

# GERIATRISK SYKEPLEIE

Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens

2009, ÅRGANG 1, NUMMER 1



T E M A :

Depresjon hos gamle mennesker



NSFs FAGGRUPPE FOR  
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

# RETNINGSLINJER FOR PUBLISERING I GERIATRISK SYKEPLEIE

Geriatrisk Sykepleie er et tidsskrift for medlemmer i Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for Geriatri og Demens. Tidsskriftet formidler forskning og fagutvikling innenfor sykepleie, behandling og omsorg for gamle mennesker og mennesker med demens. I tillegg formidler Geriatrisk Sykepleie informasjon til medlemmer fra faggruppens styre og lokalgruppeledere. Både medlemmer og andre kan sende inn fagartikler til Geriatrisk Sykepleie. Fagartikler sendes til redaksjonen.

## Følgende retningslinjer gjelder for fagartikler som søkes publisert:

- Et innlegg eller artikkel i Geriatrisk Sykepleie er på maksimalt 15000 tegn eksklusive mellomrom, så det er viktig å skrive konsentrert og så kort som mulig.
- I fagartiklene skal referanser dokumenteres med henvisninger som

nummereres i teksten. Referanselisten skal angis med Vancouvermodellen som referansestil.

- Antall referanser skal normalt ikke overstige 50 med mindre annet er avtalt.
- Bilder, grafer, figurer med mer, sendes som separat fil, og skal ikke settes inn i teksten fra forfatterens side.
- Redaksjonen forbeholder seg retten til å redigere og forkorte innsendt materiell/manuskripter.
- Forfattere av artiklene i Geriatrisk Sykepleie står ansvarlig for det faglige innholdet i den enkelte artikkel.
- Innlegg sendes som vedlegg til e-post til redaktøren: karen@nsfgeriatridemens.no.

# ABONNER PÅ GERIATRISK SYKEPLEIE

Fagartikler med selvvalgt tema kan sendes til redaksjonen når som helst. Vi vil også aktivt motivere medlemmer til å skrive artikler for tidsskriftet innen de planlagte tema som angitt nedenfor. Utgivelsesplanen er:

UTGIVELSE:	MATERIELLFRISTER:	DISTRIBUSJON:	TEMA:
GS1	15. februar	1. april	Depresjoner
GS2	15. juni	1. august	Smerte
GS3	1. oktober	1. desember	Ernæring

Alle medlemmer vil få tilsendt bladet som en del av sin medlemskontingent. Bedrifter, helseinstitusjoner, høyskoler, universiteter samt enkeltpersoner kan tegne abonnement for kr 200 det første året. For å tegne et abonnement på Geriatrisk Sykepleie, fyll ut og returner skjemaet til redaktøren.

Navn på abonnenten: .....

Adresse: .....

Postnummer: ..... Sted: .....

Jeg tegner herved abonnement på Geriatrisk Sykepleie - Tidsskriftet for NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens for året 2009 til kr 200 for tre utgivelser av bladet:

Sign.: .....

# GERIATRISK SYKEPLEIE

Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens

Tidsskriftet utgis av Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens.

## Redaktør

Karen Bjørø, PhD  
Arnulf Øverlands vei 266  
0763 Oslo  
Tlf. 22142168; Mobil: 48104697  
e-post: karen@nsfgeriatridemens.no

## Faglige medarbeidere

Siri Meyer, MSc, høskolelektor  
Hytteveien 6, 3477 Båstø  
Tlf. 31288922; Mobil: 91803883  
e-post: siri.meyer@hibu.no

Nina Aarhus Smebye, PhD  
Oslo Universitetssykehus, Ullevål  
e-post: nism@uus.no

## Abonnement

Tidsskriftet distribueres gratis til medlemmene av NSF FGD. Andre abonnenter i Norge: kr 200,-  
Abonnenter i andre nordiske land: kr 250,-.  
Bestilling av abonnement:  
karen@nsfgeriatridemens.no

## Annonser

Karen Bjørø  
karen@nsfgeriatridemens  
Tlf: 22 14 2168; Mobil 48104697

Geriatrisk Sykepleie utkommer tre ganger i 2009 og fire ganger fra 2010.

ISSN: 1891-1889

## Materiellfrister 2009

Nr. 1 15 februar  
Nr. 2 15 juni  
Nr. 3 1. oktober

## Distribusjonsdato 2009

Nr. 1 1. april  
Nr. 2 1. august  
Nr. 3 1. desember

Arendal Trykk & Kopi AS

Retningslinjer for publisering  
i Geriatrisk Sykepleie  
2

Nytt tidsskrift – nye muligheter  
3

Depresjon hos eldre  
4

Faggruppen utlyser utdannings-  
stipend 2009  
5

En studie av depresjon hos eldre  
med demens  
6

"Er det ikke bare å ta seg  
sammen?"  
10

Bokanmeldelse  
15

Bli medlem i NSF's faggruppe  
for sykepleiere  
16

Disputas i Geriatrisk Sykepleie  
17

Rogalandstyret besøkte dagsenter  
og sykehjem i Vilnius  
17

NSF FGD leder  
18

Landsstyret NSF FGD  
2008/2010  
19

Lokalgruppeledere /  
Kontaktpersoner  
19

# Nytt tidsskrift – nye muligheter

*Karen Bjoro, PhD,  
sykepleier og redaktør*

**Så er Geriatrisk Sykepleie et faktum. Som redaktør er jeg stolt av å presentere dette nye tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demensomsorgen. Antall gamle mennesker vil øke kraftig de nærmeste 20 år og vil medføre økt behov for helse- og sykepleietjenester. Sykepleieres fagkunnskap er viktig for de gamles helse og livskvalitet – og den må hele tiden videreutvikles i takt med kunnskapsutviklingen.**

**Geriatrisk Sykepleie (GS)** tar sikte på å formidle den beste kunnskapen om den gamle pasienten til sykepleiere i praksis. I GS setter vi fokus på helseproblemer hos gamle mennesker og personer med demens. På listen over tema for fremtidige nummer av GS står smerte, ernæring, legemidler og eldre, delirium, dokumentasjon, brukermedvirkning og bruk av tvang. Utfordringene står i kø!

Denne første utgaven av GS handler om depresjoner – som er en av de vanligste psykiske lidelser hos gamle mennesker. Både for den gamle selv og for pårørende kan ubehandlet depresjon ha store negative konsekvenser. I sin artikkel gir Kvaal en grunnleggende innføring i temaet og viser til at systematisk kartlegging av symptomer på depresjon, forebyggende arbeid og behandling av depresjon kan øke livskvalitet og funksjonsnivå.

Mange personer tror feilaktig at depresjon er en normal del av det å bli gammel. Dette er feil. Men gamle mennesker har økt hyppighet av tilstander som kan øke risiko for depresjon – som demens og slag. I sin studie har Goyal undersøkt eldre mennesker med alvorlig demens og atferdsvansker



med tanke på depresjon. Studien viser at systematisk kartlegging med valide verktøy er viktig for å oppdage depresjon, for valg av behandling og miljøtiltak samt for evaluering av behandlingseffekten.

Hjerneslag er en annen risikofaktor for depresjon hos eldre mennesker. I sin litteraturgjennomgang om depresjon etter hjerneslag belyser Kouwenhoven og kollegaer at det fortsatt er mange ubesvarte spørsmål om sammenhengen mellom depresjon og hjerneslag.

I alle tre artiklene i dette nummer av GS vektlegges sykepleieres rolle i kartlegging og behandling av depresjoner hos gamle mennesker. Solide kunnskaper kreves og artiklene i dette nummer kan bidra til å heve kompetansen hos leserne – og ny kunnskap og kompetanse kan åpne for nye muligheter til å lindre denne belastende tilstand.

Redaksjonen takker dr. Nina Aarhus Smebye, PhD og psykiatrisk sykepleier for bistand med faglig vurdering av artiklene i dette nummer av **Geriatrisk Sykepleie**.

**Gratulerer med nytt tidsskrift  
og god lesing!**

*Karen Bjoro*



# DEPRESJON HOS ELDTRE

Depresjon hos eldre utgjør et betydelig helseproblem. Det viser seg at depresjon hos eldre er risikofaktorer for kardiovaskulære sykdommer, økt selvmordsfare og økt dødelighet. Depresjon gir nedsatt funksjonsnivå med økt behov for omsorg og pleie. Innen eldreomsorgen har sykepleiere en sentral rolle i å oppdage, og å gi god omsorg og sykepleie til eldre personer med depresjon.

*Kari Kvaal,  
dr.philos, klinisk spesialist i psykiatrisk  
sykepleie og familierapeut. Første-  
amanuensis, VIP - Psykisk helsearbeid,  
Afdeling for sykepleierutdanning,  
Høgskolen i Oslo.*

Eldre mennesker opplever store endringer i sin livssituasjon. Aldringsprosessen innebærer et liv fra å være yrkesaktiv til pensjonisttilværelse og fra å være fysisk frisk og uavhengig til å få helseproblemer som ofte medfører redusert funksjonsnivå. Andre vesentlige endringer kan være tap av livsledsager og venner, ensomhet og isolasjon og avhengighet av hjelp, og endringene kan føre til depressive problemer og lidelser. Hjernens aldringsprosess gir redusert nivå av signalstoffer som noradrenalin og serotonin. Sentrale tegn ved depresjon kan ses i form av nedtrykthet og nedstemthet. Eldre med depresjon utfører aktiviteter saktere, de fleste gjøremål oppleves som en belastning og i kontakt med andre trenger de lengre tid for å svare på spørsmål og å delta i en samtale.

## **Av sentrale symptomer på depresjon kan ses:**

- Nedtrykthet (depressivt stemningsleie)
- Appetittløshet
- Nedsatt lyst (glede) og interesse for omverdenen
- Nedsatt energi eller økt tretthet
- Nedsatt selvtillit eller selvfølelse
- Selvbredelse eller skyldfølelse
- Tanke- eller konsentrasjonsforstyrrelser

## **Depresjon hos eldre kan inndeles i:**

- Mild depresjon er en lettere form for depresjon som ofte kan bli oversett og bagatellisert.
- Demensliknende depresjon kan forveksles med demenstilstander fordi den eldre har konsentrasjons-

vansker og det kliniske bilde kan forveksles med hukommelsessvikt som er et tegn ved kognitiv svikt og demenssykdommer.

- Maskert depresjon har kroppslige symptomer i likhet med flere somatiske sykdommer. Maskert depresjon kan mangle den karakteristiske triste nedstemtheten som ses ved vanlig depresjon.
- Atypisk depresjon kan ha symptomer som vektøkning, lite søvn, angst og uro, økt aktivitet med aggressive utfall og økt appetitt, og tilstanden overses ofte. (1, 2)

I en undersøkelse av hjemmeboende eldre i 14 europeiske land var den gjennomsnittlige forekomsten av depressiv lidelse 12.3% med en variasjon mellom 8.8% til 23.6%. Hos kvinner var forekomsten 14.1% og hos menn 8.6% (3). Eldre som bor i sykehjem har en betydelig høyere forekomst av depressive lidelser. Fra en stor studie i England og Wales var forekomsten av depressive lidelser på 27% sammenlignet med 9.3% hos eldre som ikke bodde i sykehjem (4). Fra en undersøkelse gjennomført ved flere norske sykehjem viste det seg at depresjon var sterkest knyttet til svekket fysisk helse og redusert kognitiv funksjon (5).

Depresjon som symptom og psykisk lidelse har høyere forekomst hos de eldste eldre; de som er over 75 år, og angsttilstander ses mest blant de under 75 år. Depresjon med angst er svært utbredt og rene depressive tilstander uten angst forekommer ikke så ofte (6).

Depresjon ses hyppig sammen med flere somatiske sykdommer. Det er for eksempel påvist en klar toveis sammenheng mellom depresjon og kardiovaskulære sykdommer som iskemiske hjertesykdommer og hjerneslag, men også ved diabetes, høyt blodtrykk og angina pectoris. Det utfordrer til et

helhetlig klinisk blikk ved å vurdere samspillet mellom depresjon og somatiske sykdommer i møte med den eldre. Vi vet at kardiovaskulære sykdommer er en av de mest sentrale risikofaktorer for kognitiv svikt og demenssykdommene. Det er derfor nødvendig å se på depresjon som en indirekte risikofaktor for kognitiv svikt og demenssykdommer (7).

Selvord er en konstant trussel ved alvorlig depresjon da de fleste eldre som begår selvmord lider av depresjon, og i tillegg har de ofte kroniske sykdommer og lever et liv i ensomhet og isolasjon. Tilbakefall av alvorlig depresjon har vist seg å være stor risiko for selvmord. En undersøkelse gjennomført i Sverige viste at risikoen for å begå selvmord ved tilbakefall av depresjon var 59 ganger større enn de som unngikk tilbakefall av depresjon (8). Eldre personer med depresjon har en betydelig økt risiko for dødelighet sammenlignet med eldre uten depresjon (9).

## **Sykepleie**

Den største utfordringen for sykepleiere er å oppdage eldre som lider av depresjon. Det er flere forhold som spiller inn: Depresjon kan være maskert av somatiske sykdommer, de eldre klager ikke og de kan bagatellisere sine depressive problemer. De kan gi inntrykk av at deres depressive symptomer ikke er noe å bry seg om. Her er det at sykepleiere skal undersøke og ta små tegn hos den eldre alvorlig. Ved mistanke om depresjon inkluderer undersøkelsen både observasjon og samtale, og gjerne samtale med familiemedlemmer som enten lever sammen med den eldre eller har hyppig kontakt.

I direkte samtale med den eldre om depresjon kan det være nyttig å bruke symptomskalaer laget for å måle depressive symptomer. Det er mange depresjonsskalaer i bruk, og flere er spesiallaget for eldre. Blant de mest



utbredte er Geriatrisk depresjonsskala og Cornells skala som begge finnes i flere utgaver (10). Skalaene kan brukes i sin helhet eller en kan bruke enkelt-spørsmål som utgangspunkt for videre samtale om en eventuell depressiv tilstand er tilstede. Det kan være nyttig å trene på bruk av symptomskalaer og intervju om depresjon ved bruk av rollespill.

Den eldres funksjonsnivå er et viktig observasjonsområde for sykepleiere, og enhver endring i funksjonsnivå skal undersøkes nærmere. Endring i funksjonsnivå kan skyldes depresjon, men også andre helseproblemer.

Et annet viktig observasjonsområde er mimikk og ansiktsuttrykk. Hvis den eldre er mimikkfattig og har et trist ansiktsuttrykk, så er det å regne som et ganske sikkert tegn på at den eldre lider av en depressiv tilstand, og det bør gjøres en grundig undersøkelse. Ved uttrykt tanker om at den eldre har planer om å ta sitt eget liv, skal øyeblikkelig tiltak iverksettes. Resultater fra samtaler og observasjoner bør diskuteres i teamet.

De viktigste behandlingsformene ved depresjon er psykoterapi og medikamentell behandling. Det finnes flere typer av psykoterapi, de krever egne utdanninger og mange sykepleiere har gjennomført psykoterapiutdanninger. Ved depresjon er kognitiv terapi en av de mest brukte. Medikamentell behandling brukes hyppig ved depresjon hos eldre. Her er det sykepleier som administrerer og observerer virkning og bivirkning av medikamenter, og de skal rapporteres til ansvarlig lege. Ved starten av medikamentell behandling av depresjon trenger den eldre ofte støtte og veiledning av sykepleier.

Ved depresjon hos eldre er god omsorg viktig. Det innebærer klare avtaler som overholdes og god tid, at relasjonen mellom den eldre og sykepleier er preget av trygghet for den eldre og at sykepleier viser interesse og varme. Personlig hygiene med vekt på å hjelpe den eldre som lider av depresjon med velstethet kan bidra til å styrke selv-bildet.

Å arbeide med deprimerede kan kjennes tungt for sykepleiere, og regelmessig klinisk veiledning er nødvendig.

## Referanser

- 1) Moksnes KM. Depresjon hos eldre. I: Værøy H, Garvoll M (red). Nevropsykiatri. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- 2) Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for behandling av depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Høringsutkast. IS-1561 Nasjonale faglige retningslinjer.
- 3) Copeland JR, Beekman ATF, Braam AW, Dewey ME, Delespaul P, Fuhrer R. et al. Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry* 2004;3:45-49.
- 4) McDougall FA, Matthews FE, Kvaal K, Dewey ME, Brayne C. Prevalence and symptomatology in institutions in England and Wales. *Age and Ageing* 2007;36:562-568.
- 5) Barca ML, Selbæk G, Laks J, Engedal K. Factors associated with depression in Norwegian nursing homes. *Int J Ger Psychiatry* 2008; DOI: 10.1002/gps.2139
- 6) Kvaal K, McDougall FA, Brayne C, Matthews FE, Dewey ME. Co-occurrence of anxiety and depressive disorders in a community sample of older people: results from the MRC CFAS (Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study). *Int J Ger Psychiatry* 2008;23:229-237.
- 7) Schoevers RA, Beekman ATF, Deeg DJH, Geerlings MI, Hooijer C, Jonker C, Tilburg W. Risk factors for depression in later life: results of a prospective community based study (AM-STEL). *J Affect Dis* 2000;59:127-137.
- 8) Wærn M, Runeson BS, Allebeck P, Beskow J, Rubenwitz E, Skoog I, Wilhelmson K. Mental disorders in elderly suicides: a case-control study. *Am J Psychiatry* 2002;159:450-455.
- 9) Saz P, Dewey ME. Depression, depressive symptoms and mortality in persons aged 65 years and over living in the community: a systematic review of the literature. *Int J Ger Psychiatry* 2001; 16:622-630.
- 10) <http://www.nordemens.no/?pageID=634&itemID=0>

## Annonsering i Geriatrisk Sykepleie

Geriatrisk Sykepleie passer for annonser som ønsker å nå sykepleiere i geriatri og demens-omsorgen i alle deler av helse-tjenesten.

Tidsskriftet sendes alle medlemmer i faggruppen og øvrige abonnenter.

Tidsskriftet har et opplag på 2000 blad. I 2009 utgis tidsskriftet tre ganger og fra 2010 fire ganger i året.

**For nærmere informasjon om annonsering, utgivelsesplan og priser, ta kontakt med karen@nsfgeriatridemens.no**



## NSF FGD utlyser utdanningsstipend - 2009

Styret i NSF FGD lyser ut 4 utdanningsstipend på kr. 5.000 hver for 2009. To tildeles vår og to tildeles høst.

Stipendene gjelder all utdanning etter fullført bachelor i sykepleie, som er relevant for fagfeltet geriatri og demens.

Alle medlemmer i NSF FGD som er à jour med medlemskontingenten for 2009, kan søke.

Søknaden skal inneholde Navn, Post og e-postadresse, Medlemsnummer i NSF. I søknaden skal det gjøres rede for hvilken utdanning det søkes for og noen ord om bakgrunnen for søknaden.

Fristen for å søke er 1. april for vår og 1. oktober for høst 2009.

Søknad sendes på e-post til leder av faggruppa [hilde@nsfgeriatridemens.no](mailto:hilde@nsfgeriatridemens.no) eller sendes i 3 eksemplarer til Hilde F. Eilertsen, Vikaveien 21, 9022 Krokeldalen

Søknadene blir behandlet av NSF FGDs styre, og søkere vil få svar innen 1. mai for våren og 1. november for høsten 2009.



# EN STUDIE AV DEPRESJON HOS ELDRE MED DEMENS

Systematisk kartlegging av depresjon bør være en viktig del av et helhetlig utrednings- og behandlingsarbeid overfor personer med demens og atferdsvansker.

*Alka R. Goyal, Mastergrad, klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie, fag – og kvalitetsrådgiver, Psykiatrisk avdeling for personer med utviklingshemning og autisme, Oslo universitets-sykehus, Ullevål*

Depresjon og demens er to av de hyppigste sykdommene som rammer eldre mennesker. I tillegg kan symptomer på disse lidelser være tilsynelatende like, noe som gjør det vanskelig å skille mellom depresjon og demens. Demens og depresjon er ofte tilstede samtidig og depresjon ses i alle faser av en demensutvikling (1). I sykehjem lider 15-25 % av beboerne av en alvorlig depresjon og 30-50 % av mildere depresjonssymptomer. Hos pasienter med aldersdemens vil 25 % ha en depresjon som bør behandles. Depresjon hos eldre kan ha alvorlige komplikasjoner om den forblir uoppdaget og ubehandlet (2).

Fokus for denne artikkelen er depresjon hos eldre med demens med atferdsvansker. I det videre presenteres relevante funn fra forfatterens mastergradsstudie i klinisk helsearbeid med tittelen **Endringer ved atferdsmessige og psykologiske symptomer hos personer med demens, under opphold ved en alderspsykiatrisk avdeling** (3). Studien er presentert andre steder (4).

Grunnen til at depresjon forekommer så hyppig ved demens er fortsatt ukjent. Det finnes imidlertid to hovedretninger når det gjelder å forklare sammenhengen. Den ene teorien forklarer depresjon som en følge av de samme strukturelle forandringer i hjernen som også forårsaker demens. Studien til Carpenter og Strauss (5) viser at omlag en tredjedel av dem som har primærdiagnose demens, utvikler

tegn på depresjon og i omlag en tredjedel av disse tilfellene kan depresjonstilstanden være alvorlig. Omlag en fjerdedel av alle dem som utvikler depresjon som demente, har hatt en forutgående episode med depresjon. Forfatterne sier at for noen mennesker kan en depressiv reaksjon være et direkte forløp for inntreden av demens.

**Den andre** teoretiske hovedretningen som forklarer hvorfor depresjon forekommer hyppig ved demens, ser på depresjon som en psykologisk reaksjon. I noen grad kan depresjon ved demens oppleves av pasienter som en form for tap. Det er som å oppleve to slags tap samtidig. Det ene tapet er at man mister mentale krefter ved redusert kognitivt nivå i forhold til et tidligere nivå. Det å ikke lenger kunne fungere som før i sosiale sammenhenger utløser en depressiv reaksjon hos mange med demens. Det andre er tapet av en velkjent livsform ved institusjonalisering (6).

Noen depresjoner er relatert til nevrokjemisk ubalanse i hjernen. Fra mine mangeårige kliniske erfaringer som psykiatrisk sykepleier, tør jeg si at noe hjelp kan hentes ved forsiktig bruk av antidepressive midler som kan lette symptomene. Men når depresjon er forbundet med permanent skade på nervevevet, er det ikke sikkert at medisiner har en gunstig effekt. Noen av dem som er rammet av depresjon vil kanskje aldri komme over det depressive stadiet, og vil ha behov for særlig kyndig og støttende omsorg (6).

Det sentrale kjennetegn ved depresjon er senket stemningsleie, mangel på interesse og glede over de fleste aktiviteter, tretthet og nedsatt energi. Andre vanlige symptomer er redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert

selvfølelse og selvtillit, skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse. Videre kan negative og pessimistiske tanker om fremtiden, initiativløshet og beslutningsvegring, tanker og planer om selvmord, søvnforstyrrelser, redusert eller økt appetitt, angst samt psykomotorisk retardasjon eller agitasjon være tilstede (7). Hos personer med demens kan depresjon i tillegg vise seg som verbal og fysisk aggresjon (8).

Systematisk kartlegging av depresjon bør være en viktig del av utredningsarbeid for personer med demens med atferdsproblematikk. Informasjonen er vesentlig for valg av behandling og miljøtiltak samt for evaluering av behandlingseffekten.

Hensikten med denne evalueringsstudien var å måle hvordan depresjon hos eldre med demens med atferdsvansker utvikler seg i løpet av et opphold i en alderspsykiatrisk avdeling. Depresjon ble målt ved innleggelsen og ved utskrivelse med Cornell skala (9) for å evaluere eventuell endring. Bruk av validerte måleinstrumenter kan gi viktig kunnskap om effekt av behandlingen.

## Metode

### Setting

Studien ble gjennomført ved en alderspsykiatrisk avdeling på en liten lukket post med seks sengeplasser. Det er ca. 40-45 innleggelse i året. Posten har som hovedmål å utrede og behandle personer med moderat til alvorlig grad av demens med tilleggssymptomer som for eksempel angst, depresjon, aggresjon, mistenksomhet og hallusinasjoner. Symptomene kalles Atferdsmessige og Psykologiske eller Psykiatriske symptomer ved Demens, forkortet til APSD.

Hovedmål for utrednings- og behandlingsarbeidet er å kartlegge ressurser og problemområder, og å finne rett tilnæringsmåte og omsorgsnivå for pasienten. Et tverrfaglig team som består av leger, sykepleiere, hjelpepleiere, ergoterapeut, sosionom og fysioterapeut samarbeider om utrednings- og behandlingsarbeidet. Pasientens somatiske og psykiske tilstand blir kartlagt. Den psykiske tilstanden blir kartlagt ved hjelp av strukturerte skjemaer som blant annet Neuropsychiatric Inventory (NPI)(10) norsk versjon som fanger opp omfanget av APSD og Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)(9) norsk versjon for å kartlegge depresjon hos personer med demens.

### **Utvalg**

Pasienter som ble inkludert i denne studien hadde moderat til alvorlig grad av demens basert på ICD-10 systemet ved tidspunktet for inntak i posten, en Mini Mental Status (MMS) skåre på 23 eller lavere og minst en eller flere typer atferdsvansker ved klinisk vurdering (som det søkes innleggelse for) i tillegg til demens. Pasienter ble ekskludert hvis de hadde tidligere psykiatrisk historie av schizofreni eller psykose før demensutviklingen. Videre ble pasienter med reinnleggelse innen ett år fra utskrivning ekskludert fra studien.

### **Variabler og instrumenter**

Demografiske og kliniske variabler som alder, sivil status, type demens, tilleggsdiagnoser og om pasienten var innlagt fra sykehjem eller hjemmefra ble registrert fra pasientens journal. Depresjon ble målt med Cornell Skala for Depresjon i Demens (CSDD) (9) i denne studien (se rammen for en presentasjon av Cornell skala).

### **Datainnsamling**

Studien ble godkjent av Regional forskningsetisk komité og andre nødvendige tillatelser for gjennomføring ble innhentet. Det ble utarbeidet skriftlig informasjon der en redegjorde for prosjektets hensikt, metode og hva deltakelse ville innebære for informantene. Informasjonsskriv om prosjektet ble gitt til pasientenes nærmeste pårørende.

Noen av pasientene fikk også skrevet selv.

Datainnsamlingen foregikk fra 01.01.06 til 31.12.06, og 39 pasienter ble inkludert i studien. Ved innleggelsen ble det satt av tid for å få informasjon om pasientens tilstand, avklare hensikten med oppholdet og til samtale med pasienten. Det ble innhentet anamnesticke opplysninger og informasjon om pasientens boforhold og pårørendes situasjon. Pasientens somatiske og kognitive status ble undersøkt av legen. Pasientens daglige atferd ble observert av miljøpersonale og nedtegnet på et døgnrytmeskjema fra innkomst og frem til utskrivning. Dette gjøres rutinemessig ved posten.

NPI og Cornell skala ble utfylt etter en ukes observasjoner fra innleggelsestidspunkt ved hjelp av miljørapporter og døgnrytmeskjemaer. Nær utskrivningstiden ble det tatt utgangspunkt i den siste ukens observasjoner. Skjemaene ble fylt ut av pasientansvarlig sykepleier og primærkontakt (som regel en hjelpepleier). Hovedsakelig har de samme kontaktpersonene satt skåre på skjemaene ved inn- og utskrivning av en pasient.

### **Dataanalyse**

Alle statistiske analyser ble foretatt i Statistical Package for the Social Sciences, versjon 14.0 (SPSS, Chicago IL). Deskriptiv statistikk ble benyttet for å beskrive utvalget. Resultatene på NPI og Cornell skala fra inn og utskrivningen ble sammenlignet. For å analysere signifikante forskjeller mellom grupper ble Wilcoxon test, kji-kvadrat test eller Fishers eksakte test benyttet. En p-verdi på mindre enn eller lik 0,05 ble regnet som statistisk signifikant i denne studien.

### **Funn**

Kjennetegn på utvalget og kliniske data fremgår av tabellen. I alt 39 pasienter ble inkludert i studien, 18 menn (46,2 %) og 21 kvinner (53,8 %). Gjennomsnittlig alder ved innleggelse var 83 år. Litt over halvparten ble innlagt fra institusjoner i hovedsak fra sykehjem (59,0 %) og noe under halvparten hjemmefra (41,0 %).

### **Cornell Skala for Depresjon ved Demens (CSDD)(9) norsk versjon**

Cornell Skala er utviklet for måling av depresjon hos personer med demens, og gir et kvantitativt mål for alvorlighetsgrad av depresjon. De fleste eksisterende skalaer for depresjon er basert på informasjon fra pasienten selv. Pasienten fyller ut enten et spørreskjema eller blir intervjuet av klinikerens. Denne metoden for å vurdere depresjon er vanskelig å anvende for personer med demens, da sykdommen gir kognitiv svikt med nedsatt hukommelse, konsentrasjons- evne og dømmekraft, noe som påvirker svarene deres. I tillegg er depressive symptomer hos personer med demens ofte kortvarige og tilbakevendende, noe som gjør det nødvendig at personen blir observert over en periode for vurdering av depresjon. Cornell skala tar hensyn til disse kliniske aspekter og er et omfattende instrument for måling av depresjon hos personer med demens. Skjemaet utnytter informasjon både fra pasientens omsorgsgiver(e) så vel som et kort intervju med pasienten selv, hvis denne kan besvare disse spørsmålene (9).

Cornell skala har 19 variabler innenfor fem atferdsområder: humørrelaterte symptomer, atferdsforstyrrelser, kroppslige tegn, sykliske variasjoner og tankeforstyrrelser. Punktene er valgt ut fra en gjennomgang av faglitteratur om depresjon hos demente og ikke-demente, og anbefalinger fra fagkyndige. Disse punktene på skalaen vektlegger observerbare tegn på depresjon, som for eksempel tristhet, rastløshet, irritabilitet, søvnvansker og mangel på energi. Hvert av punktene er delt inn i fire definerte grader: lar seg ikke evaluere (= a), ikke til stede (= 0), moderat eller bare periodevis tilstede (=1), mye til stede (= 2).

Skalaen utfylles i to trinn. I første trinnet intervjuer klinikerens pasientens omsorgsgiver om hvert av de 19 punktene på skalaen. Deretter foretas, om mulig, et kort intervju med pasienten eller en samtale for å sjekke om observasjoner fra omsorgsgiver stemmer. Informasjonen er basert på omsorgsgivers observasjoner om pasienten fra siste uka. Tre punkter tap av interesse, vektendringer og manglende energi er basert på siste månedens observasjoner. Cornell skala skåre rangerer fra 0-38. En totalskåre på 8 eller mer antyder klinisk signifikante depressive symptomer. Cornell skala er et validert verktøy for måling av alvorlighetsgrad av depresjon, ikke et diagnostisk instrument (9).



**Tabell. Pasient kjennetegn og kliniske variabler**

Alder i antall år (gj.sn.) (Standardavvik)	83 (5,6)
Kjønn	
- Menn	18 (46,2 %)
- Kvinner	21 (53,8 %)
Innlagt fra	
- Institusjon (hovedsakelig fra sykehjem)	23 (59,0 %)
- Eget hjem	16 (41,0 %)
Type demens	
- Alzheimers type	23 (59,0 %)
- Vaskulær demens	2 (5,1 %)
- Alzheimer og frontotemporallapsdemens	2 (5,1 %)
- Alzheimer og vaskulær demens	2 (5,1 %)
- Vaskulær demens og Lewybody demens	1 (2,6 %)
- Alzheimers type og uspesifikk demens	9 (23,1 %)
Mini Mental Status	
- Demens moderat grad – MMS 11-23	19 (48,7 %)
- Demens alvorlig grad – MMS 0-10	3 (7,7 %)
- MMS ikke tatt	17 (43,6 %)
Tilleggsdiagnose (i tillegg til demens)	34 (87,2 %)
Cornell skala skåre ved innleggelsen	9,5 (min. 1,0 – max. 23,0)
Cornell skala skåre ved utskrivelsen	6,3 (min. 0,0 – max. 19,0)
Cornell skala skåre $\geq 8$ ved innleggelsen	24/39 (61,5 %)
Cornell skala skåre $\geq 8$ ved utskrivelse	14/39 (35,9 %)

Over halvparten (59 %) av pasientene hadde demens av Alzheimers type ( $n=23$ ), mens noe over en tredjedel (35,9 %) hadde blandingstype demens ( $n=14$ ), og noen få (5,1 %) hadde vaskulær demens ( $n=2$ ). Blandings-type demens omfattet Alzheimers type og frontotemporallapsdemens, Alzheimers type og vaskulær demens, vaskulær demens og Lewybody demens samt Alzheimers type og uspesifikk demens (se tabellen). Et flertall av pasientene hadde hjertekarsykdommer i tillegg til demens. Kun fem personer (12,8 %) i utvalget hadde ingen tilleggsdiagnose.

Mini Mental Status (MMS) ble ikke tatt for 17 pasienter, som utgjør 43,6 % av utvalget. Årsaken var at de fleste av dem var kognitivt sett for dårlige til å gjennomføre testen, og noen av pasientene nektet å samarbeide. Av de 22 pasientene som ble testet for MMS, hadde 19 personer (48,7 %) moderat grad av demens (MMS skåre 11-23), og 3 pasienter (7,7 %) hadde alvorlig grad av demens (MMS skåre 0-10).

#### **Forekomsten av depresjon ved innleggelsen**

- Gjennomsnittlig Cornell skåre ved innleggelsen var 9,5. Godt over halvparten (61,5 %) av utvalget hadde kliniske symptomer på depresjon med en total Cornell skåre  $\geq 8$  ved innleggelsen.
- Ved innleggelsen hadde over tredjedelen av kvinnene (16/21, 76,2 %) depresjon, mens under halvparten av mennene (8/18, 44,4 %) hadde depresjon målt ved Cornell skala skåre  $\geq 8$ . Denne forskjellen mellom menn og kvinner var statistisk signifikant ( $P = 0,04$ ).

#### **Ved utskrivning**

- Gjennomsnittlig Cornell skåre ved utskrivning var 6,3.
- Reduksjonen i alvorlighetsgrad av depresjon fra 9,5 ved innleggelsen til 6,3 ved utskrivning var statistisk signifikant ( $P < 0,001$ ).
- I motsetning til innleggelse hadde kun 35,9 % av utvalget total Cornell skåre  $\geq 8$  ved utskrivningen.

Endringene var statistisk signifikante, noe som antyder en forbedring på pasientenes depressive symptomer under oppholdet.

- I motsetning til mennene har kvinnene vist en statistisk signifikant forbedring på depressive symptomer under oppholdet målt ved Cornell skala. Ved utskrivning hadde 7 kvinner (33,3 %,  $P = 0,004$ ) og 7 menn (38,9 %,  $P > 0,05$ ) klinisk signifikante depressive symptomer (Cornell skåre  $\geq 8$ ).
- Pasienter innlagt fra institusjoner har vist forbedring på depressive symptomer ( $p = 0,03$ ) i motsetning til de som var innlagt hjemmefra ( $p = 0,13$ ).

#### **Diskusjon**

Med en grenseverdi  $\geq 8$  på Cornell skala for depresjon (9) viser denne studien at forekomst av depresjon er høy blant personer med moderat til alvorlig grad av demens. Funnene samsvarer med studien til Selbæk et al (11) som skriver at forekomst av depresjon er høy hos personer med alvorlig grad av demens. Også funn fra studien til Menon et al (8) viser at forekomst av depresjon er høy blant demente sykehjemsbeboere og er underdiagnostisert, og særlig er depresjon høy hos personer med demens med aggressiv atferd. Det må nevnes at agitasjon/agresjon er en av hovedårsakene for innleggelse ved posten hvor undersøkelsen er foretatt.

Forekomsten av depressive symptomer er hyppigere hos kvinner enn menn i denne studien, og forskjellen er statistisk signifikant. Mulige årsaker til dette kan være de samme som ved hyppigere forekomsten av angst hos kvinner enn hos menn. En norsk studie (12) viser at angst og depresjon forekommer oftere hos kvinner enn hos menn generelt i populasjonen. Forfatterne mener at kvinner er mer utsatt for stress fra omgivelsene og stress fra somatiske plager, noe som muligens kan være årsaken til forskjellene i menns og kvinners psykiske helse.

Personene innlagt fra institusjoner har vist en signifikant forbedring i depres-



sive symptomer under oppholdet i denne studien. En mulig forklaring kan være at nesten 70 % av de som kom fra institusjoner hadde depressive symptomer, men 50 % av de som kom fra eget hjem hadde depressive symptomer. Dermed hadde pasienter innlagt fra institusjon større forbedringspotensialer for depressive symptomer enn de som var innlagt hjemmefra. I motsetningen til menn har kvinnene hatt signifikant forbedring i depressive symptomer under oppholdet. Her kan også en mulig årsak være den samme, at kvinnene har hatt større forbedringspotensialer for depressive symptomer enn menn.

Pasienter med depresjon og atferdsvansker bør få en systematisk klinisk vurdering av sin tilstand. Dette betyr en kartlegging av mulige årsaker ved depresjon. For eksempel om depresjon kan være bivirkninger av medisiner, da mange eldre med sammensatte tilstander får en rekke medisiner (multifarmasi), uten at disse er blitt tatt til revurdering. Eller om depresjon kan være på grunn av psykososiale forhold, savn, tap og sorg, eller understimulering, for å nevne andre forhold.

Sykepleiere og hjelpepleiere har nær kontakt med pasienten over hele døgnet når han eller hun er syk. Det er disse fagfolkene som lettere ser pasientens helhetlige behov i den situasjonen pasienten vanligvis lever. I spesialisthelsetjenesten, og spesielt i eldreomsorgen, må det være et krav at personalet har en god faglig kompetanse fordi eldre menneskers tilstand er sammensatte. En systematisk kartlegging av pasientens tilstand gir personalet større bevissthet om og økt faglig kompetanse til å behandle pasientens problematikk.

Systematisk kartlegging av pasientens helestatus gir personalet et bedre kunnskapsgrunnlag for iverksetting og vurderinger av tiltak. Med systematisk kartlegging og utredning kan en anvende mer spesifikke intervensjoner. En vil ha et mål på om medikamenter virker sammen med andre observasjoner en gjør. Slik blir det lettere å formidle erfaringer mer presist videre

til samarbeidspartnere. Med dagens nye medisiner utelukkes det ikke at angst og depresjon kan behandles medikamentelt. Forutsetningen må være gode observasjoner av virkninger og bivirkninger av medisiner samt dokumentasjon av behandlingens effekt.

En kan konkludere med at kartlegging av depresjon ved å anvende Cornell skala for personer med demens med atferdsvansker er et formålstjenlig utgangspunkt for behandling av depresjon hos personer med demens. Denne behandlingen vil også trolig kunne bidra til å redusere omfanget av andre psykiske og atferdsmessige forstyrrelser som for eksempel angst, agitasjon/aggresjon, irritabilitet og søvnproblemer. Dette fordi disse symptomene ofte kommer parallelt med depresjon.

Kartlegging av depresjon hos personer med demens bør være en viktig oppgave for sykepleiere og annet helsepersonell i demensomsorgen. Pritchard & Dewing (13) mener at sykepleiere spiller en viktig rolle i utredningen av demens og depresjon hos eldre mennesker for at disse kan få en optimal behandling hos spesialister. Men forutsetningen er at sykepleierne får en skikkelig opplæring og støtte i dette arbeidet.

## Referanser

- (1) Johnson JC. Depression and dementia in the elderly: a primary care perspective. *Compr Ther* 1996;22(5):280-5.
- (2) Moksnes KM. Depresjon og angst hos eldre. I: Engedal K, Wyller TB, red. Aldring og hjerne-sykdommer. Oslo: Akribes; 2003. p. 297-320.
- (3) Goyal Alka Rani. Endringer ved atferdsmessige og psykologiske symptomer hos personer med demens, under opphold ved en alderspsykiatrisk avdeling. Høgskolen i Buskerud; 2007.
- (4) Goyal Alka R. Endringer ved atferdsmessige og psykologiske symptomer hos personer med demens (APSD) under opphold ved en alderspsykiatrisk avdeling. *Demens & Alderspsykiatri* 2008;12(3):4-9.
- (5) Carpenter BD, Strauss ME, Kennedy JS. Personal history of depression and its appearance in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 1995;10:669-78.
- (6) Kitwood T. En revurdering af demens personen kommer i første række. Frederikshavn: Dafolo; 1999.
- (7) HelseDirektoratet. Nasjonale retningslinjer for behandling av depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Høringsutkast. 2008.
- (8) Menon AS, Gruber-Baldini AL, Hebel JR, Kaup B, Loreck D, Itkin ZS, et al. Relationship between aggressive behaviors and depression among nursing home residents with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16(2):139-46.
- (9) Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry* 1988;23(3):271-84.
- (10) Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology* 1997;48(5 Suppl 6):S10-S16.
- (11) Selbaek G, Kirkevoold O, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22(9):843-9.
- (12) Sandanger I, Nygard JF, Sorensen T, Moun T. Is women's mental health more susceptible than men's to the influence of surrounding stress? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(3):177-84.
- (13) Pritchard E, Dewing J. Screening for dementia and depression in older people. *Nurs Stand* 1999;14(5):46-52.



# "ER DET IKKE BARE Å TA SEG SAMMEN?"

Siren E. Kouwenhoven, (bildet)

M. Phil., er sykepleier og doktorgrads-stipendiat ved Universitetet i Oslo, Institutt for helsefag og sykepleievitenskap. Hun arbeider ved Høgskolen i Buskerud, Avd. for Helsefag.

Marit Kirkevold, Ed.D., er sykepleier og professor ved Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag.

Knut Engedal, Dr. med. og professor ved Universitetet i Oslo, Geriatrisk avdeling, Fakultetsdivisjonen, Ullevål universitetssykehus.

Hvert år rammes 15 000 -16 000 nordmenn av hjerneslag. De fleste er eldre, og ca 65 % er over 75 år. Det er fremdeles for lite kunnskap om hjerneslag i Norge, men det er grunn til å anta at antall slagrammede vil øke i framtida. Dette vil skape økte utfordringer for helsevesenet, og flere slagrammede vil trenge behandling og pleie (6). Depresjon er en vanlig og alvorlig følge av hjerneslag (1). Rundt en tredel av alle slagrammede blir deprimeret (2, 3). Depresjon etter slag har vært en oversett tilstand i slagbehandling, og har i liten grad blitt diagnostisert og behandlet (4, 5). Det kan synes litt tilfeldig om emosjonelle symptomer fanges opp, hvordan dette gjøres, og hva som blir gjort. Selv om det anbefales en systematisk kartlegging ("screening") med tanke på depresjon hos slagrammede, er det få slagavdelinger i Norge som benytter seg av dette (4, 54). Den første måneden etter slaget ser ut til å spille en viktig rolle i utviklingen av depresjon. I denne fasen er de aller fleste slagpasienter i et behandlings- og rehabiliterings-system der de møter ulike faggrupper av helsepersonell. Sykepleieres kunnskaper og ferdigheter kan bety mye for den deprimerede slagpasienten.

## Depresjon etter hjerneslag – en litteraturgjennomgang

"Depresjon etter hjerneslag – er det noe å forske på, da? Det er jo naturlig at de er litt triste. Det er vel bare en sorgreaksjon? Er det ikke bare å ta seg sammen?" spurte en av mine gamle tanter nylig.

Liknende uttalelser møter jeg av og til, og jeg synes i grunnen det er greit at folk spør. Det gir en anledning til å snakke om et tema som er viktig for mange.

Denne artikkelen gir et innblikk i den forskningen som er gjort av depresjon etter hjerneslag, spesielt de siste femten årene. Artikkelen peker på den kunnskapen som finnes, men også på de spørsmålene som er omstridte og uklare.

### Hvor vanlig er depresjon etter hjerneslag?

Flere emosjonelle symptomer er assosiert med hjerneslag, men depresjon er det symptomet som er best beskrevet og som det er forsket mest på. Grensene mellom depresjon, sorg og krise kan være utydelig, men ved en krisereaksjon vil de diagnostiske kriteriene for depresjon ikke være oppfylt. Og en sorg- og krisereaksjon vil som oftest være tidsavgrenset (4). Mange har hevdet at depresjon er det mest fremtredende og alvorlige emosjonelle symptomet etter slag (1, 2, 3). Til tross for at det er gjort mange studier på området, er det vanskelig å få tallfestet forekomsten av depresjon. Studier viser stor variasjon, fra rundt 10 % (7, 8, 9) til over 50 % (5, 10, 11, 12). Årsaken til dette kan være mange.

Undersøkelser gjort på sykehus eller rehabiliteringssentre viser en høyere forekomst enn studier utført blant slagpasienter i førstelinjetjenesten. Tidspunktet for gjennomføring av studien, om målingen er gjort i akutfasen eller måneder etter slaget, er også et viktig element. Faktorer som alders- og kjønns sammensetning, utvalgs- og eksklusjonskriterier som for eksempel tidligere slag, tidligere depresjon, depresjon i familien, kommunikasjons-

problemer eller kognitiv tilstand, kan påvirke forekomsten av depresjon som angis i ulike studier. Gaete og Bogouslavsky (2008) hevder også at type slag kan ha en innvirkning på forekomsten. Flere studier er avgrenset til kun å dreie seg om personer som har hatt cerebrale infarkter og utelukker dermed pasienter som har hatt hjerneblødning etter aneurisme eller traume. Hvilke verktøy som benyttes for måling av depresjon ser også ut til å ha en innvirkning på forekomsttallene (3).

Selv om studiene viser at det er stor variasjon i forekomst av depresjon etter hjerneslag, peker de fleste mot at mellom 20 og 40 % av de slagrammede utvikler depresjon i løpet av månedene etter slaget. Hackett og kollegaer stipulerte forekomsten til å være 33% i en systematisk oversiktsartikkel (2). Til sammenlikning viser en annen systematisk oversikt at depresjon forekommer hos 12-19% av den eldre befolkningen over 65 år, uavhengig av andre diagnoser (13). Det å bli rammet av et hjerneslag øker derfor risikoen for å utvikle depresjon betraktelig, og det må være grunnlag for å slå fast at depresjon er vanlig hos slagrammede.

### Hvordan kartlegger man depresjon hos slagpasienter?

Depresjon er en betegnelse på flere ulike tilstander, og depresjon etter hjerneslag, på engelsk kalt Post-Stroke Depression (PSD), er en av dem. Depresjon etter hjerneslag kan defineres som en stemningsforstyrrelse som er et resultat av den organiske skaden, og som er karakterisert av psykiske

symptomer som henger sammen med konsekvensene av skaden. (3). I studiene som er gjort av depresjon etter hjerneslag er det benyttet mange ulike instrumenter for å kartlegge og / eller diagnostisere depresjon. Disse verktøyene kan deles inn i tre kategorier:

- Strukturert, klinisk intervju
- Observasjons- og intervjubasert skala
- Spørreskjema (14).

Et strukturert, klinisk intervju basert på kriteriene i diagnosemanualene Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV) eller International Classification of Diseases (ICD-10), danner grunnlag for å stille diagnosen depresjon. Dette gjøres av lege, psykolog eller psykiater. DSM-IV og ICD-10 ser etter nøkkelsymptomer eller relaterte symptomer på depresjon. DSM-IV deler depresjon etter slag inn i to del-tilstander, mild og alvorlig (3). De nye Nasjonale retningslinjer for behandling av depresjon i primær- og spesialist-helsetjenesten (2009) slår fast at det er tvilsomt om alvorlighetsgraden av depresjon kan fastsettes ved å telle symptomer (54). I tillegg til å kartlegge pasientens livssituasjon og graden av funksjonstap, kan instrumenter som observasjons- og intervju-baserte skalaer eller spørreskjemaer benyttes for å beskrive depresjonens dybde.

Instrumentene kan også brukes for å kartlegge mulig depresjon etter hjerne-slag. Kartleggingsverktøy kan i noen tilfeller være mer praktisk i anvendelse enn diagnoseverktøy. Mange av dem har vist seg å være gode indikatorer for depresjon. Pasienten kan fylle dem ut selv (spørreskjema), eventuelt med assistanse fra helsepersonell eller pårørende. Annet helsepersonell enn lege, psykiater eller psykolog, for eksempel en sykepleier, kan utføre kartlegging (observasjons- og intervju-baserte skalaer) etter opplæring i bruk av instrumentet (15).

Tre kartleggingsinstrumenter som er mye brukt i vårt land er Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), Geriatric Depression Scale (GDS) og Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (4). Disse instrumentene er ikke utarbeidet spesielt med tanke på mennesker som har hatt

hjerneslag, men det er vist at alle tre er gode verktøy for å kartlegge depresjon hos denne pasientgruppen (5, 7, 16, 17). Mens HADS og GDS er spørreskjemaer, må MADRS karakteriseres som en observasjons- og intervjubasert skala (15).

Engedal (2008) hevder at det kan være vanskelig å diagnostisere depresjon hos eldre mennesker fordi redusert psyko-motorisk evne og en passiv og isolert livsstil kan tolkes som depresjon og vanskeliggjøre en diagnose. Depresjon hos eldre kan dessuten være atypisk og for eksempel dominert av somatiske klager (13). Det er grunn til å være oppmerksom på disse elementene ved kartlegging av depresjon etter hjerne-slag også. For det første kan de fleste av dem som får hjerneslag, betegnes som eldre. For det andre vil slagspesifikke, kognitive endringer som for eksempel hukommelsesproblemer og konsentrasjonsforstyrrelser, men også symptomer som fatigue og søvnproblemer, kunne utfordre forståelsen av depresjon. De fleste kartleggingsinstrumenter forutsetter dessuten aktiv medvirkning og at pasienten har språk, noe som kan være vanskelig ved alvorlig afasi, demens eller annen kognitiv svikt. Cornell skala er et observasjonsverktøy som benyttes for å kartlegge depresjon hos mennesker med kognitiv svikt, som pasienter med demens. Mange slagpasienter rammes også kognitivt, og Cornell skala kan være et nyttig verktøy for screening av depresjon også for denne gruppen (51).

Lightbody og hennes kollegaer (2007) har gjort en studie der sykepleieres observasjon av depresjon hos en gruppe slagpasienter etter observasjonsverktøyet Signs Of Depression Scale (SODS), sammenliknes med en psykiaters diagnostisering av samme gruppe etter DSM-IV-kriteriene. Studien viser at sykepleiere har vansker med å gjenkjenne depresjon hos slagpasienter. Dette er også vist i tidligere studier (15).

### Depresjonens natur

Litteraturen avdekker mange uklårheter i forhold til når i slagforløpet depresjonen helst debuterer, og hvordan den utvikler seg, fra slaget oppstår og inntil de første to årene etter slaget.

Depresjon etter hjerneslag kan debutere i akuttperioden, dvs i løpet av den første måneden etter slaget, eller oppstå i månedene etter. For de fleste går depresjonen over i løpet av det første året, men noen utvikler en kronisk depresjonstilstand (1). Noen studier hevder at depresjon kan forekomme i akuttperioden, men at det vanligvis utvikles i måneder etter slaget (18, 19). Men flere studier som har fulgt slagpasienter over tid har vist at det er i akuttfasen forekomsten av depresjon er høyest (20, 21, 22).

Litteraturen viser mange uklårheter i forhold til hvordan depresjon etter hjerneslag utvikler og endrer seg i løpet av de første to årene etter slaget. Mens Staub og kollegaer (2001) har vist at bare 10 % av slagpasientene som var deprimerte i akuttfasen, fremdeles er deprimerte etter ett år, viser andre studier mye høyere forekomst (23). Berg et al (2003) viser at blant de pasientene som var deprimerte 2 uker eller 2 måneder etter slaget, vil rundt halvparten fremdeles være deprimerte etter 12 – 18 måneder. Denne studien beskriver også at de fleste som ikke viste tidlig tegn til depresjon (2 uker / 2 måneder), heller ikke var deprimerte etter et år (22).

### Hvorfor blir de slagrammede deprimerte?

Det er ingen som med sikkerhet har kunnet slå fast hvorfor det er en så sterk sammenheng mellom hjerneslag og depresjon. Det finnes mange teorier om hvorfor depresjon oppstår og disse teoriene kan deles inn i to hovedretninger. Den ene retningen fokuserer på selve hjerneskadene og de patofysiologiske mekanismene, mens den andre retningen fokuserer på depresjon som en psykologisk reaksjon.

De patofysiologiske teoriene har fokus på hjerneskadens plassering, omfang og/eller art. En mengde studier har sett på om forekomst og utvikling av depresjon kan knyttes til om skade er i venstre eller høyre hjernehalvdel. Flere studier har vist en høyere forekomst av depresjon ved skade i venstre hjernehalvdel (24, 25). Andre studier har kommet til den motsatte konklusjon, og finner en høyere forekomst av depresjon når skaden er i høyre hjernehalvdel (26, 27), mens en tredje gruppe

studier finner ingen sammenheng mellom skadens lokalisasjon og forekomst av depresjon (28, 29). Også ulike litteraturgjennomganger på dette feltet har kommet til forskjellig konklusjon. Mens Carson og hans kollegaer (2000) i sin litteraturgjennomgang konkluderer med at risikoen for å utvikle depresjon etter slag ikke kan knyttes til hjerneskadens lokalisasjon (30), kommer Narushima et al til motsatt konklusjon tre år etter (55). Bhogal og kollegaer (2004) hevder at det er behov for nye studier, fordi de studiene som er gjort gir for dårlig grunnlag til å konkludere (31). Mye er fremdeles uklart og det siste ord i denne mangeårige diskusjonen er tydeligvis ikke sagt enda.

Den andre teoretiske hovedretningen om hvorfor depresjon oppstår etter hjerneslag, fokuserer på depresjon som en psykologisk reaksjon på tap og sosiale og psykologiske endringer. Her finnes det mange innfallsvinkler, og risikofaktorer spiller en vesentlig rolle i de ulike studiene som er gjort med utgangspunkt i denne teoriretningen.

Flere studier har vist at kvinner er mer utsatt for depresjon etter slag enn det menn er (22, 28, 32). I befolkningen generelt er depresjon en tilstand som øker med alder. Alder som risikofaktor, har derfor vært et fokus i noen studier, men det er ikke påvist noen sammenheng (2, 28). Slagrammede som får et alvorlig, fysisk handikap, har en større risiko for også å bli deprimerte enn dem som får lettere fysiske mén etter slag. Dette er vist gjennom flere studier (33). Noen studier har også pekt på at det å bli fysisk avhengig av andre som følge av slag, er en risikofaktor for depresjon (34).

Afasi og kommunikasjonsproblemer har vært diskutert som risikofaktorer, men studier viser ulike resultater (3). De fleste diagnose- og kartleggingsverktøy er avhengig av språk og kommunikasjon. Å kartlegge depresjon hos afasirammede er derfor vanskelig.

Tidligere depresjon eller annen psykiatrisk lidelse gir en større risiko for depresjon etter slag. Depresjon i familien er i noen studier også vist å være en risiko (3, 32).

Andre studier har sett på faktorer i personligheten som risiko for depresjon etter slag. Aben og kollegaer (2002) hevder at en person med neurotiske trekk, definert som tilbøyelighet til å "experience negative mood states", er assosiert med utvikling av depresjon etter slag (20).

Sosiale forhold, som det å leve alene eller leve isolert, er i noen studier blitt linket til depresjon etter slag, mens andre studier ikke finner denne forbindelsen (3).

Kognitive endringer eller kognitiv svikt er også beskrevet som en risikofaktor (32, 35).

De to hovedretningene, depresjon som følge av biologiske endringer etter selve hjerneskaden og depresjon som psykologisk reaksjon, utelukker ikke hverandre.

### Hvordan påvirker depresjon rehabilitering etter slag?

Depresjon kan forsinke og komplisere rehabiliteringsprosessen etter slag (3, 36, 37, 38). Depresjon kan føre til dårligere resultat av rehabilitering, som igjen kan skape større behov for hjelp, og avhengighet av omgivelsene hos slagrammede som blir deprimerte (3, 1). Studier har vist at effektiv behandling som lindrer depresjon kan ha en klar positiv effekt på rehabiliteringen (3, 38).

Det er også sett en sammenheng mellom depresjon etter slag og dødelighet. House og kollegaer (2001) fant at risiko for død hadde en tydelig forbindelse med depresjon både ved tidspunktene 12 og 24 måneder etter slaget (35). Tilsvarende sammenhenger er også vist i andre studier opp til 10 år etter slaget (39, 40). Det er dessuten en større risiko for at slagrammede begår selvmord enn risikoen er i normalbefolkningen generelt. Selvmordstanker har blant annet blitt assosiert med hvor alvorlig depresjonen er, yngre alder, tidligere slag, lite sosial støtte og alkoholmisbruk, og kvinner er mer utsatt enn menn (41, 42, 43). Risikoen for selvmord er høy i denne gruppen inntil fem år etter slaget (44).

Depresjon påvirker ikke bare den som selv er rammet av slag, men også den

rammedes pårørende. For begge parter vil depresjonen gå ut over livskvaliteten, og mulighet og overskudd til å leve det livet de ønsker. Svenske forskere har sett på hvordan depresjon etter hjerneslag påvirker de eller den som står den slagrammede nærmest og som er omsorgsgiver (45). Ikke overraskende fant de at omsorgsgiver, i de fleste tilfeller samboer eller ektefelle, opplever at deres egen fysiske og mentale helse er blitt dårligere etter at deres partner fikk slag. Dette er støttet av norske forskere (49, 50).

### Kan depresjon etter hjerneslag behandles?

Selv om det er en enighet om at depresjon som følge av hjerneslag bør behandles så fort som mulig etter at diagnosen er stilt, er det mange uklarheter knyttet til hvordan depresjon kan og bør behandles. De fleste deprimerte slagrammede behandles ikke i det hele tatt. Dette kan henge sammen med at tilstanden har vært oversett, men også at det er usikkert hvilke behandling som er den beste (4, 5). Noen deprimerte slagrammede har god nytte av ulike psykoterapeutiske metoder som for eksempel kognitiv atferdsterapi, gjerne i tillegg til medikamentell behandling. Det er gjort få studier innen dette feltet, pasientutvalgene har vært små og resultatet er uklart, men kognitiv atferdsterapi er en benyttet behandlingsmetode for deprimerte slagpasienter i Norge (3, 4).

Elektrosjokkbehandling (ECT) har også vært benyttet i forhold til alvorlig deprimerte slagrammede. Det er gjort noen få og små studier av dette. Resultatet viser dårlig effekt på depresjonen, i tillegg til å gi vesentlige medisinske komplikasjoner. Elektrosjokkbehandling er derfor ikke anbefalt for slagrammede som er deprimerte (46).

Medikamentell behandling med ulike typer antidepressiver er en velprøvd og effektiv måte å behandle moderat og alvorlig depresjon på i befolkningen generelt. I forhold til mennesker med hjerneslag, derimot, har resultatene fra studier ikke vært entydige. Det er gjort flere studier og med ulike typer medikamenter. En Cochrane review fra 2008 konkluderer med at antidepressiv legemiddelbehandling kan være nyttig



i behandlingen av depresjon etter slag, men at en må være spesielt oppmerksom på bivirkninger av behandlingen. Forfatterne maner derfor til at behandlere må være forsiktige i bruk av antidepressiver til denne gruppen, fordi en fremdeles vet for lite om risikoen ved bruk (47). Ulike studier har ikke kunnet vise at depresjon etter slag kan forebygges ved for eksempel medikamentell behandling (46, 48).

### Sykepleiernes rolle

*”Jeg synes den største overgangen var å gå fra å være en selvstendig og sterk mann til å ende som pleiepasient. Det er ikke noe særlig. Avhengig av bleier og sånt det er ikke noe man liker (...) Så det har jeg blitt deppa av (...) Disse sykepleierne er jo ”diskrêheten selv”. De kan jo dette. Så det går jo greit (men en) føler liksom at en ikke er seg selv”* (Deprimert, slagrammet mann, 50 år, 2008).

Det er gode grunner til å ta depresjon etter hjerneslag på alvor. De fleste slagrammede innlegges i sykehus og har en kortere eller lengre rehabiliteringsfase, før de kommer hjem til sin kommune. Sykepleiere er i kontakt med slagpasienten i disse fasene. Mange av de slagrammede er eldre og de har gjerne flere diagnoser. Når de fysiske, kognitive og emosjonelle følgene av slaget kommer i tillegg, er dette en kompleks gruppe pasienter som ofte trenger hjelp av sykepleiere til å få dekket flere av sine grunnleggende behov.

Depresjon hos slagpasienten er oversett og underbehandlet, hevder Fure og flere andre kilder. Ofte er det slik at behandlende lege tilfeldigvis fanger opp en kommentar fra en sykepleier eller en annen i det tverrfaglige teamet om at en bestemt pasient oppleves deprimert (4). Samtidig peker Lightbody på at sykepleiere er (for) dårlige til å fange opp depresjon hos denne pasientgruppen (15).

Sykepleieren er ofte den i det tverrfaglige teamet som tilbringer mest tid sammen med slagpasienten. Dette fører til at sykepleieren både har en stor mulighet og et ansvar i forhold til denne problemstillingen. Lightbody hevder at sykepleiere mangler kunnskap om depresjon. Sykepleierutdanningen har et sterkt biologisk/medisinsk fokus

som ikke gir sykepleiere gode nok redskaper til for eksempel å se depresjon maskert av andre konsekvenser av et slag som fatigue, søvnproblemer, kognitive endringer og afasi. Evnen til å lese depresjon hos den slagrammede, krever at ulik type viten settes sammen. Sykepleiere trenger kunnskap om depresjon etter slag.

Lightbody hevder også at tid og anledning til observasjon er viktige faktorer. Studien hennes viser at pårørende som er omsorgspersoner, er bedre i stand til å observere depresjon hos sine slagrammede enn det sykepleiere er. Årsaken til dette kan selvfølgelig være at de pårørende kjenner de slagrammede best, men også at de tilbringer tid sammen. Sykepleierhverdagen er ofte travel. Det er mange oppgaver å løse og mange prioriteringer å gjøre. Mangel på tid kan gjøre at sykepleiere vegrer seg for å gå inn i pasientens følelsessfære fordi de kanskje ikke har mulighet til på en god måte å møte det pasienten formidler. For at sykepleieren skal kunne ta sin del av ansvaret for å kartlegge depresjon hos slagrammede, må hun ha tid og anledning til å observere og lytte, både til pasient og pårørende.

I de avdelinger og enheter som behandler og rehabiliterer slagpasienter, utføres det en mengde fysiske og kognitive tester, men svært få steder kartlegges det for depresjon. Rutinemessig kartlegging for å identifisere depresjon hos mennesker som er i risikogruppen, er en av anbefalingene i de nasjonale retningslinjene for behandling av depresjon (2009) (54). Det ser ut til at depresjon forekommer hyppigst i akutfasen etter slag, dvs innen en måned. Fordi de fleste slagrammede som er deprimerte etter 12 og 18 måneder også var det i akutfasen, er det viktig å få stilt diagnosen tidlig. Kanskje er det mulig å forebygge at depresjonen blir en kronisk tilstand? Sykepleiere kan være pådrivere for å få iverksatt en rutinemessig screening for depresjon i sin avdeling. De kan også lære å bruke kartleggingsverktøy for depresjon, enten ved at de selv observerer eller ved at de assisterer slagrammede pasienter når de utfyller skjemaer.

Sykepleiere kan også være med på forebygge depresjon hos slagrammede.

### Hovedbudskap:

- Depresjon forekommer hos rundt en tredel av alle som får hjerneslag.
- Depresjon diagnostiseres og behandles i liten grad hos slagpasienter.
- Depresjon kan føre til redusert rehabiliteringsresultat, dårlig livskvalitet og i verste fall død.
- Depresjon er ubehagelig for pasienten, og en byrde for deres pårørende. Depresjon hos slagpasienter må tas på alvor.
- Depresjon oppstår hyppigst i akutfasen (inntil 1 måned etter slaget). Dette er en periode hvor sykepleiere ofte har kontakt med slagpasienten. Det er viktig at depresjon oppdages, følges opp og eventuelt behandles fra et tidlig tidspunkt.
- Sykepleiere kan bidra til å forebygge depresjon hos slagrammede.

To nyere, britiske studier viser at sykepleieres intervensjon med slagrammede har effekt. I 2005 gjennomførte Burton og Gibbon en studie der 176 slagpasienter ble delt i to grupper, en intervensjonsgruppe og kontrollgruppe. Kontrollgruppen fikk tradisjonell oppfølging, mens intervensjonsgruppen ble fulgt opp av slagsykepleier etter utskrivelse fra sykehus. Opplegget var individuelt og fleksibelt, men med en veiledet struktur som hadde utgangspunkt i bestemte områder som er viktig i slagrehabilitering. Det var i gjennomsnitt tre kontaktpunkter mellom den slagrammede og sykepleieren i løpet av månedene etter slaget. Ett år etter slaget hadde intervensjonsgruppen en bedre opplevd generell helse enn kontrollgruppen. Intervensjonsgruppen hadde reduserte emosjonelle reaksjoner, og færre opplevde sosial isolasjon. Studien viste også at intervensjonen førte til at de pårørende opplevde situasjonen mindre belastende sammenlinket med kontrollgruppen, og at de slagrammede i denne gruppen var mindre fysisk avhengige (52). Watkins m. fl (2007) benyttet en tilnærming kalt ”Motivational Interviewing” i sin studie. Også her ble en gruppe slag-

pasienter inndelt i en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Mens kontrollgruppen fikk tradisjonell oppfølging, ble intervensjonsgruppen fulgt opp med fire individuelt tilrettelte sesjoner på 30-60 minutter i månedene etter slaget. Med utgangspunkt i egen opplevelse og vurdering av det å leve med hjerneslag, fikk pasientene hjelp til å mobilisere positiv mestringsforventning (self-efficacy) og finne sine egne løsninger. Intervensjonen startet rundt 2-4 uker etter slaget. Studien viste at intervensjonsgruppen fikk en signifikant bedring av stemningsleiet (53). Mens Burton og Gibbon ikke forholder seg spesifikt til afasirammede i sin studie, har Watkins ekskludert pasienter med alvorlige kommunikasjonsproblemer.

Slagpasienten trenger sykepleiere som ikke bare er ”diskrêheten selv” (jfr. tidligere sitat), men som har viten, vilje og verktøy til å forebygge, avdekke, bidra til behandling, og ikke minst synliggjøre at depresjon er et vesentlig symptom etter hjerneslag som må tas på alvor.

## Referanser

- Robinson RG. *The clinical neuropsychiatry of stroke*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
- Hackett ML, Yapa C, Parag V, Anderson CS. Frequency of depression after stroke. A systematic review of observational studies. *Stroke*. 2005;36:1330-40.
- Gaete JM, Bogousslavsky J. Post-stroke depression. *Expert Rev Neurotherapeutics*. 2008;8(1):75-92.
- Fure B. Depresjon, angst og andre emosjonelle symptomer ved hjerneslag. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2007;10(127):1387-9.
- Schubert DS, Taylor C, Lee S, Mentari A, Tamaklo W. Detection of depression in the stroke patient. *Psychosomatics*. 1992;33(3):290-94.
- Ellekjær H, Selmer R. Hjerneslag – like mange rammes, men prognosen er bedre. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2007;6(127):740-3.
- Fure B, Wyller TB, Engedal K, Thomassen B. Emotional symptoms in acute ischemic stroke. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21:382-7.
- Palomaki H, Kaste M, Berg A, Lönnquist R, Lönnquist J, Lehtihalmes M, et al. Prevention of poststroke depression: 1 year randomised placebo controlled double blind trial of mainserin with 6 month follow-up after therapy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1999;66(4):490-4.
- Shima S, Kitagawa Y, Kitamura T, Fujinawa A, Watanabe Y. Poststroke depression. *Gen Hosp Psychiatry*. 1994;16(4):286-9.
- Eastwood MR, Rifat SL, Nobbs H, Ruderman J. Mood disorder following cerebrovascular accident. *Br J Psychiatry*. 1989;154:195-200.
- Kauhanen M, Korpelainen JT, Hiltunen P, Brusin H, Mononen H, Määttä P, et al. Poststroke depression correlates with cognitive impairments and neurological deficits. *Stroke*. 1999;30:1875-1880.
- Singh A, Black SE, Herrmann N, Leibovitch FS, Ebert PL, Lawrence J, et al. Functional and neuroanatomic correlations in poststroke depression: the Sunnybrook Stroke Study. *Stroke*. 2000;31:637-44.
- Engedal K. *Alderspsykiatri i praksis*. 2. utg. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2008.
- Townend E, Brady M, MacLaughlan K. A systematic evaluation of the adaption of depression diagnostic methods for stroke survivors who have aphasia. *Stroke*. 2007;38:3076-3083.
- Lightbody E, Auton M, Baldwin R, Gibbon B, Hamer S, Laethley MJ, et al. The use of nurses' and carers' observations in the identification of poststroke depression. *J Adv Nurs*. 2007;60(6):595-604.
- Agrell B, Dehlin O. Comparison of six depression rating scales in geriatric stroke patients. *Stroke*. 1989;20:1190-4.
- Johnson G, Burwill PW, Anderson CW, Jamrozik K, Stewart-Wynne EG, Chakera TMH. Screening instruments for depression and anxiety following stroke: experience in the Perth community stroke study. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;91(4):252-7.
- Chemerinski E, Robinson RG. The neuropsychiatry of stroke. *Psychosomatics*. 2000;41(1): 5-14.
- Angelelli P, Paoulucci S, Bivona U, et al. Development of neuropsychiatric symptoms in poststroke patients: a cross-sectional study. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110(1):55-63.
- Aben I, Denollet J, Lousberg R, Verhey F, Wojciechowski F, Honig A. Personality and vulnerability to depression in stroke patients. *Stroke*. 2002;33:2391-5.
- Aben I, Verhey F, Strik J, Lousberg R, Lodder J, Honig A. A comparative study into the one-year cumulative incidence of depression after stroke and myocardial infarction. *J Neuro Neurosurg Psychiatry*. 2003;74(5):581-5.
- Berg A, Palomäki H, Lehtihalmes M, Lönnquist J, Kaste M. Poststroke depression: an 18-month follow-up. *Stroke*. 2003;34:138-43.
- Staub F, Bogousslavsky J. Post-stroke depression or fatigue? *Eur Neurol*. 2001;45(1):3-5.
- Robinson RG, Kubos KL, Starr LB, Rao K, Price TR. Mood disorders in stroke patients. Importance of location of lesion. *Brain*. 1984;107(Pt 1):81-93.
- Morris PL, Robinson RG, Raphael B, Hopwood MJ. Lesion location and poststroke depression. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1996;8(4):399-403.
- MacHale SM, O'Rourke SJ, Wardlaw JM, Dennis MS. Depression and its relation to lesion location after stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1998;64(3):371-4.
- Finset A, Goffeng L, Landrø NI, Haakonson M. Depressed mood and intra-hemispheric location of lesion in right hemispheric stroke patients. *Scand J Rehabil Med*. 1989;21(1):1-6.
- Carota A, Berney A, Aybek S, Iaria G, Staub F, Ghika-Schmid F, et al. A prospective study of predictors of poststroke depression. *Neurology*. 2005;64(3):428-33.
- Pohjasvaara T, Leppävuori A, Siira I, Vataja R, Kaste M, Erkinjuntti T. Frequency and clinical determinants of poststroke depression. *Stroke*. 1998;29:2311-7.
- Carson AJ, MacHale S, Allen K, Lawrie SM, Dennis M, House A, et al. Depression after stroke and lesion location: a systematic review. *Lancet*. 2000;356(9224):122-6.
- Bhogal SK, Teasell R, Foley N, Speechley M. Lesion location and poststroke depression: a systematic review of the methodological limitations in the literature. *Stroke*. 2004;35:794-802.
- Caeiro L, Ferro JM, Santos Co, Figueira ML. Depression in acute stroke. *J Psychiatry Neurosci*. 2006;31(6):377-83.
- Ouimet MA, Primeau F, Cole MG. Psychosocial risk factors in poststroke depression: a systematic review. *Can J Psychiatry*. 2001;46(9):819-28.
- Robinson-Smith G. Verbal indicators of depression in conversations with stroke survivors. *Perspect Psychiatr Care*. 2004;40:61-9.
- House A, Knapp P, Bamford J, Vail A. Mortality at 12 and 24 months after stroke may be associated with depressive symptoms at 1 month. *Stroke*. 2001;32:696-701.
- Sinyor D, Amato P, Kaloupek DG, Becker R, Goldenberg M, Coppersmith H. Post-stroke depression: relationship to functional impairment, coping strategies, and rehabilitation outcome. *Stroke*. 1986;17:1102-7.
- Van der Weg FB, Kuik DJ, Langhorst GJ. Post-stroke depression and functional outcome. A cohort study investigating the influence of depression on functional recovery from stroke. *Clin Rehabil*. 1999;13(3):268-72.
- Paolucci S, Antonucci G, Grasso MG, Morelli D, Troisi E, Coiro P, et al. Post-stroke depression, antidepressant treatment and rehabilitation results. A case-control study. *Cerebrovasc Dis*. 2001;12(3):264-71.
- Morris PL, Robinson RG, Andrzejewski P, Samuels J, Price TR. Association of depression with 10-year poststroke mortality. *Am J Psychiatry*. 1993;150(1):124-9.
- Williams LS, Shoma Ghos S, Swindle RW. Depression and other mental health diagnosis increase mortality risk after ischemic stroke. *Am J Psychiatry*. 2004;161(6):1090-5.
- Teasdale TW, Engberg AW. Suicide after a stroke: a population study. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(12):863-6.

42. Brønnum-Hansen H, Davidsen M, Thorvaldesn P. Long-term survival and causes of death after stroke. *Stroke*. 2001;32:2131-6.

43. Stenager EN, Madsen C, Stenager E, Boldsen J. Suicide in patients with stroke: epidemiological study. *BMJ*. 1998;316(7139):1206.

44. Pohjasvaara T, Vataja R, Leppavuori A, Kaste M, Erkinjuntti T. Suicidal ideas in stroke patients 3 and 15 months after stroke. *Cerebrovasc Dis*. 2001;12(1):21-26.

45. Franzén-Dahlin Å, Billing E, Näsman P, Mårtensson B, Wredling R, Murray V. Post-stroke depression – effect on the life situation of significant other. *Scand J Caring Sci*. 2006;20(4):412-6.

46. Hackett ML, Anderson CS. Treatment options for post-stroke depression in the elderly. *J Aging Health*. 2005;17(1):95-105.

47. Hackett ML, Anderson CS, House AO. Intervention for treating depression after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; Issue 1.

48. Anderson CS, Hackett ML, House AO. Interventions for preventing depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;2, CD003689.

49. Wyller TB, Thommessen B, Sodring KM, Pettersen AM, Bautz-Holter E, Laake K. Emotional well-being of close relatives to stroke survivors. *Clin Rehabilitation*. 2003;17(4):410-7.

50. Thommessen B, Aarsland D, Braekhus A, Oksengaard AR, Engedal K, Laake K. The psychosocial burden on spouses of the elderly with stroke, dementia and Parkinson's disease. *Int J Geriatric Psychiatry*. 2002;17(1):78-84.

51. Helsedirektoratet. *Demensutredning i kommunehelsetjenesten*. Veileder. [2009 Febr.] Finnes på: [www.aldring-oghelse.no](http://www.aldring-oghelse.no) (2009).

52. Burton C, Gibbon B. Expanding the role of the stroke nurse: a pragmatic clinical trial. *J Adv Nurs*. 2005;52(6):640-50.

53. Watkins CL, Auton MF, Deans CF, Dickinson HA, Jack CIA, Lightbody CE, et al. Motivational interviewing early after acute stroke, A randomized controlled trial. *Stroke*. 2007;38:1004-9.

54. Helsedirektoratet. *Nasjonale retningslinjer for behandling av depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. 2009. [2009 Febr.] Finnes på: [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no).

55. Narushima K, Kosier JT, Robinson RG. A reappraisal of poststroke depression, intra- and inter-hemispheric lesion location using meta-analysis. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2003;15(4):422-30.

# ORDRE

av forfatter Stein Mehren

Forlag: Aschehoug forlag, 2008

**Denne boken er en utradisjonell bok å anmelde i dette bladet, men sjelden får leserne flottere presentert en opplevelse av sykdommens og aldringens ansikt sett innenfra.**

**Stein Mehren har skrevet over 50 bøker og har vært nominert til Nordisk Råds litteraturpris sju ganger. Han er uten tvil en av de viktigste poetene i siste halvdel av 1900-tallet. I den nye diktsamlingen med tittelen *Ordre* møter vi både en velkjent og en ny Stein Mehren.**

## Gammelt og godt

Stein Mehren er på mange måter en bærer av den romantiske tradisjonen etter Henrik Wergeland; han skriver sterkt pasjonerte dikt om menneskets plass i universet, om individets kamp og ansvar i en stadig mer marxkrigersk verden. Han skriver om kropp og ånd, hjerte og tanke, kjærlighet og religion. Han undrer seg over det mysterium et menneske er.

## Nytt og godt

Alt dette er tilstede i årets diktsamling. Nytt av året er den sterke tematiseringen av sykdom, aldring og død. Dette henger tydelig sammen med dikterens egen livssituasjon. Stein Mehren lider av Parkinsons sykdom. Flere av diktene i samlingen er hjerteskjærende i sin beskrivelse av et menneske som klamrer seg til livet, med nebb og klør. Den som tidligere har undret seg over alt som finnes på den andre siden, skriver nå:

*Jeg får aldri nok av livet  
Jeg vil ikke inn i labyrintene av en  
sjelevandring, jeg vil ikke  
miste sjelen min i et tomt nirvana  
Jeg får aldri nok (...)  
Jeg vil leve  
Leve leve leve*

I sykdommen klarer Stein Mehren å se seg selv utenfra. I diktet *Parkinson On and Off* er Mehren på sitt beste:



*Jeg er en vanskelig person å ha som pasient. Særlig for doktor Parkinson. Jeg forsøker å bære sykdommen hans, men jeg mister den stadig, kaster den fra meg på bakken. Og springer av gårde glad og lett som en fugl. Å nei du, så lett er det ikke å slippe fra meg, brummer Parkinson. Han stanser, plukker opp fra gaten et stort anfall og legger det over akslene mine. Bær videre sier han, og jeg bærer*

Her kan det assosieres til kors og Kristus, til skyld og offer, samtidig som bildet er helt konkret: Vi ser pasienten, som helst vil gå lettlivet ut i verden, vi ser doktoren (den engelske legen James Parkinson var den som første gang satte en benevnelse på sykdommen i 1817) og vi ser sykdommen, som et teppe av bly, tungt og vondt å bære.

## Hjerteblod og humor

I flere av diktene beskriver Stein Mehren konkrete scener fra et pleiehjem der vi må tro han er innlagt. Det handler om mangel på pleiere, om vennlige sykepleiere fra Asia som arbeider doble vakter for å sende penger hjem. Det handler om sorgen og smerten ved ikke å kunne kontrollere kroppen som før, og det handler om angsten for å dø. Dette er skrevet med hjerteblod, men også selvironi og humor.

I diktet *En sengehest* harselerer han over ironien i ordene på en måte som viser hvordan vi i eldreomsorgen bruker ord hver dag som av andre kan lekes med, og gjøres om på.

Hjerteblodet kommer frem i diktet som *Du tyv* der han viser frem den identitetsløse tilstanden som sykehjemspasient. Boken gir smerte og latter og er flott å ha på vaktrommet, på personalsamlinger og som en tankeflukt hvor som helst.

*Delvis sakset fra <http://www.nrk.no/nyheter/kultur/1.6252841> og skrevet av Siri Meyer.*





NSFs FAGGRUPPE FOR  
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

## Bli medlem i NSF's Faggruppe for Sykepleiere i Geriatri og Demens, du også!

Vi er et slagkraftig fellesskap med mange medlemmer som brenner for fagområdet geriatri og demens. Om du ønsker å bli en del av vårt nettverk, bare fyll ut blanketten nedenfor og send den til vår leder Hilde Fryberg Eilertsen.

### I N N M E L D I N G S B L A N K E T T

..... ønsker å bli medlem av NSF FGD

Adresse: .....

Postnr./sted: .....

e-postadresse: .....

Arbeidssted: .....

Medlemsnr. i NSF: ..... Kontingent: kr 252,- pr. år

(Pensjonister, ufør (ikke i aktivt arbeid) og sykepleiestudenter betaler 50% av kontingent).  
Legg innmeldingsblanketten i en konvolutt og send den til:

NSF/FGD

v/Hilde Fryberg Eilertsen, Vikaveien 21, N-9022 Krokeldalen

## FAGGRUPPAS NETTSIDE

Alle faggrupper har egen nettside og nettsideansvarlig for NSF FGDs nettside er Gunhild Grythe.

For å finne vår nettside, går du inn på:  
<http://www.sykepleierforbundet.no>.

Under Faggrupper finner du FGD Faggruppe i geriatri og demens. Der legges det inn aktuelt stoff fortløpende, og det er fint om jeg kan få tips om aktuelle artikler og annet interessant stoff som du tror andre kan ha glede av å lese.

E-postadresse og tlf.nr finner du øverst på denne side.

Faggruppa har også en nettside her:  
[www.nsfgeriatridemens.no](http://www.nsfgeriatridemens.no).



## Hvorfor betale mer enn nødvendig?



Å handle lokalt gir  
økt trygghet!

### DESTO AF290L

Spyledekontaminator,  
benk, skap og kum. – Alt i ett!

**Nå kun kr 59000!** (ekskl. mva)

- Kompakt, bygger kun 90 cm.
- Integriert låsbart skap for såpe (påbudt)
- Kum for manuell vask/håndvask
- Automatisk dør på spyledekontaminatoren (Fotbetjent)

- Alta tlf.: 7844 2333 • Bergen tlf.: 5594 6700
- Bodø tlf.: 7558 8130 • Gjøvik tlf.: 02330
- Kristiansand tlf.: 3814 4600 • Kristiansund N tlf.: 7167 2450
- Mo i Rana tlf.: 7515 1088 • Oslo tlf.: 6699 5090
- Stavanger tlf.: 5185 4545 • Trondheim tlf.: 7384 7733

 Desto

[www.desto.no](http://www.desto.no)



# Disputas i Geriatrisk Sykepleie

Sykepleier Liv Wergeland Sørbye disputerte 12. februar 2009 ved Universitetet i Tromsø med avhandlingen ***Frail homebound elderly: basic nursing challenges of home care – A comparative study across eleven sites in Europe.***

Bakgrunnen for avhandlingen er det helsepolitiske målet i Norge at eldre pleietrengende skal få anledning til å bo hjemme så lenge som mulig. Hensikten med avhandlingen var å beskrive, analysere og sammenlikne grunnleggende behov (som ernæring og eliminasjon) og kliniske trekk hos et utvalg av eldre mennesker som mottok hjemmetjenester.

Data ble hentet fra Aged in Home Care (AdHOC) prosjektet, en befolkningsbasert undersøkelse i 11 byområder i Norden, sentral- og syd Europa. Vurderingsverktøyet Resident Assessment Instrument for hjemmetjenester ble brukt som metode ved oppstart i 2001/2002, og ved oppfølging etter seks og 12 måneder.

Totalt deltok 4010 informanter, som var 80 % av de forespurte. Kvinner utgjorde 74 % av utvalget. Gjennomsnittsalder var  $80,9 \pm 7,5$  år for menn og  $82,8 \pm 7,3$  år for kvinner. Avhandlingens seks artikler omhandler temaene: utilsiktet vekttap, ekstremer overvekt, inkontinens for urin og avføring, samt vurdering av omsorgsnivå.

Å være "lenket til hjemmet" (homebound) er et samlebegrep for artiklene. Studien viste en signifikant sammenheng mellom tegn og symptomer på problemer med ernæring og eliminasjon og det å være "lenket til hjemmet". Den relative risiko utledet fra odds ratio var alle statistisk signifikante 95 % konfidensintervall. En logistisk regresjonsmodell forklarte 51 % av beregnet risiko for å bli lenket til hjemmet.

Det å motta sykepleieprosedyrer var den sterkeste prediktor for innleggelse i sykehjem (OR= 3,7, 95% konfidensintervall 1,7-7,8). Pasienter med utilsiktet vekttap ved første vurdering hadde doblet dødelighet i løpet av 12 måneder versus dem som ikke hadde hatt utilsiktet vekttapt ( $p < 0,001$ ).



Avhandlingen konkluderer med at eldre, enslige som er "lenket" til hjemmet er svært sårbare. Å være lenket til hjemmet var signifikant assosiert med ernærings- og eliminasjonsproblemer.

Liv Wergeland Sørbye er førsteamanuensis ved Diakonhjemmet høyskole.

Styret i NSF Faggruppe i Geriatri og Demens og redaksjonen i Geriatrisk Sykepleie gratulerer.

## ROGALANDSTYRET BESØKTE DAGSENTER OG SYKEHJEM I VILNIUS

Vilnius i Litauen var reisemålet da styret for NSFFGDs lokalgruppe i Rogaland la ut på tur sent i september måned 2008. Vi var invitert av sykepleieren Sigita, som hadde jobbet et år i Stavanger. Hun hadde lagt opp kjekt besøk ved to institusjoner for oss.

Første besøk gikk til et dagsenter som lå i toppetasjen av et sykehjem. Det var det første og eneste dagsenter tilpasset personer med demens i Litauen. Dagsentret hadde vært i drift i ett år. Interiøret var lyst og fint med plass til 30 personer med demenssykdom hver dag.

De hadde mange oppholdsrom til å drive ulike aktiviteter, som trimgruppe, ulike formingsaktiviteter og avislesning. Selv om det var så mange tilstede samtidig, så var lokalene slik at brukerne kunne deles inn i grupper i forhold til funksjonsnivå, og etter interesser. Det var ti ansatt ved dette dagsentret med tverrfaglig sammensetning: sykepleiere, sosialarbeidere, en høyskole-

utdanning som nok er en mellomting mellom sosionom og fysioterapeut samt hjelpepleiere og assistenter. Tror vi skal lete lenge for å finne et så godt tilrettelagt dagtilbud for personer med demens i Norge.

Videre gikk turen til et stort sykehjem som lå langt inne i en skog der vi ble møtt av tilsynslegen og oversykepleier. Vi fikk en orientering om sykehjemmet av direktøren som var utdannet lege. Fokus ved dette sykehjemmet var at de ønsket å gi et differensiert tilbud til pasientene. De hadde bl.a. en egen avdeling med terminal pleie, hvor omsorg ved livets slutt var i fokus. De hadde skjermede enheter med 12 pasienter i hver enhet, men her bodde det tre pasienter sammen på hvert rom. Det ble derfor ikke så lett å få et privatliv i institusjonen.

De ville gjerne vise oss de få private eien-delene de hadde plass til på sine rom. På dette sykehjemmet hadde de ikke så mange fagpersoner, og rekruttering var vanskelig.



Sykepleier Sigita og vertskapet på sykehjemmet i Vilnius.

Det var tydelig at ledelsen som vi møtte hadde mange planer for dette sykehjemmet fremover. Man kunne se at omsorgen for personer med demenssykdom var i fokus.

Kristin Aas Nordin,  
Nestleder, NSF FGD Rogaland

# Hei alle og gratulerer med nytt medlemsblad!

Du holder nå et rykende ferskt eksemplar av vårt medlemsblad "Geriatrisk Sykepleie – Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens" i hånden. Som du ser, har vi endret navn på medlemsbladet. Valget av tittel er ment å gjenspeile hva vi arbeider med. Vi har ikke glemt demensomsorgen som presiseres i undertittelen: "Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens". De endringer som er gjort, mener vi er til det bedre. Vi satser på å holde en høy faglig standard på artiklene, samt informere om hva som rører seg i fag- og forskningsmiljøene i forhold til geriatrisk sykepleie og demensomsorg. Men vi vil fremdeles også være et medlemsblad, og stoff om hva som rører seg ute i lokalgruppene er alltid like velkommen. Send gjerne inn artikler, hjertesukk, master- og doktorgradsarbeid, prosjektresultater, osv., og hjelp oss å gjøre bladet til et fagblad vi kan være stolte av.

Vi er godt i gang med et nytt år, og landskonferansen er rett rundt hjørnet. I år har vi satset på kunnskapsbasert sykepleie. Det finnes mye kunnskap og erfaring blant sykepleierne som jobber i klinisk praksis. Dette er kompetanse som er bygget opp gjennom år av praktisk og god sykepleie. Vi sykepleiere er ikke alltid like flinke til å dokumentere denne kunnskapen. Det er dette vi ønsker å sette fokus på. Konferansen har til hensikt å formidle hva som menes med kunnskapsbasert sykepleie. Ved å sette fokus på sår og ernæring, har vi dekket to av områdene der sykepleierne har viktige og selvstendige oppgaver overfor gamle mennesker. Samtidig har vi dekket to av de fem nordiske kvalitetsindikatorerne hvor vi ønsket å øke kompetansen, i henhold til Handlingsplanen for 2009.

NSFs Landsmøte i 2007, sak 3, omhandler NSF som samfunnsaktør. Landsmøtet ønsket at alle nivåer i organisasjonen skal involveres. Denne saken ble det arbeidet med på Samhandlingskonferansen 2008, og den ble videreført til Samhandlingskonferansen i januar i år. På denne konferansen møter alle sentrale faggruppelidere, alle fylkesledere og forbundsledelsen. Ønsket er at arbei-

det lokalt i fylkene skal løftes opp og prioriteres. Resultatet er foreløpig at det er etablert lokale fagforum ved mange fylkeskontor. Lokale fagforum består av lokale faggruppelidere, evt. kontaktpersoner for de faggruppene som ikke har lokalgruppe. Det lokale fagforumet velger en leder, som skal møte i fylkestyret, samt ha løpende kontakt med fylkesleder og fylkeskontoret.

Vår faggruppe har 5 lokalgrupper og 6 fylkeskontaktpersoner, slik at vi kan ha representanter i 11 av landets 19 fylker. Slik er det imidlertid ikke, da ikke alle fylkene har etablert lokale fagforum ennå. Vi håper imidlertid at dette blir gjort snart. Fordelen med et slikt samarbeid mellom fylkeskontoret og de lokale faggruppene er bl.a. bedre informasjonsflyt mellom dem og kjennskap til hverandres arbeid, oppbygging av nettverk, samarbeid om kurs, osv. NSF oppfordrer til mer aktivitet ute i fylkene, og ønsker bedre samarbeid mellom lokalgruppene og fylkeskontorene. Dersom våre medlemmer ute i fylkene brenner for lokale saker eller tiltak som gjelder faget vårt, kan de ta kontakt med lokalgruppen i fylket eller fylkeskontoret. Begge disse instansene skal være informert om NSF's ønsker, og vil gjøre hva de kan for å hjelpe til. Jo flere vi går sammen om å fronte en viktig sak, jo mer kraft har vi bak kravene.

Jeg vil minne om Pasientrettighetslovens kapittel 4 A som trådte i kraft den 01.01.09, og som heter "Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen". Bakgrunnen for disse bestemmelsene er at det rettslige grunnlaget for å yte denne typen helsehjelp, har vært uklart. Reglene her gir adgang til å yte helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg somatisk helsehjelp, men de pålegger også den som skal yte denne hjelpen først å forsøke å legge til rette for helsehjelpen uten å bruke tvang. Reglene skal derfor prøve å forebygge og begrense bruk av tvang. Kapittel 4 A har også klare regler for hvem kan yte helsehjelp, hvor helsehjelp kan ytes, samt



pasient og pårørendes rolle og klageadgang. Informasjon og e-læringsprogram finnes på Helsedirektoratets sider, [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no). Det var også vedlagt en CD-plate med opplæring og informasjon i Sykepleien Jobb nr. 02.

Faggruppen har også deltatt i andre sammenheng siden siste fagblad kom ut. Blant annet har jeg sittet i en referansegruppe som skal lage NSF's strategi for psykisk helse og rus 2009 – 2012. Her har jeg på vegne av faggruppen hatt ansvaret for området: psykisk helse hos eldre. Strategien er fremdeles under bearbeiding, og det blir spennende å se resultatet når den legges frem utpå vårparten. Jeg håper vi klarer å få satt de eldres psykiske helse på dagsorden. Dette er et område som er sørgelig forsømt. Eldre mennesker har krav på å bli tatt på alvor og bli behandlet med respekt, når det oppstår psykiske lidelser i alderdommen. Alder skal ikke være en hindring for å få rask og kvalifisert hjelp, verken når det gjelder demens, depresjon, angst eller rusavhengighet. Kunnskapsøkning i forhold til alderspsykiatrien er også helt i samsvar med målene våre i Handlingsplan for 2009, og derfor har vi valgt som tema i dette nummeret av Geriatrisk sykepleie: Depresjoner hos eldre.

Kos dere med bladet!

*Hilde Fryberg Eilertsen, leder  
NSFs Faggruppe for sykepleiere  
i geriatri og demens*

Svein Olav Daatland

## ALDRING SOM PROVOKASJON

TEKSTER OM ALDRING OG SAMFUNN



Denne boken går nærmere inn på aldersforakten - hva er kilden til «alderismen» og hvilke konsekvenser har den? Forfatteren tar så for seg «den vakre alderdommen», eldres posisjon i det moderne samfunnet, forholdet til familien og mellom generasjonene og eldreomsorgens tilsynelatende evige krise. Boka avrundes med et blikk på aldersforskningen.

ISBN 978-82-450-0785-5 | Kr 335,- | 216 sider

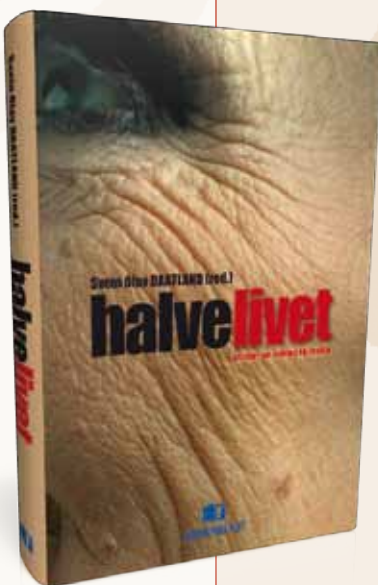
Svein Olav Daatland (red.)

## HALVE LIVET

ARTIKLER OM ALDRING OG LIVSLØP

I *Halve livet* finner du et utvalg artikler fra tidsskriftet Aldring og livsløp som i år feirer 25 år. Blant forfatterne finner du kjente stemmer fra norsk og nordisk aldersforskning, blandet med essayistiske innslag fra andre skarpe skribenter som blant annet Andreas Hompland, Ivar Frønes, Birgitta Odén, Merete Mazzarella og Gudmund Hernes.

**Svein Olav Daatland** er sosialpsykolog og forsker ved NOVA. Han har vært redaktør av *Aldring og livsløp* siden starten for 25 år siden, og har i like mange år forsket på aldring i et livsløpsperspektiv.



ISBN 978-82-450-0787-9 | Kr 369,- | 362 sider

  
**FAGBOKFORLAGET**

www.fagbokforlaget.no  
e-post: [ordre@fagbokforlaget.no](mailto:ordre@fagbokforlaget.no)  
ordretelefon: 55 38 88 38

## Landsstyret NSF FGD 2008/2010

Leder: Hilde Fryberg Eilertsen, Vikveien 21, 9022 Krokeldalen

Telefon: 77 69 92 68, Mobil: 901 04 323

Arbeid: Tromsø Kommune, Omsorgstjenesten Fastlandet, Tomasjord

E-mail: [hilde@nsfgeriatridemens.no](mailto:hilde@nsfgeriatridemens.no)

Nestleder: Siri Elisabeth Meyer, Hytteveien 6, 3477 Båstø

Telefon: 31 28 89 22, Mobil: 918 03 883

Arbeid: Høgskolen i Buskerud, Avdeling for helsefag, Drammen

E-mail: [siri.meyer@hibu.no](mailto:siri.meyer@hibu.no)

Kasserer: Tone Brandeggen, Lensmann Blixv. 15, 4026 Stavanger

Telefon: 51 52 70 97, Mobil: 472 39 212

Arbeid: Universitetssykehuset i Stavanger, Medisinsk klinikk

E-mail: [tone@nsfgeriatridemens.no](mailto:tone@nsfgeriatridemens.no)

Sekretær: Målfrid Schiager, Øversbygd 188, 2836 Biri, Mobil: 918 48 348

Arbeid: Biri Omsorgssenter, hjemmetjenesten, Gjøvik kommune

E-mail: [maalfrid@nsfgeriatridemens.no](mailto:maalfrid@nsfgeriatridemens.no)

Redaktør: Karen Bjøro, Arnulf Øverlands vei 266, 0763 Oslo

Telefon: 22 14 21 68, Mobil: 481 04 697

Arbeid: Ullevål universitetssykehus, Bevegelsesdivisjon

E-mail: [karen@nsfgeriatridemens.no](mailto:karen@nsfgeriatridemens.no)

1. var medlem: Torhild Warland, Kvernevikvn 13, 4048 Hafrsfjord

Telefon: 51 55 28 75, Mobil: 990 30 493

E-mail: [torhild@nsfgeriatridemens.no](mailto:torhild@nsfgeriatridemens.no)

2. var medlem: Anna Særnmo, Elvevn. 15, 4823 Nedenes

Telefon: 37 09 49 15 (p), 37 25 64 19 (a), Mobil: 974 79 455

E-mail: [annikarsen@hotmail.com](mailto:annikarsen@hotmail.com)

## LOKALGRUPPELEDERE/KONTAKTPERSONER:

### Lokalgruppeleder i Rogaland:

Torhild Warland, (se landsstyret)

### Lokalgruppeleder i Oppland:

Anne Nora Løsnesløkken, Meierivegen 1, 2816 Gjøvik

Telefon: 907 49 228 - E-mail: [losneslokken@online.no](mailto:losneslokken@online.no)

### Lokalgruppeleder i Troms:

Hilde Fryberg Eilertsen, (se landsstyret)

### Kontaktperson i Oslo/Akershus:

Anne Lisbeth Syvertsen, Flesviksvei 6, 2020 Skedsmokorset

Tlf.: 63 87 93 50

### Lokalgruppeleder i Agder:

Robert Tjersland, Eskedal, 4885 Grimstad - Tlf.: 37 04 30 50

Mobil: 99 69 39 61 - E-mail: [robert.tjersland@grimstad.kommune.no](mailto:robert.tjersland@grimstad.kommune.no)

### Lokalgruppeleder i Hordaland:

Bente Louise Fløisand, Sophus Philsgt 9., 5035 Bergen - Tlf.: 91 36 32 27

E-mail: [BenteLouise.Floisand@bergen.kommune.no](mailto:BenteLouise.Floisand@bergen.kommune.no)

### Kontaktperson i Hedmark:

Margot Storm, Ellevsæterveien 315, 2380 Brumunddal - Tlf.: 62 34 04 59

Mobil: 95 07 94 60 - E-mail: [margot.storm@bluezone.no](mailto:margot.storm@bluezone.no)

### Kontaktperson i Sør-Trøndelag:

Ann-Kristin Lyngvær, Slettvik, 7318 Agdenes - Tlf.: 92 62 50 77

### Kontaktperson i Finnmark:

Solfrid Lund, Alma Halses v 44 A, 9511 Alta - Tlf.: 78 43 18 61

Mobil: 99 64 64 78

### Kontaktperson i Sogn og Fjordane:

Mari Brekke, Fretheimshaugane, 5743 Flåm - Tlf.: 57 63 22 95

Mobil: 91 11 12 94

### Kontaktperson i Nordland:

Kirsten Willumsen, Kløverengveien 36, 8011 Bodø - Tlf.: 75 55 41 32

Mobil: 91 12 24 15. Helse- og sosialavdelingen, Bodø kommune

E-mail: [kirsten.willumsen@bodo.kommune.no](mailto:kirsten.willumsen@bodo.kommune.no)



RETURADRESSE:  
Hilde Fryberg Eilertsen  
Vikveien 21  
9022 Krokeldalen

**B** ØKONOMI  
ÉCONOMIQUE



## NSFs FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

INVITERER TIL FAGGRUPPENS LANDSSEMINAR

# KUNNSKAPSBASERT SYKEPLEIE TIL GAMLE MENNESKER

### MED FOKUS PÅ SÅR – ERNÆRING

7. – 8. mai 2009,

Oslo Kongressenter (Folkets hus)

Detaljert program er lagt ut på faggruppens internettside:

**[www.sykepleierforbundet.no/geriatripsykepleiere.no](http://www.sykepleierforbundet.no/geriatripsykepleiere.no)**

Seminarer er meritterende til klinisk spesialist fra NSF med 10 timer.

Det er fortsatt mulighet til å melde seg på til landsseminaret!

**PRIS: Kr 2200,- for medlemmer i NSF FGD / Kr 2900,- for ikke medlemmer**

## PÅMELDING TIL SEMINARET

Navn: ..... Medlem i FGD: Ja Nei (sett ring)

Adresse: .....

E-post: ..... Tlf.: .....

Arbeidsgiver: .....

Regning sendes til: .....

Send påmelding til: [hilde@nsfgeriatri-demens.no](mailto:hilde@nsfgeriatri-demens.no) eller til: Hilde Fryberg Eilertsen, Vikveien 21, 9022 Krokeldalen

Eller meld deg på på vår internettside:

Se også: <http://www.sykepleierforbundet.no/geriatripsykepleiere.no>