

Lundbeck Pharma - Satellitsymposium

Medicinsk behandling af Alzheimers sygdom

Steen Hasselbalch, overlæge, dr.med, Neurocenteret, Rigshospitalet

Steen Hasselbalch indledte seminaret med en voting pad-test om anti-dementiel behandling. Hermed var deltageres interesse for at blive opdaterede om den nyeste viden indenfor området vakt.

Steen Hasselbalch forklarede, at hvor det tidligere kun var muligt at tilbyde medicinsk behandling til patienter med Alzheimers sygdom i let og middelsvær fase, er det i dag muligt at behandle symptomer ved svær demens. Rigshospitalets Hukommelsesklinikk har opnået erfaring med, hvordan denne behandlingsform bedst udnyttes. Flere undersøgelser viser en fordel ved at starte behandling mod svær demens, mens patienten stadig er middelsvært dement. Patienten skal, i en periode på ca. 6 måneder, samtidig behandles med 2 forskellige anti-dementielle præparater. Efter nogle måneders kombinationsbehandling, trappes patienten ud af den oprindelige anti-dementielle behandling.

Ved en sådan form for behandling ses en bedring af MMSE i de første 6 måneder, efterfulgt af samme kurve for tilbagegang som ellers. Patienten får således en udskydning af symptomerne ad to omgange. Det er således stadig en bedring af symptomerne og patienten opnår ikke en ændring af sygdomsprocessen. Udenlandske undersøgelser har i det store og hele vist samme resultater.

Ulemper ved denne behandlingsform

Bivirkninger i forbindelse med opstart af behandling ved svær demens, er de samme som ved behandling ved let til middelsvær demens. For nogle patienter, kan det være svært, at forholde sig til flere præparater, ligesom det kan være uoverskueligt i seponeringsfasen, hvor patienten overgår til at blive behandlet med det nye præparat. Der er forøgede udgifter ved at skulle behandle med 2 præparater samtidig.

Steen Hasselbalch udleverede ikke power-pointslides. Disse kan rekvireres ved e-mail henvendelse til DKDKs sekretariat på info@demens-dk.dk.

Effekt af kommunal ergoterapi for ældre personer med demens og deres plejepersoner

Marjolein CE Thijssen, ergoterapeut, lektor, Radboud University, Nijmegen Medical Center

Marjolein Thijssen indledte sit oplæg med at forklare, hvilken betydning demens har for tab af henholdsvis uafhængighed og autonomi i de daglige aktiviteter, samt for deltagelse i sociale aktiviteter.

Formålet med ergoterapi ved demens er overordnet, at forbedre patienternes og plejepersoners:

- Daglige funktion. Denne kan bl.a. styrkes gennem aktiviteter som er meningsfyldte for patienten
- Evner til at håndtere konsekvenserne af demens
- Livskvalitet. Denne kan forbedres ved at arbejde med ting, som er meningsfyldte for patienten
- Forbedre plejepersonens kompetencer, generelt og i forhold til pleje af patienten
- Mindske belastning for plejepersonen

Ph.d. afhandlingen

Efter sin indledning gennemgik Marjolein Thijssen de to overordnede forskningsspørgsmål for den af Maud Graff udarbejdede ph.d. afhandling:

1. Er kommunal ergoterapi ved demens hos ældre og deres uformelle plejepersoner effektiv?
2. Er kommunal ergoterapi ved demens også omkostningseffektiv?

Til at besvare disse spørgsmål havde Marjolein Thijssen anvendt den såkaldte continuum-metode, som overordnet består af 5 på hinanden følgende faser (retningslinje, kvalitativt forsøg, pilotforsøg, forsøg med omkostningseffektivitet samt pilotforsøg og implementeringsforsøg).

Fase 1: Udvikling af retningslinje

Fase 1 bestod blandt andet af litteraturstudier, rådføring med eksperter samt konsensusrunder blandt deltagere i projektet. I fasen blev ergoterapien overvejet i henhold til retningslinjer og koncept, samt retningslinjer for kvalitet og gennemførlighed vurderet.

Fase 2: Kvalitativt forsøg

Fase 2 med kvalitative forsøg, fokuserede på metoder herunder triangulering af resultater. I forhold til patienten med demens og den daglige funktion, fokuseredes på patientens uafhængighed og autonomi, patientens glæde ved aktiviteter samt den generelle værdsættelse. I forhold til plejepersonen fokuseredes på kommunikation her-

under plejepersonens information om konsekvenser af demens, færdigheder i problemløsning samt plejepersonens følelse af kompetence.

Fase 3: Pilotforsøg

I fase 3 gennemførte Marjolein Thijssen et pilotforsøg, hvor hun førte protokol til vurdering af projektets gennemførlighed. Resultaterne af pilotforsøget viste den praktiske anvendelighedsvurdering. Vurderingen blev opbygget på baggrund af udsagn fra patienter med demens samt plejepersoner. Pilotforsøgets anden del fokuserede på de positive signifikante ændringer af centrale udfald af forsøget. Herunder den daglige funktionsevne hos patienter med demens samt følelsen af kompetence hos plejepersonen efter 10 ergoterapibesøg i hjemmet. Disse pilotforsøg viste markante forbedringer i færdigheder og følelsen af kompetence, samtidig med at patientens behov for hjælp faldt. Af sekundære udfald sås positive effekter i forhold til livskvalitet, humør og ikke mindst helbredsstatus.

Fase 4: Forsøg med omkostningseffektivitet

På baggrund af modellens 3 første faser, foretog Marjolein Thijssen et såkaldt definitivt randomiseret kontrolleret forsøg, hvilket var et forsøg om omkostningseffektiviteten af ergoterapi til demente patienter. Omkostningseffektiviteten viste sig at være meget positiv. Fokus på omkostning pr. patient og effekt af den vellykkede behandling viste, at der pr. vellykkede behandling var en besparelse på 1750 Euro pr. patient.

Fase 5: Pilotforsøg og implementeringsforsøg

I 5 fase, som inkluderede pilotforsøg og implementeringsforsøg, fortalte Marjolein Thijssen om Hr. og Fr. Marks. Casen havde til formål at give et eksempel på en ergoterapeutisk intervention.

Forsøget med Hr. og Fr. Marks startede med, at den praktiserende læge bad om intervention, hvorefter Marjolein Thijssen kom på banen. Til at starte med lærte Marjolein Thijssen familien Marks at kende, og forklarede Hr. og Fr. Marks om formålene med ergoterapien, samt om det kommunale program for ergoterapi ved demens. Til at illustrere interventionen og kommunal ergoterapi ved demens, viste Marjolein Thijssen symposiets deltagere en planche, som overordnet var opdelt i 2 grupper og målsætninger. Første gruppe bestod af en ældre med demens, plejepersonen samt ergoterapeuten. Disse personer skulle alle bidrage til fælles målsætninger. I den anden gruppe fandt intervention over for patient og for plejepersonen sted. De to grupper påvirkede gensidigt hinanden, og bidrog til målsætningerne. I interventionsfasen var det vigtigt, at egne strategier og muligheder blev anvendt, og at interventionen lagde vægt på kommunikation og oplevelse af sikkerhed hos patienten.

I den diagnostiske del af interventionen for Fr. Marks, blev lagt vægt på patientens egne forklaringer samt på information om livshistorie, interesse, vaner, behov og motivation. I denne fase anvendtes den fortællende interviewteknik (OPHI-II). Den diagnostiske fase omfattede også Hr. Marks, som blev spurgt om plejebelastning og motivation samt om andre aktiviteter og interesser.

Den diagnostiske del omfattede også ergoterapeuten. Ergoterapeuten skulle observere, hvordan to meningsfulde aktiviteter blev udført, samt indsamle information om miljøet. Endvidere skulle ergoterapeuten indsamle information om det sociale og det fysiske miljø, herunder familieforhold, bolig, kvarter m.v.

Efter den diagnostiske del blev målsætningerne for kommunal ergoterapi hos patienter med demens fastsat. I det konkrete tilfælde, formulerede Hr. og Fr. Marks en række målsætninger for ergoterapien. Fr. Marks ville kunne gå tur med hundene og deltage i sociale aktiviteter. Hr. Marks fokuserede overordnet på Fr. Marks velbefindende og hendes sikkerhed og ønskede, at Fr. Marks ville acceptere at få hjælp i forbindelse med sin demens.

Barrierer

Pilotforsøgene afslørede en række barrierer. I forhold til ergoterapeuterne viste pilotforsøget, at der var manglende implementeringsfærdigheder samt en manglende erfaring med at følge retningslinjer. Endvidere afslørede pilotforsøget, at ergoterapeuterne havde problemer med at overbevise læger og ledere om nyttigheden af en ergoterapeutisk intervention over for den demente patient. Dette skyldes bl.a., at læger og ledere manglede en viden om forsøgets effektivitet og var usikre på effektiviteten af den kommunale ergoterapis 10 besøg.

Marjolein Thijssen udarbejdede, som opsamling på pilotforsøgets resultater, understøttende strategier for ergoterapeuterne. Dette indebar udarbejdelse af implementationstræning, som blev efterfulgt af 2 dages seminarer i regionen. Seminarerne havde til formål at forklare metodologien og indholdet af implementeringen. Der blev udarbejdet et webbaseret system og -forum, som digitalt forklarede programmet for kommunal ergoterapi ved demens. Brugerne havde mulighed for at føre åbne diskussioner i det webbaserede forum. Sidst men ikke mindst blev der gennemført coaching-seancer, hvor kolleger, på baggrund af supervision, kunne forbedre ergoterapeuternes faglige færdigheder.