

Pasientrapporterte erfaringsmål -Brukeropplevd kvalitet

Prosess



- Samarbeid med fagavdelingen i Nasjonalforeningen for folkehelsen
- Kartlegge blant Nasjonalforeningens erfaringsrepresentanter hva som er viktig for dem:
 - Åpne spørsmål til innringere til **Demenslinjen**
 - **Likepersoner**
- Validere opp mot spørsmål i PASOPP - som også inkluderer undersøkelser innenfor pårørende og samarbeidspartnere
 - Teste ut i Nasjonalforeningen for folkehelsen sitt **Nasjonale Erfaringspanel**
- Pilot: Pasienter og pårørende ved 2 sykehus som inngår i NorKog
 - Aksept, brukbarhet, gyldighet, åpne tilbakemeldinger



På jorden et sted

Tro ikke frosten som senker en fred av sne i ditt hår. Alltid er det på jorden et sted tidlig vår.

Tro ikke mørket når lyset går ned i skumringens fang. Alltid er det på jorden et sted soloppgang.

Andre Bjerke

Kurs 15 - Demens – "alderdommens svøpe"



KURS 15

Kliniske emnekurs - 2 dagers kurs - DEMENS – "ALDERDOMMENS SVØPE" Radisson Blu Scandinavia Hotel

Antall personer med demenssykdommer vil doubles de nærmeste årene. De nye nasjonale faglige retningslinjene om demens og hvordan disse enkelt kan brukes i praksis er utgangspunkt for kurset med fokus på utredning og behandling under hele forløpet. Alle sider av demens fra tidlig symptomdebut til livets siste fase belyses, både med innlegg fra pasient, pårørende, fastleger og spesialister på feltet. Vi tar også opp kjente dilemmaer i allmennpraksis som kjøreferdigheter, vurdering av samtykkekompetanse og ikke minst drøftinger rundt legemiddelbruk. Kurset vil være en arena for dialog- sammen med dere- om hvordan helsetjenesten best kan samhandle for god demensomsorg.

MÅLGRUPPE	Leger og medarbeidere
KURSLEDER	Anne Rita Øksengård og Rebekka Setsaas
KURSTIMER	15
GODKJENT	Emnekurs/klinisk emnekurs i demenssykdommer til videre- og etterutdanningen i allmennmedisin. Tellende kurs i samfunnsmedisin. Det er søkt godkjent som valgfritt kurs i Kompetanseområdet i alders- og sykehjemsmedisin. Helsesekretærforbundets «Kliniske fagstige» og «Kompetansebevis»

Torsdag 25. oktober

08.00-08.25	Ole Paus
08.30-09.15	Nasjonal faglig retningslinje om demens – og hva så? Svein Lie
09.15-10.00	Demenssykdom kan også ramme unge, men de fleste med demens er gamle. Om demenstyper, utredning, forebygging, behandling med antidemenslegemidler og praktisk tilnærming til hva fastlegen kan bidra med. Knut Engedal
10.00-10.30	Pause
10.30-11.15	Den eldre pasienten hos fastlegen. Demensdiagnostikk i allmennpraksis – samhandling med spesialister i geriatri, alderspsykiatri og nevrologi. Knut Engedal
11.15-12.00	Hvordan den nasjonal faglige retningslinjen om demens kan brukes av fastlegen. Bakgrunn, oppbygging og praktiske eksempler. Jørgen Wagle og Hilde Heimli
12.00-13.00	Lunsj
13.10-14.10	Hovedforelesning og kultur
14.10-14.40	Pause
14.40-15.25	Demenslinjen – i snitt 15 henvendelser pr. dag som angår primærhelsetjenesten. Liv Anita Brekke
15.25-16.10	Når stafettspinnen glipper. Oppfølging av personer med demens. Peter Horndalsveen
16.10-16.30	Pause
16.30-17.15	Vår opplevelse av veien til en diagnose og tiden etter. Tips til deg som fastlege fra en som selv har demens. Knut Erik Olsen og Elisabeth C. Ljunggren
17.15-18.00	Demens i det offentlige rom. Erling Mørknes

Fredag 26. oktober

- 08.00-08.25 Ole Paus
- 08.30-09.15 Praktisk tilnærming til vurdering av samtykkekompetanse – utfordringer og mulige løsninger. Alexander Hamre Leet
- 09.15-10.00 Førerktvurdering ved kognitiv svikt og demens. Praktisk tilnærming til å vurdere bilkjøringsevne. Anne Brækhus
- 10.00-10.30 Pause
- 10.05-10.20 Pop up-konsert
- 10.30-11.00 Praktisk legemiddelbruk i sykehjem. Pernille Bruusgaard
- 11.00-11.40 Helhetlig tilnærming ved apati og utfordrende adferd. Praktiske tips til god behandling i sykehjem. Grenseoppgang 1.- 2.- linjetjenesten. Dagfinn Green
- 11.40-12.00 Legemiddeldebatt – dialog mellom deltakerne og panelt. Pernille Bruusgaard og Dagfinn Green
- 12.00-13.00 Lunsj
- 13.10-13.55 Pårørende kan være en viktig ressurs! Å leve med demens i familien. Samhandling mellom pårørende, fastlegen og kommunen. Bjørn Aage Østbye
- 13.55-14.40 Hvordan ivareta helheten for personer som går mot livets avslutning på sykehjem og hjemme. Bettina Husebø
- 14.40-14.50 Pause
- 15.00-15.35 Hva jeg har lært av å arbeide med demens som lege i primærhelsetjenesten. Innledning ved Lorentz Nitter til salongsamtale mellom salen, Rebecca Setsaas, Anne Rita Øksengård og Lorentz Nitter.

KURSLEDERE OG FORELESERE

- Anne Rita Øksengård, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Oslo
- Rebecca Setsaas, Fastlege Kolbu legesenter og kommuneoverlege østre Toten kommune, Kolbu
- Torfinn Kleive, Østerås legekantor, Østerås
- Alexander Hamre Leet, Fylkesmannen, Oslo
- Anne Brækhus, Oslo Universitetssykehus, Oslo
- Bettina Husebø, UIB, Bergen
- Bjørn Østbye, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Oslo
- Dagfinn Green, St. Olavs Hospital, Trondheim
- Elisabet Carine Ljunggren, Nord Universitetet, Bodø
- Hilde Heimli, Helsedirektoratet - Aldring og helse, Oslo
- Jørgen Wagle, Helsedirektoratet - Aldring og helse, Oslo
- Knut Engedal, Norwegian Advisory unit for Aging and Health, Oslo
- Knut Erik Olsen, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Oslo
- Liv Anita Brække, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Oslo
- Lorentz Nitter, Egen praksis, Moss
- Pernille Bruusgaard, Kirkens bymisjon, Oslo
- Peter Bekkhus-Wetterberg, OUS Ullevål, Tomter
- Peter Otto Horndalsveen, Stange Legesenter, Stange
- Svein Lis, Helsedirektoratet, Oslo

Kognitiv svikt og bilkjøringgjelder både eldre og yngre, men i hovedsak eldre pasienter

- Degenerative hjernesykdommer; AD, DLB, Frontallapp etc.
- Traumatisk hjerneskade
- Konsekvens (sekvele) av hjernebetennelser (encefalitter)
- Multippel sklerose (MS)
- Hjerneslag
- Mb Parkinson
- Hjernesvulster (primære/sekundære)
- mm

Veileder- Helsedirektoratet

Praktisk

Søkers kognitive funksjon: Apraksi, agnosi og neglekt er uforenlig med førerett.

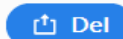
Legen må være særlig oppmerksom på søkerens:

- Rom-retningsans
- Psykomotorisk tempo
- Hukommelse
- Dømmekraft
- Evne til planlegging og eksekutiv funksjon
- Sykdomsinnsikt
- Økt tretthet
- Panikk/stressreaksjoner
- Impulskontroll
- Irritabilitet/aggressivitet
- Utagerende atferd
- Evne til å utføre kjente handlinger korrekt (apraksi)
- Evne til å tolke kjente sansestimuli korrekt (agnosi)
- Oppmerksomhet mot kontralaterale sansestimuli (neglekt)

Delt oppmerksomhet, tempo, sammensatte handlinger og kortidshukommelse blir normalt redusert med alderen:

Hva så du i bakspeilet når lastebilen kom fra venstre? Hvor skulle du kjøre da? Hva kjørte du nettopp forbi? En skole? Er det barn på veien som kan løpe over? Hva betyr det nye skiltet?





KJØREFERDIGHETER – KOMPARENTINTERVJU

Carsten Strobel, Anne Brækhus og Hans Johansen, 2012

- Innhent samtykke fra pasienten før en komparent med god kjennskap til pasientens aktuelle kjøring intervjues
- Notér kommentarer og utfyllende opplysninger under hvert spørsmål

Pasient: _____ Utfylt av: _____ Dato: _____

Komparent: _____ Relasjon til pasient: _____

Har du (komparent) førerkort? JA NEI Kjører du selv bil? JA NEI

Når observerte du sist hans/hennes kjøring? _____ Hvor ofte sitter du på? _____

?	= Vet ikke svar / komparent er i tvil	Skravert felt = Uten anmerkning	SVARKATEGORI: JA NEI ?		
1.	Har han/hun vansker med å kjøre eller finne frem* i nærområdet? (Hvis JA: Presiser for hva og om det alltid har vært slik)				
	* Kjører seg vill på kjente steder?				
2.	Har han/hun vansker med å kjøre eller finne frem* på ukjente steder? (Hvis JA: Presiser for hva og om det alltid har vært slik)				
	* Har han/hun vansker med å finne igjen bilen på parkeringsplass (f.eks. på kjøpesenter), i bygater eller parkeringshus?				
3.	Har han/hun forårsaket eller bidratt til nesten-ulykker* eller ulykker? (Hvis JA: Når og type ulykke/trafikkuhell?)				
	* Har andre bilisters snarrådighet forhindret trafikkfarlige situasjoner eller ulykker?				
4.	Har han/hun forårsaket skader på bil* den siste tiden som bulker eller skrammer? (Hvis JA: Presiser for hva)				
	* I hvilken situasjon oppsto skaden og hva mener komparenten kan være årsaken til at skaden skjedde?				
5.	Har han/hun fått bøter eller forelegg for brudd på trafikkreglene* den senere tid? (Hvis JA: Når og for hva?)				
	* Fartsbøter, kjørt på rødt lys, brudd på vikeplikt, kjørt under påvirkning av medisiner eller rusmidler etc.				
6.	Får han/hun negative tilbakemeldinger* fra andre trafikanter? (Hvis JA: For hva og skjer dette oftere nå enn før?)				
	* Tuting, gestikulering som uttrykker irritasjon og sinne m.m. Har komparent mottatt bekymringsmeldinger fra andre om hans/hennes kjøring?				
7.	Har han/hun blitt mer utålmodig, pågående eller hissig som sjåfør**? (Hvis JA: Presiser for hva og om det alltid har vært slik)				
	* Kjører mye over fartsgrensen, venter ikke på grønt lys, blir hissig når andre kjører sakte/ikke vil vike/kommer i veien, kjører for tett til bil foran?				

<http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?itemID=1701>

Legemiddelbehandling

- Alltid som del av en helhetlig behandlingstilnærming
- Individuell behandlingsplan
- Hva er forventede effekter og bivirkninger
- Grad og varighet av bivirkninger er individuelt ulikt og vil kunne tolereres og oppleves forskjellig
- Hensyn til pasientens verdier og preferanser
- Husk legemiddelgjennomganger !



Når skal man ta i bruk et legemiddel med potensielt beroligende effekt?

- Er det alltid klokt å bruke beroligende medisiner når det oppstår atferdsmessige utfordringer?
 - Er personen utredet godt nok?
 - Har man tatt hensyn til alle de tingene som var med på listen av utløsende og forebyggende faktorer?
- Dette krever korrekt utredning og demensdiagnose og individuell kompetent oppfølging
- Kartlegge bakenforliggende årsaker til symptomer? Smerter? Angst/depresjon? Somatisk sykdom? Bivirkninger av legemidler? Etc.....
- **Grunnleggende prinsipp: Miljømessige og psykososiale tiltak skal være forsøkt først**
- Unntak: Krisesituasjoner

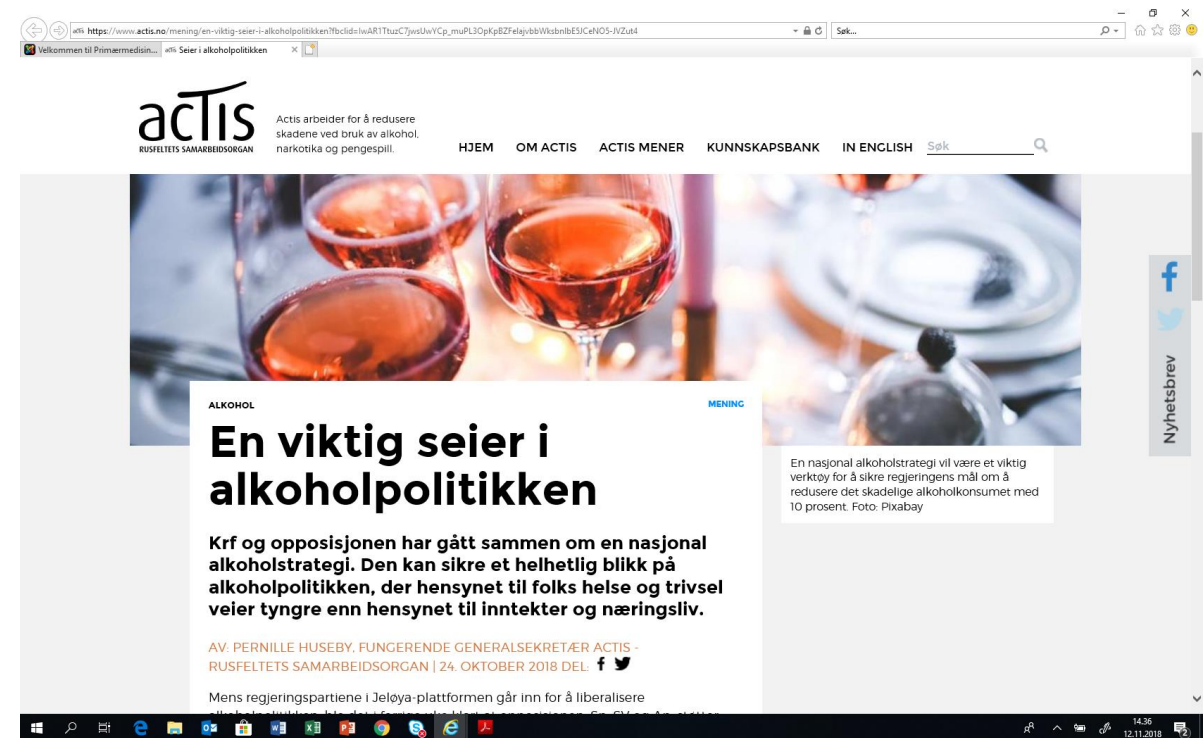
- Helhetlig avklaring, eventuelt korrigerende av tileggsårsaker, må alltid gjøres før behandling med legemidler iverksettes.

KONKLUSJON:

LEGEMIDLER HAR FORTSATT EN Plass I BEHANDLING AV PERSONER MED DEMENS, MEN ALLTID SOM DEL AV EN HELTHETLIG BEHANDLINGSTILNÆRMING!!

Nasjonal alkoholstrategi – ny forskning på sammenheng mellom alkohol og demens

- Krf har fremmet forslag i Stortinget, og like etter påske var vi på høring. Nå er det flertall for forslaget.
- Saken avgis i helsekomiteen 8.11, og drøftes i Stortinget 21.11.



The screenshot shows the Actis website with a news article titled "En viktig seier i alkoholpolitikken". The article discusses a national alcohol strategy proposed by the Krf and opposition parties, aimed at reducing alcohol consumption by 10% to improve public health. The website header includes the Actis logo and navigation links. A sidebar on the right contains social media icons and a "Nyhetsbrev" (newsletter) sign-up button.

actis
RUSFELTETS SAMARBEIDSGRAN

Actis arbeider for å redusere skadene ved bruk av alkohol, narkotika og pengespill.

HJEM OM ACTIS ACTIS MENER KUNNSKAPSBANK IN ENGLISH

ALKOHOL MENING

En viktig seier i alkoholpolitikken

Krf og opposisjonen har gått sammen om en nasjonal alkoholstrategi. Den kan sikre et helhetlig blick på alkoholpolitikken, der hensynet til folks helse og trivsel veier tyngre enn hensynet til inntekter og næringsliv.

AV: PERNILLE HUSEBY, FUNGERENDE GENERALSEKRETÆR ACTIS - RUSFELTETS SAMARBEIDSGRAN | 24. OKTOBER 2018 DEL: [f](#) [t](#)

Mens regjeringspartiene i Jeløya-plattformen går inn for å liberalisere

En nasjonal alkoholstrategi vil være et viktig verktøy for å sikre regjeringens mål om å redusere det skadelige alkoholkonsumet med 10 prosent. Foto: Pixabay

Nyhetsbrev

Viten

Høyt alkoholforbruk øker risikoen for demens

Alkohol er en viktig risikofaktor i utviklingen av alle typer demens, særlig tidlig demens. Det viser stor fransk studie.



Frid Kvalpskarmo Hansen
Journalist

Publisert 23. feb. kl. 00:45
Oppdatert 23. feb. kl. 12:22

Det franske studien er det største av sitt slag, og er publisert i det prestisjetunge tidsskriftet The Lancet Public Health.
FOTO: COLOURBOX.COM / COLOURBOX.COM



Det er gjort mange studier på demens og alkohol, de fleste av disse har fokusert på hvordan moderat alkoholkonsum kan redusere sjansen for å få demens.



WHAT IS ALREADY KNOWN ON THIS TOPIC

Moderate alcohol consumption is thought to be associated with a lower risk of dementia; the association of alcohol with cognitive outcomes appears to be J-shaped or U-shaped, with harmful effects of both abstinence and excessive alcohol consumption

The evidence is far from robust, however, as excessive alcohol consumption is not included in current guidelines to prevent or delay dementia onset

Inconsistency in findings stems from the fact that most studies assess alcohol consumption in late life, which may not reflect lifetime consumption, and selection bias is likely to affect these findings as studies used face-to-face assessment of cognitive status

WHAT THIS STUDY ADDS

The results show a greater risk of dementia in those who abstain from alcohol or consume >14 units/week, with risk increasing in a linear fashion at higher levels of consumption

Data on hospital admission for chronic disease caused by high alcohol consumption showed a fourfold higher risk of dementia in these people

The study also found support for a mediating role of cardiometabolic disease; some of the excess risk of dementia in abstainers was explained by greater risk of cardiometabolic disease in this group

to promote cognitive health at older ages.

Introduction

Excessive alcohol consumption is a leading risk factor for several chronic diseases and mortality.^{1 2} With continuously increasing life expectancy and the expected tripling of dementia prevalence by 2050,³ understanding the impact of alcohol consumption on aging outcomes is important.⁴ Moderate alcohol consumption has been suggested to lower the risk of dementia, and the association of alcohol consumption with cognitive outcomes is thought to be J-shaped or U-shaped.⁵⁻⁷ However, several issues remain unresolved that might explain why alcohol consumption is not listed in the most recent guideline on modifiable risk factors for the prevention of dementia.⁸ Firstly, as most studies rely on face-to-face assessment for dementia diagnosis, people who drop out of the study or die during follow-up are not included in the analyses, resulting in potential bias due to selection in results.^{9 10} This is particularly likely in relation to excessive alcohol consumption, which is known to be associated with greater mortality and drop-out rates.⁹ Secondly, most studies on aging

HUNT4 70+

- I HUNT4 70+ blir alle personer som er 70 år eller eldre i tidligere Nord-Trøndelag og et utvalg jevnaldrende fra Trondheim kommune undersøkt ansikt-til-ansikt
- Veletablerte kartleggingsmetoder
 - Fysisk funksjon (som gripestyrke, balanse og ganghastighet)
 - Kognisjon og demens
 - Psykisk helse
 - Ernæring, munnhelse
 - Dagliglivets funksjoner
 - Opplevd livskvalitet
- Denne gruppen av 10 000 eldre gir en unik mulighet til å samle kunnskap om forekomst av demens og hvordan utfordringer ved en aldrende befolkning utvikler seg over tid.



Vil du bli med på TRONDHEIM 70+?

Sammen for ei friskere framtid!



TRONDHEIM



Nå vil HUNT sjekke de eldre i Trondheim

For første gang vil HUNT samle helsedata utenfor det som var Nord-Trøndelag. Alle som har fylt 70 år i Ostbyen i Trondheim blir nå invitert.

i Trondheim Helseforskning

Det betyr at 4000 eldre snart får besvare spørsmål om sin helse og livsforhold på et tidspunkt.

- I dag ser vi at en helsetilstand som er dårligere eller som er mer alvorlig enn tidligere. Men vi ser for mer om helsetilstanden til den generelle befolkningen. Denne undersøkelsen vil gi oss et bilde på helsetilstanden til alle, sier Pernille Thing med ansvar for eldregruppen 70+ i HUNT i Nord-Trøndelag. Et av de viktigste spørsmålene de ønsker å se nær på, er hvor mange som leverer god helse i alderdommen.

Fellesskap

HUNT har i mer enn 30 år samlet helsedata på nordtrøndelags, og dette har gjort HUNT til en av verdens største samlinger av helsedata. Nå åpner de opp for Trondheim, i tillegg til de andre byene i Trondheim-regionen.

Nye tjenester og et bedre samarbeid med andre aktører i Trondheim.

- Dette blir vi med på, og vi vil samarbeide med andre aktører i Trondheim, sier Lene Skjott.

- Jeg synes det er interessant å få vite resultatene av en slik undersøkelse. For egen del, i tillegg er det viktig å bidra til å skaffe fakta slik at det kan brukes på de eldre, sier Norvik. Men hva for hva? Det er viktig å vite, sier Skjott.

- Det er viktig å vite om helsetilstanden til alle som er 70 år eller eldre i Trondheim, og dette er et viktig spørsmål. Det vil innebære at 1300 deltar i å samle data, sier Skjott.

- Nord-Trøndelag har helse- og helsedata som er tilgjengelig i HUNT, og vi har samlet på 30 prosent mer på i Trondheim. Det vil innebære at 1300 deltar i å samle data, sier Skjott.

- Nord-Trøndelag har vært i HUNT i mange år, og dette er et viktig spørsmål. Det vil innebære at 1300 deltar i å samle data, sier Skjott.

eller i Ostbyen som en god start.

- Skjottene har en stor ansvar for å samle data, og dette er et viktig spørsmål. Det vil innebære at 1300 deltar i å samle data, sier Skjott.

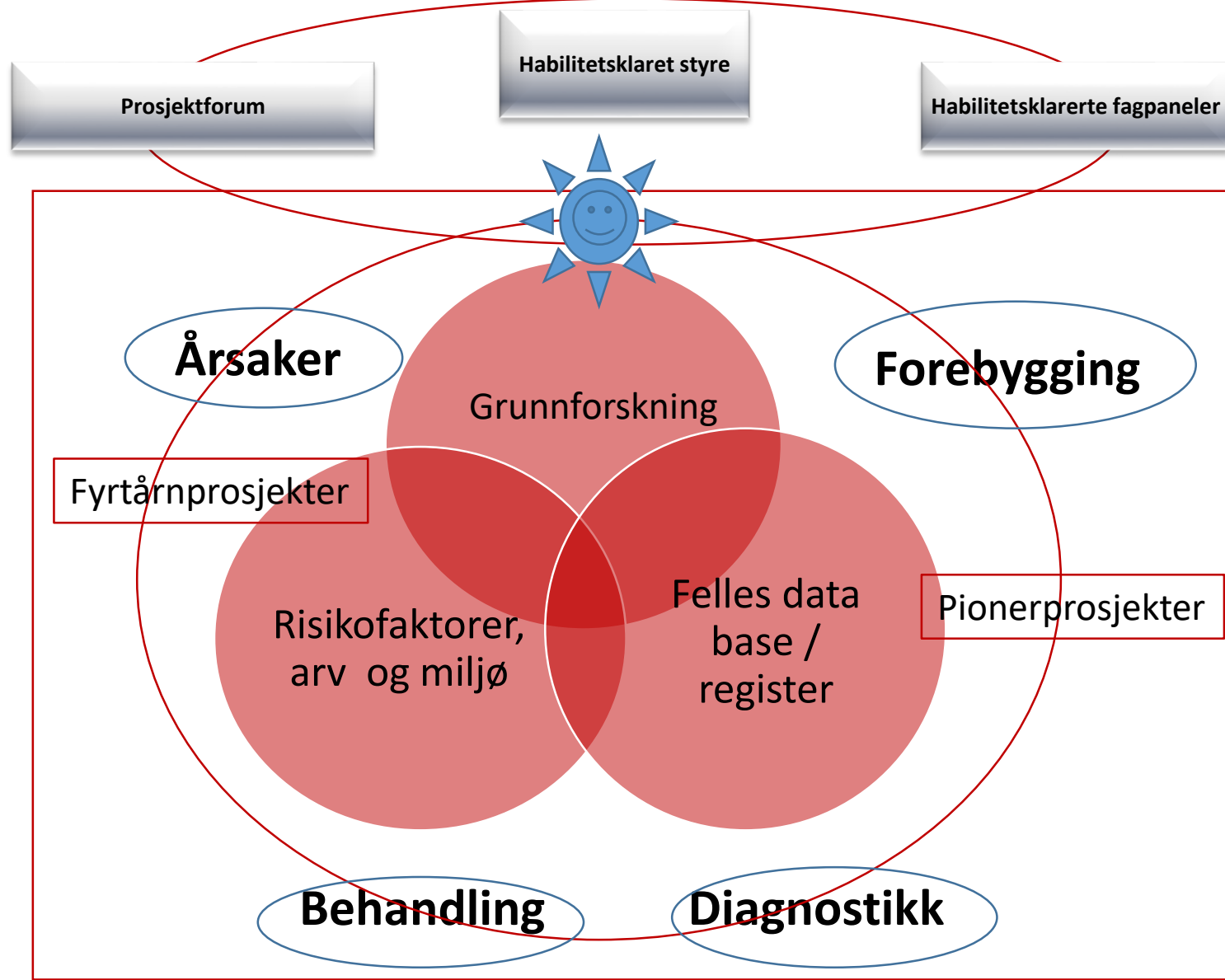
- Det er viktig å vite om helsetilstanden til alle som er 70 år eller eldre i Trondheim, og dette er et viktig spørsmål. Det vil innebære at 1300 deltar i å samle data, sier Skjott.

- Nord-Trøndelag har vært i HUNT i mange år, og dette er et viktig spørsmål. Det vil innebære at 1300 deltar i å samle data, sier Skjott.

Felleskap

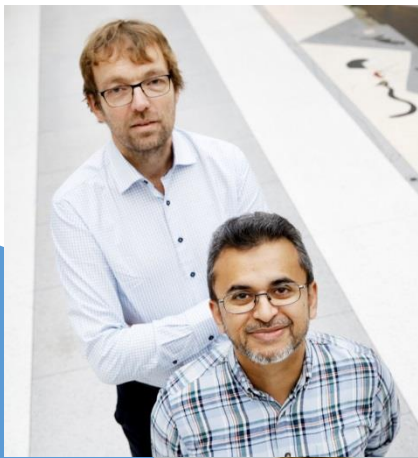
Nasjonalforeningens demensnettverk

Samarbeid



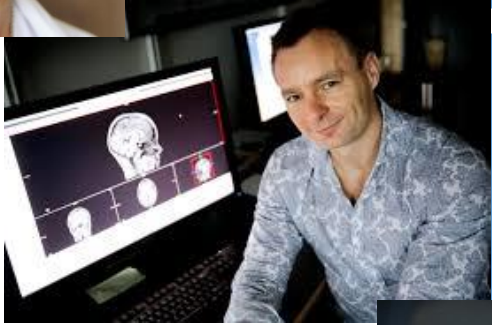
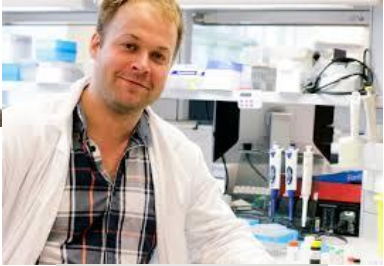
Verdibasert

Brukerperspektiv



Forebygging

Årsaker



Diagnostikk

Behandling



Project Library

REASEARCH FUNDED BY THE NORWEGIAN HEALTH ASSOCIATION

- Granted projects in dementia research category
- Granted projects in heart research category

Project-/Application title	Name of applicant	Responsible for application	Projecttype	Grant year
Unravelling the causes and underlying mechanisms of neuropsychiatric symptoms in people with dementi	Dag Aarsland	Dag Aarsland	Call for runnings costs and/or networking activites 2018	2018
Exploring the Trem2 receptor in Alzheimer's disease for diagnostics and therapeutic purposes	Lars Nilsson	Lars Nilsson	Call for runnings costs and/or networking activites 2018	2018
Trajectories in Real Life and Risk Factors of Dementia	Geir Selbæk	Geir Selbæk	Demens	2017
The road to dementia □ A follow up study of the Hordaland Health Study	Jan Erik Nordrehaug	Jan Erik Nordrehaug	Demens	2017
Can toxic oligomeric Abeta42 in CSF predict conversion of MCI to Alzheimer's disease?	Linda White	Linda White	Call for runnings costs and/or networking activites 2018	2018
New biomarkers for early detection of AD: Epigenetic mechanisms and the role of sleep	Anders Martin Fjell	Anders Martin Fjell	Demens	2017

Opplæring medvirkere som skal vurdere forskningssøknader

Nasjonalforeningen for folkehelsen



Rolle og oppgave

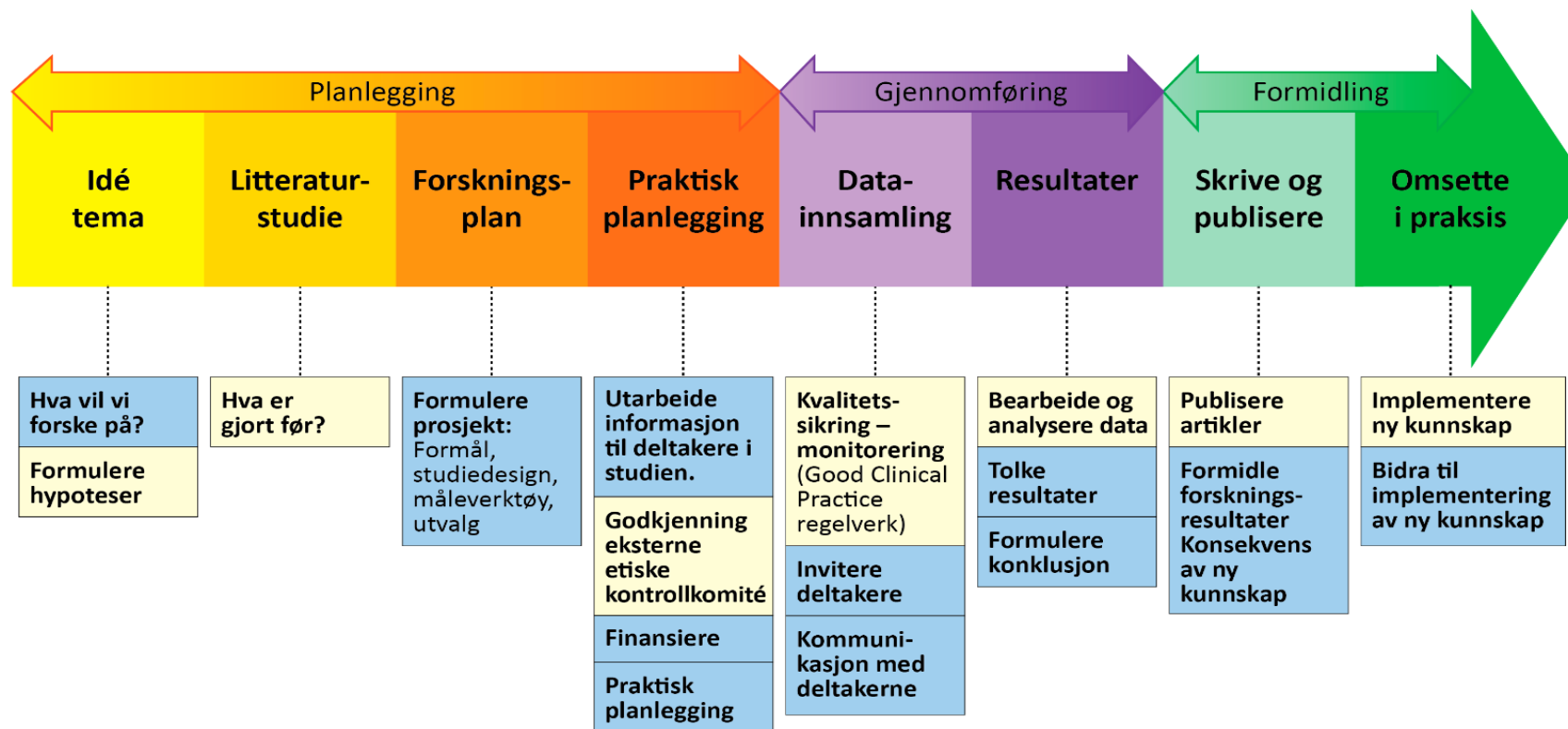
- vurdere et strukturert sammendrag ut fra **din personlige erfaring** med demens
- du er **talsperson for en større målgruppe** - hva er viktig for denne gruppen når det kommer til verdier, behov etc.?
- forsøke å se «det store bildet»- også utover deg selv og din egen livssituasjon

Hva skal dere vurdere?



1. Prosjektets potensiell nytteverdi
2. Brukermedvirkning
3. Språk/kommunikasjon/formidling

Hva mener vi med brukermedvirkning?

Brukermedvirkning i forskning

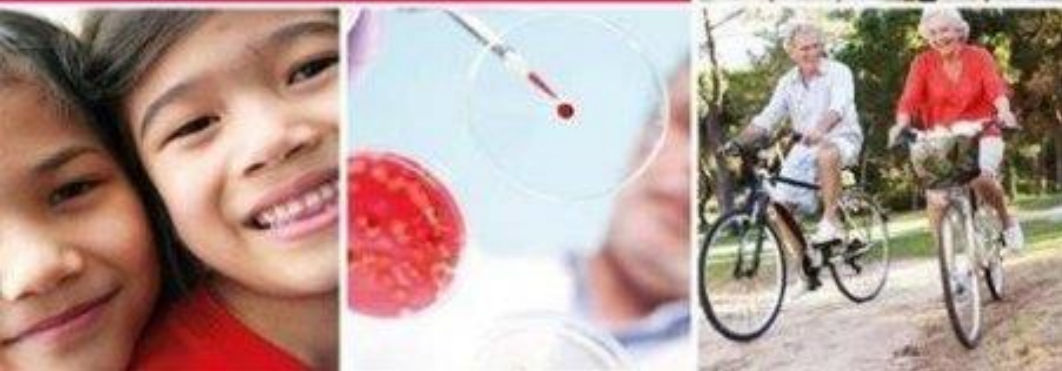


Forskningspila for brukermedvirkning er ment som hjelpemiddel i planlegging og gjennomføring av brukermedvirkning i forskning. Utarbeidet av EUPATI og bearbeidet til norsk av FORMI, OUS.

 Høyt krav til medisinsk/forskerkompetanse  Godt egnet til brukermedvirkning



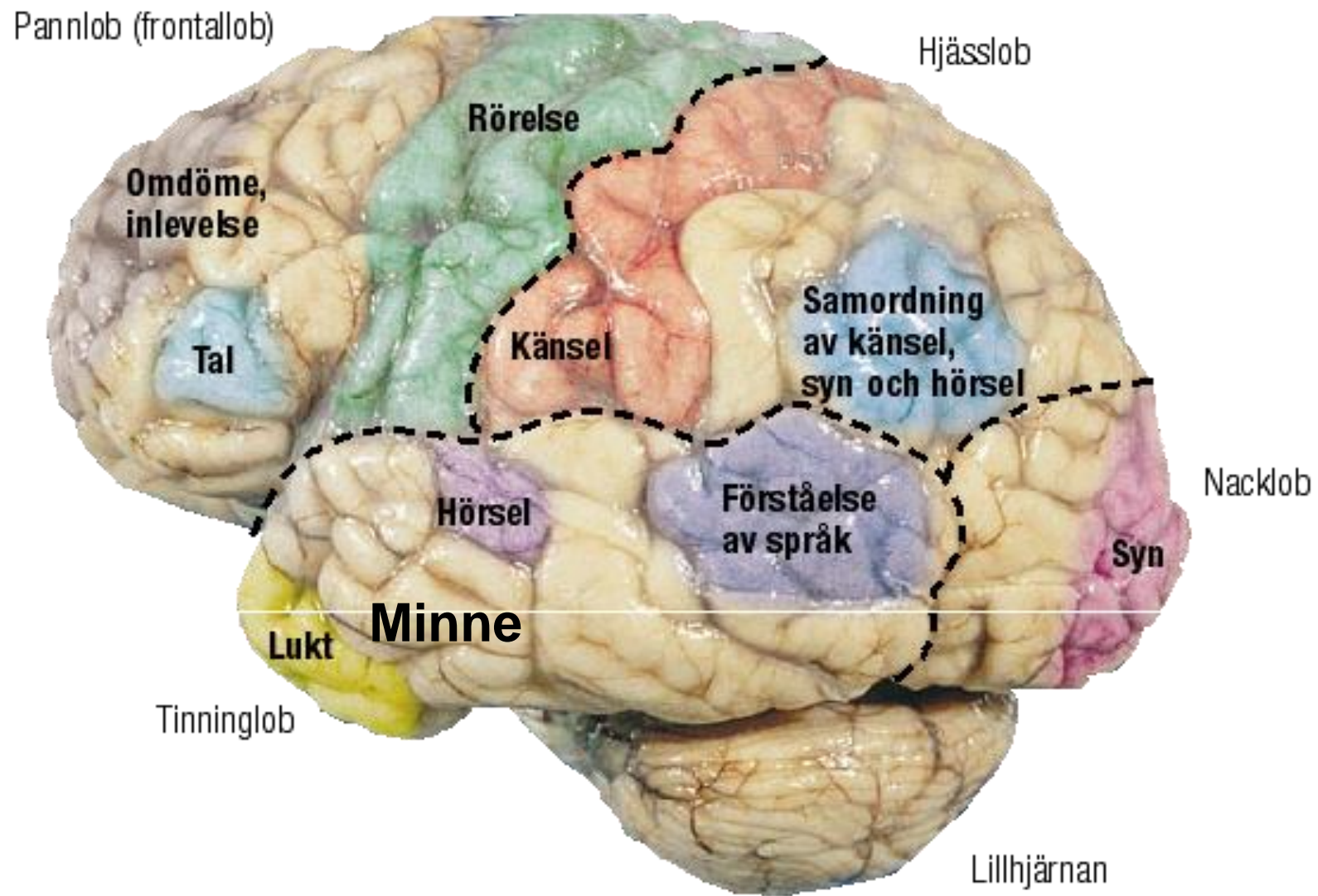
**GOD HELSE
HELE LIVET!**
Aktivitet, omsorg og forskning som gir resultater



«Forskning – en grunnpilar for god folkehelse»

Spørretime

- 1. Hvorfor blir forskjellige deler av hjernen skadd?
 - Hva styrer at ulike deler av hjernen blir skadd?



Alzheimers sykdom i et historisk perspektiv

