

demens & alderspsykiatri

YTRING – Fra asyllets arv til 2040 | FAG – Skole for personer med demens | AKTUELT – Pasientenes forkjemper

AKTUELT: Når barn
blir pårørende





AKTUELT

- 4 Pasientenes forkjemper
- 8 Skaper litteratur av eget liv
- 10 Hva betyr kursene for den enkelte
- 11 Tusenvis av tekster
- 12 Vant NM for sykehjemskjøkken
- 14 Farget kant gir større matlyst
- 14 Måltidets muligheter – oppskrift på omlegging
- 24 Celines pappa fikk demens da hun var ti år
- 28 Savner informasjon for enslige
- 36 Fikk første demensforskningspris
- 37 Heder til innovativ forsker
- 44 Det lille ekstra

NYE BØKER

- 38 Velferdsteknologi i praksis
- 38 God fagutøvelse må drives i gode rom
- 39 Demens som hjertesak
- 39 Når demens blir et tema for barn

20. årgang – en milepæl



Utgaven du holder i hånden innleder Demens & Alderspsykiatri 20. årgang. Mange milepæler er nådd. Det var ingen selvfølge at fagtidsskriftet DEMENS, utgitt første gang av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens høsten 1997 med Ragnhild M. Eidem Krüger som redaktør, skulle bli et fast og populært innslag i våre fagmiljøer. Konkurransen om lesernes gunst er stor, profesjonenes medlemsblader favner vidt og flere lurte kanskje i sitt stille sinn på om det var behov for et slikt tidsskrift.

Med fasit i hånd vet vi at tidsskriftet har sin berettigelse. Redaktøren kunne allerede fra starten av trekke veksler på en svært kompetent redaksjonskomité. Det er blant annet takket være deres bidrag at tidsskriftet gjennom alle år har framstått som en utålmodig pådriver for bedre omsorg.



YTRING

15 Modifiserbare risikofaktorer for Alzheimers sykdom

Kommentar, Knut Engedal

17 Alderspsykiatrien anno 2015; – hva vil de si om oss i 2040?

Debattartikkel, Allan Øvereng

27 Den som har skoen på

*Nasjonalforeningen for folkehelsen har ordet,
Lisbet Rugtvedt*



FAG

20 Mindfulness-basert stressreduksjon (MBSR) for å fremme helse og livskvalitet hos eldre mennesker: en litteraturgjennomgang

Fagartikkel, Arvid Skjerve

30 Mestring og muligheter for personer med demens – 12-ukers kurs for personer med demens i tidlig fase

*Fagartikkel, Ingelin Testad, Målfrid Meling, Vigdis Vagle,
Anne Torsvik Henriksen, Christina Tølbøl Frøiland, Martine Kajander,
Martha Therese Gjesten*

33 Språk, kommunikasjon og innvandrere med demens

Fagartikkel, Ingrid Hanssen



Med navneskiftet i 2007 skulle Demens & Alderspsykiatri favne nok et område. Flere ledende fagfolk har det siste året oppsummert alderspsykiatriens utvikling. Professor Knut Engedal antydte med sin første artikkel i «nye» D&A; Alderspsykiatri – et helsepolitisk stebarn, at rommet for forbedring var stort. Fem år senere ble Aldring og helse også en nasjonal kompetanse-tjeneste for alderspsykiatri.

D&A har fått nytt design. Viktigere enn utseendet er likevel innholdet. Fortsatt står vi på begge fagområder overfor store utfordringer. Det er mitt mål, også for de kommende år, at D&As lesere skal si om tidsskriftet at det, gjennom sine faglige og redaksjonelle bidrag, fortsetter å vise vei til bedre omsorg for personer med demens og/eller alderspsykiatriske utfordringer og deres pårørende.

Bente Wallander

Bente Wallander
redaktør

bente.wallander@aldringoghelse.no



Pasientenes forkjemper

TEKST/FOTO: Bente Wallander

Pasientens beste er legers kall. For Harald A. Nygaard har det nærmest vært en misjon. Og det er de eldste pasientene som nyter godt av den frittallende professorens faglige og forskningsmessige innsats.

Professor emeritus Harald Armand Nygaard er spesialist i indremedisin og geriatri. På hans merittliste finnes en rekke forskningsartikler, prosjekter og verv. Han har mottatt flere hedersbevisninger for sin innsats for eldre, og er kjent for sine evner til å tale «makten» midt i mot.

Men Harald har ikke alltid vært like talefør. Da han i 1959 ankom den tyske byen Bonn for å studere medisin, kunne han så lite tysk at han hadde skrevet opp i hånden alt han regnet med å måtte si den første dagen.

– Jeg måtte be en bergensjente om hjelp til å finne hybel, humrer han.

Hadde en drøm

Det var etter barndom og skolegang i Bergen at Harald tok fatt på sin utdannelse i Bonn.

– Drømmen min var å bli misjonslege, men med handelsgymnas ville jeg ikke komme inn på medisinstudiet her hjemme. Da var Tyskland stedet.

Den unge studenten forsto raskt at mange nordmenn hadde lett for å klynge seg sammen.

– Dette går ikke, tenkte jeg; – Skal jeg komme ordentlig i sving bør jeg skaffe meg tyske bekjente. Med en fortid i Norges kristelige studentforbund, var det naturlig for Harald å oppsøke et tilsvarende miljø i Bonn. Blant de mange interessegruppene studentforeningens medlemmer kunne engasjere seg i, valgte han å gjøre en innsats i en sosial arbeidskrets.

– Vi besøkte byens slumkvarter for å dele ut mat til dem som ikke hadde, og jeg var eneste utlending i den sammensveisede gjengen av

katolske og protestantiske studenter. Dette var en fin og morsom aktivitet å drive med. Byen var jo en hovedstad, så regjeringen understøttet vårt arbeid. Vi fikk rikelig med penger til innkjøp av mat. Ved høytider og i ferier tok vi med oss de minste ungene på overnattingsturer til ungdomsherberger rundt om i landet. Jeg deltok også på møter hjemme hos studentprest Roland, der samtalene gikk både på engelsk, tysk og norsk. På denne måten møtte jeg personer av de forskjelligste slag, og etter å ha vært med i flere år, ble jeg ganske god i tysk.

Ubrukelig livsinnstilling

Harald møtte sin framtidige kone Anna-Christina i eksamensgruppen i forbindelse med stats-eksamen. Turnustiden tok han på et sykehus i Bonns naboby Bad Godesberg, på avdeling for indremedisin og kirurgi. Men i Tyskland har man ikke noe som tilsvarer distriktstjeneste, så etter å ha giftet seg reiste det unge paret til Norge, der Harald tok sin turnustjeneste i Fusa, rett utenfor Bergen. Fra 1969 til 1971 arbeidet han som kommunelege i Samnanger.

– Det var på denne tiden jeg slo fra meg tanken på å bli misjonslege, forteller han.

Harald hadde i tråd med sin gamle drøm søkt en legestilling som Santalmisjonen lyste ut i et grenseland til India, men han var usikker på om han virkelig ønsket å reise. Organisasjonen valgte derfor å sende en annen lege med erfaring fra arbeid i området.

– Litt senere fikk jeg bekreftet hvor vanskelig det kunne være å jobbe som sjef og eneste lege på et sykehus der nede. Hva gjør du når det

Navn
Harald Armand Nygaard

Alder
77 år

Familie
Gift med Anna-Christina
To sønner, en datter og
fem barnebarn

Stilling
Pensjonert professor i
geriatri

Bosted
Bergen

kommer kirurgiske pasienter inn, og du selv tidligere bare har assistert ved operasjon? Utstyret var åpenbart mangelfullt, blant annet infusjonsvæsker. Ved ett tilfelle jeg hørte om hadde man punktert kokosnøtter og infunderet kokosmelk intravenøst. Vedkommende som hadde gjort det, påsto at det gikk greit. Jeg mente det var fullstendig uansvarlig.

Harald søkte likevel en stilling til før han la planene på hylla for godt, denne gang for en organisasjon i Nepal. I søknaden gjorde jeg dem oppmerksom på at jeg kom som lege og ikke som misjonær, samt at min kone heller ikke skulle engasjeres i misjonerende arbeid. De svarte at det var kjekt å ha en humanistisk innstilling til livet, men en slik lege kunne ikke de bruke.

Alltid demens

Dermed satte Harald og hans kone kursen mot Tyskland igjen.

– Tiden som lege i Samnanger hadde vært veldig inspirerende. Som lege fartet du over store områder, noen steder måtte du ut med båt. Vi likte oss veldig godt, og selv om Anna-Christina gjerne ville tilbake til Tyskland var hun fortvilet da vi forlot Samnanger.

Etter to år ved en barneklinnikk i Mannheim søkte han seg igjen til Norge og fikk en stilling ved Medisinsk avdeling ved Haraldsplass diakonale sykehus i Bergen. Her gikk Harald de neste årene gradene, fra assistent- til reservelege og så konstituert overlege, før han i 1978-79 tok sin spesialistutdanning i indremedisin.

– Av en eller annen grunn endte jeg ofte opp hos de gamle pasientene, erindrer han.

Da det i 1979 ble utlyst en stilling på Fyllingsdalen sykehjem, søkte han derfor og fikk den. Årene som fulgte ble travle for Harald, som ved siden av stillingen sin som sykehjemslege også fant tid til forskning. I 1991 ble han spesialist i geriatri og i 1992 tok han en doktorgrad på arbeidet *Omsorg for personer med demens i hjemmetjenesten* (1). Harald påviste også at aldersdemens var sterkt underdiagnostisert i sykehjem.

– Jeg var opptatt av demens hele tiden, og deltok i løpet av disse årene ved flere undersøkelser for å finne ut mer om legemiddelbruk på sykehjem, med hovedvekt på psykofarmaka. Jeg gjennomførte også mange intervjuer med pårørende. Etter å ha skrevet flere artikler med utgangspunkt i denne forskningen, leverte jeg en fullt ferdig avhandling til geriatriprofessor Gudbrand Fossan ved Geriatrisk avdeling på Haraldsplass, og spurte om han kunne gå god for den – noe han heldigvis gjorde.

Fascinert av Fyllingsdalen

Harald snakker med stor begeistring om tiden ved, og miljøet på, Fyllingsdalen sykehjem:

– De ansatte var så engasjert! Noe av det første jeg gjorde, i samarbeid med de ivrige sykepleierne, var å etablere internundervisning på kveldstid. Vi organiserte det selv, med godt oppmøte. Dette holdt vi på med ganske lenge. Fordi det var så stor interesse blant pleierne, ble undervisningen og kompetansespredningen for meg litt av en oppgave.

Sykehjemslegen syntes at det var særlig spennende å snakke med de gamle og brukte mye tid på å rusle rundt på avdelingene for å være sammen med dem.

– Etter hvert fikk vi en egen demensavdeling på Fyllingsdalen, strømninger i tiden arbeidet for det. Erfaringene med denne avdelingen, som var stor, men likevel fungerte godt, hører til de mere givende ting. På avdelingen fikk vi for eksempel inn en gammel lærerinne som var så syk at hun ikke kunne noen ting. Den 17. mai satte hun seg plutselig til ved pianoet for å spille og syngte alle versene av *Ja vi elsker*. Da en avdelingssykepleier roste henne for dette, så hun indignert opp og sa: «Men vet du hva? Hvis jeg som lærerinne ikke kan nasjonalsangen, hvordan kan jeg da forvente at elevene mine skal lære den?» Når man opplever slikt, glir man automatisk inn i interessen for personer med demens.

Ildsjel på sykehjem

Utover åttitallet ble Harald stadig mere opptatt av de pårørendes situasjon. Han bidro til etableringen av landets første *Støtteforening for demente og deres pårørende* i Bergen, og reiste selv rundt i landet for å holde foredrag om demens, både for medisinsk personell og pårørende. Senere var han sammen med flere lokale ildsjeler en viktig faglig drivkraft bak etableringen av en kafé for unge personer med demens i Bergen.

Det sterke engasjement for pasientene og deres pårørendes beste, førte også til at han i flere avisartikler kritiserte Bergen kommune for det han mente var mangelfull eldreomsorg.

– For enkelte ble jeg nærmest et hatobjekt på grunn av disse innleggene, for mange andre heldigvis det stikk motsatte. Det begynte med bydelsreformen, siden ble det bare verre. Situasjonen toppet seg i 1993. Jeg hadde aldri drømt om å slutte på sykehjemmet, men sa opp fordi jeg ikke orket å være med på at kommunen etter min mening var i ferd med å ødelegge sykehjemmet vårt.

Fra denne perioden stammer en av kjepphestene Harald sier at han fortsatt rir:

– Vi hadde søkt penger til anti-decubitus-madrasser (madrasser som kan bidra til å forebygge trykksår på ryggen, setereign og heler hos predisponerte personer), men fikk avslag. Begrunnelsen var at man ikke kunne bevilge penger til et slikt formål fordi man ikke har pasienter på sykehjem, bare beboere. Har du hørt noe sånt? Min oppfatning var og er fortsatt at de fleste personer som innlegges i sykehjem lider av en kronisk sykdom som i vesentlig grad er medvirkende til at de ikke lenger kan bo i eget hjem, selv ikke med støtte fra hjemmesykepleien. Jeg spurte flere av pasientene våre om de var pasienter eller beboere? En dame svarte: «Selvfølgelig er vi pasienter. Det er jo på grunn av sykdom at vi ikke kan bo hjemme!» Problemstillingen kan synes noe søkt, men en pasient har rettigheter som andre ikke har. Betegnelsen «beboer» er nok i utgangspunktet ment positivt, men fratar imidlertid enkeltindividet stundom rettigheter som det ellers har krav på.

Harald gikk igjen til professor Fossan og spurte om han hadde en jobb til ham på Geriatrisk avdeling, og det klaffet.

Orket ikke intriger

De ti neste årene jobbet Harald vekselvis som 1. amanuensis i geriatri ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, og som overlege på Haraldsplass diakonale sykehus, først ved geriatrisk seksjon (1993), så ved Medisinsk avdeling (1994-97). I 1998 ble han utnevnt til professor i geriatri, men han beholdt en 20 prosent stilling som overlege tilknyttet geriatrisk poliklinikk på Haraldsplass.

I universitetsmiljøene verserer det mange historier om intrigemakeri, noe blant andre statsministeren kommenterte da hun i 2014 ble utnevnt til æresalumni i 2014: «Det var mer intriger i de akademiske kretser enn vi har i politikken, husker statsministeren fra sin studietid».

Harald bekrefter at han også selv har erfart dette, og at det var medvirkende til at han selv gikk over til en tilværelse som professor emeritus som 65-åring, i 2003. Han hadde en deltidsstilling ved alderspsykiatrisk avdeling, NKS Olaviken sykehus AS, til han ble fulltidspensjonist i 2012.

Yrket mitt – det var det som virkelig trollbandt meg!

Hedret for sin innsats

Harald A. Nygaards engasjement har hatt stor betydning for eldre pasienter, både i bergensregionen og landet for øvrig. Dette kom tydelig fram da han i 2002 ble tildelt Bergens kommunes Omsorgspris. I begrunnelsen sies det at Nygaard «... ser verdien av tverrfaglig samarbeid og er åpen for nye måter å møte utfordringer på. I møte med politikere, bevilgende myndigheter og media er han uredde når han taler de eldres sak».

– Jeg sa i fra, ja. Det var som tidligere nevnt ikke alltid populært, kommenterer han tørt.

Heder for sin innsats har han likevel fått fra flere hold, deriblant *Æresprisen* fra Civitan Norges Forskningsfond for Alzheimers sykdom i 2008, *Demensprisen* fra Nasjonalforeningen for folkehelsen i 2003 og *Kongens fortjenestemedalje i gull* for sitt lange virke som lege og for fremragende forskning innenfor demensområdet, i 2004. «Du har på en personlig og aktiv måte bidratt til å sette fagdisiplinene aldersdemens og eldresykdommer på dagsorden. Dette har hatt betydning, både for pasientgruppene og for den medisinske status når det gjelder geriatrikisk forskning», ble det sagt under tildelingen.

Medisinen ble livet

De senere årene har Harald selv gjort seg noen erfaringer som pasient.

– Nå mister man sine rettigheter som lege ved fylte 75 år, og man kan for eksempel ikke be om å få tilsendt epikrise eller kopi av laboratoriefunn, man er avhengig av den informasjonen man får av behandlende lege. (*Denne ordningen er nylig reversert.*)

– Mange tar seg god tid og gir god og forståelig informasjon, men forholdene varierer.

Harald synes også han ser utslag av alderisme.

– Det klages stundom over at ventelistene til polikliniske undersøkelser blant annet forlenges fordi pasienter ikke møter fram til avtalt tid og ofte dreier det seg vel om eldre. Men jeg kjenner også et tilfelle der pasienten ved fremmøte blir spurt: «Hva skal du egentlig her? Du er oppført på pasientlisten, men ingen lege er angitt. Du får reise hjem igjen å vente på ny beskjed.» (Pasienten jeg har i tankene kom fra et nabofylke og hadde en lang reise bak seg!). Først etter flere purringer fikk hun ny time. Selvfølgelig er slike sørgelige hendelser ytterst sjeldne, men det er likevel del av bildet.

– Mange eldre føler nok at de er et hår i suppen og våger ikke å komme med alle spørsmål som de måtte ha på hjertet. For mange eldre er legen en viktig person som ikke må «plages unødige». Heller to spørsmål for lite enn ett for mye. Du møter dette på flere områder. Informasjon om behandling og prognose er viktig. Det finnes organisasjoner som driver god informasjon om forskjellige kroniske sykdommer, mens informasjon vedrørende behandling for en konkret sykdom i stor grad overlates til legene ved aktuell avdeling, oftest til den behandlende lege. Her kan nok mange eldre komme til kort. Jeg har erfaring for at også flere pårørende synes det er vanskelig å

få opplysninger om for eksempel foreldrenes sykdom og behandling. Stundom kan det nok være i tråd med den gamles ønske.

– På Onkologisk avdeling i Bergen opplevde jeg at pasienter og pårørende ble invitert til et informasjonsmøte vedrørende forestående strålebehandling. Fagfolk informerte på en forståelig måte og publikum nyttet anledning til å stille spørsmål. Jeg er ikke kjent med at dette er en praksis på andre avdelinger. Andre eldre som har vært til, eller venter på, behandling ved sykehus, har ikke alltid like positive erfaringer. Ved et par anledninger har jeg blitt spurt om «hva de skulle gjøre» når de hadde ventet i uker uten å høre noe fra sykehuset. Jeg har anbefalt daglig telefonkontakt med vedkommende avdeling. Det har flere ganger hatt den tilsiktede effekten. For egen del har jeg som prinsipp ikke å informere om at jeg er/var lege. Jeg har derfor selv ved et par anledninger opplevet flåsete svar, spesielt da jeg hadde noen spørsmål vedrørende legemiddelbehandlingen for prostata (før kreftdiagnosen var stillet). Det har blant annet ført til at glansbildet av norsk helsevesen er ytterligere svekket, sier han.

Leser med kjærlighet

Den frittallende 77-åringen bruker fortsatt tid på faglig virksomhet. Han er medlem i D&As redaksjonskomité.

Sammen med sin kone reiser han også mye, jevnlig besøker de barn, barnebarn og øvrig familie i Tyskland, England og i skrivende stund, Australia. Hobbyvirksomhet blir det ikke mye tid til.

– Jeg liker å småsneke hjemme og lager gjerne noe for barnebarna. Men det er medisin som har vært livet mitt. Yrket mitt – det var det som virkelig trollbandt meg! Og arbeidet med de gamle. Siden jeg fikk blod på tann er det det som har fascinert meg.

På tampen av et langt intervju kan Harald også avsløre at det alltid har tatt han mye tid å følge med på det medisinskfaglige. Jeg leser litt om gangen, forferdelig langsomt og glemmer mye. Men jeg har gjort det *Con amore*¹. Min familie har vært meget tålmodig! ■

REFERANSE

1. Nygaard HA. Caring for the mentally impaired elderly. Studies on problems related to the care for mentally impaired elderly living on various care levels and the use of antipsychotic drugs in the elderly. Universitetet i Bergen, 2002.

1) Con amore (italiensk), med kjærlighet, et musikkuttrykk som er glidd inn i dagligspråket.

Inger Grønvold (t.v.) har gjort seg ferdig med dagens tema. – Jeg skriver gjerne ned oppskriften på sokker også, sier hun til Elsa Larsen.



Skaper litteratur av eget liv

TEKST: Bente Wallander FOTO: Martin Lundsvoll

Profesjonelle forfattere og skrivekunstlærere har de siste årene ledet kurs i kreativ skriving for brukere og beboere ved Kirkens Bymisjons virksomheter for eldre. Inger Grønvold er en av kursdeltakerne på Ammerudhjemmet bo- og kultursenter. Denne dagen skriver hun om sine opplevelser under andre verdenskrig.



Om skrivekursene

- Hver gang gis et tema, for eksempel Lys, Lyd og Liste over det ingen legger merke til. Kursholderne kan vise til eksempler for å knytte opp til dagens tema. Øktene innledes med musikk.
- Deltakernes tekster samles i deres personlige skrivebok. Når dagens økt er over, leses alle tekstene høyt, og gruppa snakker om hva ordene gjør med oss, hvilke tanker og følelser vi får, og hva det er i teksten som gjør at vi opplever dette.
- Kursdeltakere rekrutteres av lokale kontaktpersoner, som uten fordommer finner ut hvem som kan tenkes å mestre eller finne glede av skrivekurs. Erfaringene har blant annet vist oss at personer med demens kan ha utbytte av å delta.
- Ammerudhjemmet har på det meste hatt tolv deltakere. Gjennomsnittsalderen har vært høy, med en 98-åring som hittil eldste skribent. Alle har behov for at vi skriver ned tekstene, selv de som fører pennen litt selv vil bli hjulpet underveis. Frivillige hjelpere og bistår i arbeidet.

Inger Grønvold var bare ti år gammel da krigen brøt ut, men fortsatt husker hun lyden av flyalarmen.

– Da kunne vi gå ned i kjelleren, men det var ikke alltid jeg gikk ned, jeg var ikke redd for å være alene. I ettertid er det litt rart å tenke på at søsteren min, som var livredd for mus, heller ikke var redd for flyalarmen», forteller hun.

Gripende tekster

Hendelsene vekkes til live igjen i en kjeller på Ammerudhjemmet bo- og kultursenter en mandag i februar. Rundt det store bordet sitter seks beboere i tillegg til skrivebøker Linda Gabrielsen og Heidi Marie Kriznik, som med dagens stikkord Politisk, nettopp har oppfordret dem til å skrive hver sine tekster.

Når Linda litt senere får Inger til å reflektere rundt det hun har skrevet, beskriver Inger seg selv som ganske uredd.

– Jeg er nok en sånn type som tar situasjonen der og da.

Ingers krigsminner får Elsa Larsen til å huske noe hun som barn opplevde som ganske dramatisk.

– Jeg så en mann som løp for å komme vekk fra nazistene. Da kom det en trikk kjørende, og den stanset brått, på en slik måte at nazistene ikke kom fram. Jeg husker ikke hva som skjedde med trikkførereren, men det var ikke tvil om at han reddet den andre.

Ikke politisk interessert

Karin Gundersen har aldri vært politisk interessert; «Det var det mannen min som var», men etter å ha gransket stikkordet litt nærmere sammen

med kursholder Heidi Marie, kan hun være enig i at kvinners rettigheter har vært et tema, også for henne.

– Om jeg gjennom livet har tenkt at noe var urettferdig mellom menn og kvinner? Å ja, mange ganger. Men jeg sa det ikke!

Karen-Marie Honningdalsnes forteller at hun som ung reiste ut for å jobbe i kibbutz. Hun gjør seg mange tanker om dette med grenser og avgrensning og er enig med Linda i at det å jobbe i kibbutz kan sies å ha vært en politisk handling; – Selv om mine grunner for å reise var egoistiske.

En annen deltaker setter med tydelige bokstaver ord på sin aldersrelaterte sorg.

– Jeg savner å bli sett. Man må ha medmennesker rundt seg for å sette ting på plass! Rett nok har jeg fått et veldig fint rom her på Ammerud, men det hjelper ikke når jeg ikke har noen å snakke med. Man kan jo ikke snakke med veggen! Jeg føler alderen trykke, glemmer mye og er ikke den samme kvinnen jeg har kjent hele livet. ■

Hva betyr kursene for den enkelte?

SKREVET AV

Linda Gabrielsen, forfatter.

Heidi Marie Kriznik, forfatter.

Begge forfattere og er kurs-
holdere i «skapende skrive-
ing for eldre», Kirkens Bymisjon.

Tekstene utløser mange gode samtaler. Til høyre skrivekurslærerne Heidi Marie Kriznik og Linda Gabrielsen.

Deltakerne sier at skrivekurset er noe de ser fram til. For én er det godt å være et sted hvor det blir prata om noe ordentlig, noe som betyr noe. En annen sier at hun føler seg sett i gruppa. Enkelte kommer til gruppa og sier at de ikke føler seg fysisk bra, at de ikke tror de kommer til å få til noe særlig denne dagen, men når skrivekurset er i gang er det ikke sjelden at de sier at de føler seg bedre og kvikkere. Som kurslærere ser og hører vi uttrykt glede over å delta, og ikke sjelden sies det direkte når de går herfra: «Tusen takk, det er så fint å være her.»

Vi ser at det oppstår en dyp konsentrasjon i gruppa rundt dagens oppgave. Og deltakerne som har vært med lenge kommer raskt i gang med å formulere teksten, de har opparbeidet et blikk for inngangen til teksten, hvordan skape ett anslag og gå videre.

De fleste deltakerne kan bli speila av oss skrivekurslærere, men også av andre deltakere. Gruppa er preget av omsorg, humor, og nysgjerrighet. Deltakerne kvikner til, personer med demens skriver også tekster med nærvær og stor detaljrikdom – altså viser teksten en hukommelse som kommer fram gjennom skrive-

arbeidet. Flere av deltakerne uttrykker at de husker bedre. Det ser vi også i tekstene som går fra å være generelle til mer spesifikke og konkrete, og dermed bli mer litterære.

Det er interessant å observere hvordan noen vekkes av en annens tekst, og plutselig går inn i sine egne erfaringer, noe som kanskje bunner i at de deler en historie gjennom å være fra samme generasjon – de gjenkjenner hendelser, språk, kultur og annet. Og som yngre skrivekurslærere er det både lærerikt og berørende å observere hvordan spontaniteten vekkes til live ved at de opplever gjenkjennelse i hverandres tekster.

Deltakerne viser interesse for hverandre, og tekstene som skrives. Det oppstår diskusjoner omkring temaene tekstene tar opp, det diskuteres mer nå enn i begynnelsen, om alt fra historiske fakta til mellommenneskelige forhold. Vi har fått gode tilbakemeldinger fra familie-medlemmer til deltakerne som uttrykker stor glede over at vedkommende går på skrivekurset.

De fleste som begynner på kurs deltar helt til de går bort. For mange dreier det seg om flere år. Tekstene deres blir ofte brukt i begrav-
elser. ■



Skrivekursene i Kirkens Bymisjons regi har etter sju års virksomhet resultert i tusenvis av tekster. Et utvalg av disse er nå samlet i boka «Det er jeg som har skrevet det», som ble lansert på Engelsborg ressurscenter for eldre og pårørende i slutten av januar.¹



Tusenvis av tekster

Grovt anslått har rundt 300 personer i alderen 47 til 100 år hittil gått på kurs.

– Tekstene i boka dokumenterer noe av det som skjer i et rom når mennesker sitter sammen og skriver og deretter deler tekstene sine, sier bymisjonens prosjektleder, Gudmund Fosse.

Boka er todelt. I den ene enden finnes et utvalg tekster skrevet av kursdeltakerne, den andre delen inneholder refleksjonene til fire av forfatterne som har vært skriveledere. Boka er redigert av de skjønnlitterære forfatterne Øyvind Ellenes, Linda Gabrielsen, Hanne Ramsdal og Kjersti Bronken Senderud.

Gudmund Fosse framhever skrivekursene som et pionérarbeid i norsk eldreomsorg:

– Mange av tekstene er skapt av mennesker med kognitiv svikt eller demens, og boka sprenger kanskje våre forestillinger om hva som er mulig å formulere i en slik livssituasjon. Gjennom prosjektet viser vi at det er mulig å lære og utvikle seg, selv om man kommer opp i årene. Deltakerne får snakke selv, uten talerør eller noen som taler for dem. I Kirkens Bymisjon kaller vi det for «myndiggjøring».

– Hvorfor arrangerer Kirkens Bymisjon disse kursene?

– Vi slipper kontroll og gir tillit til andre profesjoner i «vår verden», fagfolk som gir profesjonelle tilbakemeldinger. Vi virkeliggjør ideen om livslang læring og utvikling, på tross av sykdom og kognitive begrensninger. Vi tolker ikke, eller snakker på vegne av, men vi gir stemme til de eldre – det er myndiggjørende! Tekstene skaper en motkultur til stereotypiene om eldre i media og i samfunnet. Skrivningen får også fram identiteten, integriteten og verdigheten til den enkelte. Et arbeid som etterlater seg skatter av litterære tekster, levd liv, galskap, humor, visdom fra mennesker som sjelden kommer til orde i vårt samfunn. I sum handler dette for oss om å ta på alvor Kirkens Bymisjons helhetlige menneskesyn, mener Gudmund Fosse.

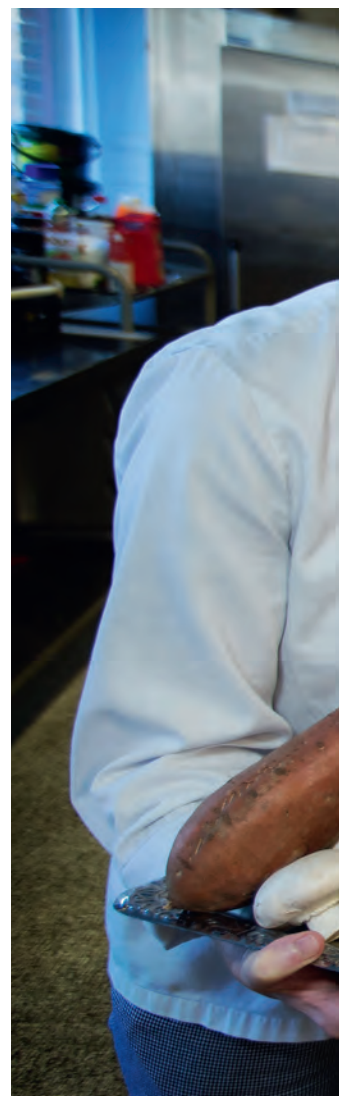
Konsentrerende og besinnende. Forfatter og skrivekurslærer Øyvind Ellenes forklarer virkningen slik; *For en god andel av de som deltar på skrivekursene, har livet budt på svekkelse eller sykdom: Svekket syn eller hørsel, svikt i hukommelse, fysiske plager og smerter, eller depresjon. Gjennom år med skriving har vi fått flere erfaringer med deltakere som har hukommessvikt og kognitiv svikt av forskjellig art. Her lærer vi stadig hvor konsentrerende og besinnende arbeidet med språket fungerer: Det som er gjentakende og oppstykket i det daglige, men som i rommet blir samlende og koherent. De mange erfaringene med folk som muntlig kan slite alvorlig med å gjøre rede for seg, feste ordene til tid og sted, men som likevel evner det i skrivingen. Det som på utsiden kan virke forvirrende, urolig og skjørt, men som gjennom skrivearbeidet får et konkret, individuelt, verdig og meddelende uttrykk. Dette er kanskje vår viktigste erfaring og største overbevisning i dette arbeidet: Det individuelle svekkes ikke nødvendigvis av kognitiv svikt eller annen sykdom, skrivingen blir en måte å holde i det individuelle, de personlige erfaringene og det egne blikket sitt på. Skriftspråket holder fast ved noe som ellers – på overflaten, i hverdagen og den muntlige samtalen – kan synes tapt. Derfor oppleves skrivingen svært ofte så uendelig avgjørende på disse kursene.* ■

1) Regissør Ellen Ugelstad har laget en dokumentarfilm om Kirkens Bymisjons kreative skrivearbeid blant eldre. NRK har kjøpt rettighetene til jeg skriver, som trolig blir vist i løpet av 2016.

Vant NM for sykehjemskjøkken

TEKST: Bente Wallander FOTO: Martin Lundsvoll

Kjøkkenassistent Thora Johansen (t.v.), kokk Kine Haugen, kjøkkensjef Lisa Tronsen og kjøkkenassistent Kristine Viktoria Johansen.



Kjøkkenet ved Døli pleie- og omsorgssenter stakk av med seieren i landbruks- og matdepartementets konkurranse Gylne måltidsøyeblikk. Bare to år etter at Nittedal kommune la om driften fra mottaks- til produksjonskjøkken, ga satsingen positivt resultat.

– Jeg klarer ikke å se for meg et hjem uten kjøkken, sier ordfører Hilde Thorkildsen (Ap).

Den driftige kjøkkengjengen i Hakadal har nå papirer på at de lager landets beste sykehjemsmat. Kåringen ble foretatt på bakgrunn av tilsendt og ernæringsberegnet ukemeny, bilder av maten som ble servert pluss dokumentasjon på at kjøkkenet drives i henhold til fastlagt budsjett og Helse- direktoratets retningslinjer.

Viktige råvarer

Kjøkkensjef Lisa Tronsen mener det er flere forklaringer på den hyggelige og oppmuntrende prisen kjøkkenet fikk.

– Råvarene er noe av det viktigste! Det er de som danner utgangspunkt for en helhetlig sammensatt meny, som hos oss for det meste består av tradisjonsrik og gammeldags mat. Vi legger også stor vekt på variasjon i kosten og middagernes utseende, forteller hun.

– Uansett hva vi skal servere, om det er sauser, supper eller tradisjonelle fiske- og kjøttretter, så har vi som mål å lage alt fra bunnen av.

90 middagsporsjoner blir til på Døli pleie- og omsorgssenter hver dag. Lisa Tronsen synes at det er svært motiverende å jobbe når de får så mange positive tilbakemeldinger. Ekstra hyggelig er det når beboerne også sier at de merker forskjell.

Det er med tanke på pasientenes behov at sjefen røper kjøkkenets nye ønskeprosjekt:

– I dag får de middagen servert midt på dagen, men hjemmefra er de fleste vant til å spise dagens hovedmåltid på et senere tidspunkt. Vi ønsker å finne ut hvilke nærings- og kostnadmessige konsekvenser det vil få dersom vi flytter serveringen til ettermiddagen.



Tre deltakere utmerket seg

Sykehjemskjøkkenet i Hakadal var ett av tre som skilte seg positivt ut i Landbruks- og matdepartementets konkurranse Gylne øyeblikk: Døli pleie- og omsorgssenter i Nittedal, Blidensol i Stavanger og Nygård i Sandefjord.

– Disse tre utmerket seg som gode eksempler til etterfølgelse. Vi ønsker å framheve dem samlet, fordi de signaliserer riktig retning for mat og måltider på norske sykehjem, sa daværende landbruksminister Sylvi Listhaug (FrP) ved prisutdelingen rett før jul.

Ministerbesøk

Departementet framhevet tre forhold som så spesielle at andre sykehjem kan lære av «topplagene»:

- Servering av duftende, smakfull, sunn og fargerik mat – gjerne med lokale råvarer og tradisjonsretter
- Bruk av ny teknologi og innovasjoner for bedre produkter med bedre spiseegenskaper
- Tilpasse måltidsituasjonen til beboernes ønsker og behov.

– Av mange gode kandidater var det Døli sykehjem som totalt sett hadde den beste helhetlige presentasjonen av maten, og sykehjemmet er en verdig vinner. Godt tilberedt og anlagt mat er viktig for å øke matglede og livsgleden hos brukerne, sa landbruks- og matminister Sylvi Listhaug, som selv tok turen til Hakadal i førjulstria for å overbringe prisen.

Intet hjem uten kjøkken

En ekstra fjær i den politiske hatten må departementets pristildeling også ha vært for Nittedal kommune. Etter at beboerne i tre år hadde fått tilkjørt ferdig tilberedt mat fra et sentral-kjøkken i Hønefoss, gikk nåværende ordfører Hilde Thorkildsen (Ap) i 2011 til valg på løfter om å ta matlagingen tilbake til bygdas to sykehjemskjøkken. Om dette avgjorde valget vites ikke, men det ble et politisk skifte, og i 2013 var den lokale matproduksjonen i full sving igjen.

– Jeg kan ikke se for meg et hjem uten et kjøkken. Et sykehjem er dessuten det siste hjemmet for mange av dem som bor der, så det å servere hjemmelaget mat av god kvalitet er for oss et tydelig verdivalg. Lukten av middag som sprer seg på huset eller den lune gjær-baksten til ettermiddagskaffen er ikke bare et spørsmål om velvære – selv om det også er det – det er også viktig for ernæringen og det å motiveres til å få i seg nok og riktig mat. Dette var derfor noe av det første vi grep tak i da vi kom i posisjon i 2011, og vi er stolte over at arbeidet har ført fram, sier Hilde Thorkildsen.





Farget kant gir større matlyst

– Opptil 60 prosent av pasientene ved norske sykehjem er feil- eller underernærte. Vi ville undersøke om tallerkendesignet påvirker matlysten hos folk med demens, sier førsteamanuensis Kai Victor Hansen ved Norsk Hotellhøgskole, Universitetet i Stavanger.

En litteraturstudie gjennomført i forkant viste at to fargekombinasjoner gikk igjen i de 30 artiklene man fant om temaet; Gult/rødt og grønt/blått.

– Med utgangspunkt i disse fargene viste også vårt forsøk at tallerkenene med hvit bunn, gul stripe og røde kanter vekket deltakernes appetitt. 63,4 prosent av beboerne spiste opp all mat som ble servert på slike tallerkener,

Forsøk har vist at sykehjemsbeboere med demens spiser mere dersom de får middagen servert på tallerkener med gule og godt kontrasterte kanter.

mens bare 36 prosent spiste opp maten sin fra helhvite tallerkener. Blå og grønne tallerkener var nest best.

Hansen understreker at det er snakk om et lite forsøk med bare 12 beboere. Forskingen ble gjennomført i samarbeid med Måltidets hus, Norsk hotellhøgskole ved Universitetet i Stavanger, kompetansesenteret Sesam ved Stavanger universitetssjukehus og tallerkenprodusenten Figgjo AS, med støtte fra VRI Rogaland (VRI = Virkemidler for regional innovasjon) en ordning via fylkeskommunen.

– Det er nå opp til Figgjo om de ønsker å gå videre med forskning og produktutvikling, sier Hansen. ■

Måltidets muligheter – oppskrift på omlegging

En hyllest til de ansatte på sykehjem, og et bevis på at mat kan gjøre en forskjell. Det er målet med filmen «Måltidets muligheter», som hadde premiere før jul.

Med god, hjemmelaget mat kan man forebygge sykdom, feil- og underernæring. Kosthold og servering kan også bidra til økt trivsel hos eldre institusjonsbeboere. Gjennom prosjektet Måltidets muligheter viser man hvordan viktige måltidsrutiner kan endres med enkle grep. Beboerne får blant annet servert supper og smoothier som mellommåltider istedenfor bare brødsiver. Den kanskje viktigste erfaringen var at det å lage mat fra bunnen av viste seg å komme bedre ut kostnadmessig.

– Måltidene, det er liksom hele dagen, det, konkluderer en av sykehjemsbeboerne.

Filmen ble laget av Cynergi Film & TV i samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen, med støtte fra Extra-Stiftelsen. Ved å søke opp Måltidets muligheter på Vimeo kan man også følge sykehjemmets omleggingsprosess. ■



Modifiserbare risikofaktorer for Alzheimers sykdom

Det meget kjente og høyt rangerte tidsskriftet Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry publiserte i august 2015 en artikkel under tittelen Meta-analysis of modifiable risk factors for Alzheimer's disease. Bak publikasjonen står en rekke forfatter med Wei Chu fra Kina som førsteforfatter (Wei Xu og medforfattere, 2015).

Metoden

Forskergruppen gjorde et systematisk litteratursøk i Medline- og Cochranedatabasen for å finne studier som har undersøkt hvilke modifiserbare faktorer som enten øker eller reduserer risikoen for å få Alzheimers sykdom. Artikler som er publisert på engelsk mellom august 1968 og juli 2014 er studert med kritiske øyne. Kun representative longitudinelle populasjonsstudier og retrospektive kaskontroll-studier er tatt med i analysen. I alt fant man 16 906 artikler om emnet. Etter en kritisk vurdering sto man igjen med 302 artikler. Ved gjennomlesning fant man noen flere artikler som var av god nok kvalitet og endte dermed opp med 323 artikler. Avhengig av hvor mange personer som var inkludert i analyse av en risikofaktor og grad av sprikende resultater, graderte man bevisgraden for hver risikofaktor inn i tre klasser fra I (høyet og best) til III (lavest og dårligst). For de fleste risikofaktorer fant man høy bevisgrad, det vil si grad I.

Resultatet

Det ble funnet 13 ulike risikofaktorer som signifikant økte risikoen for Alzheimers sykdom, derav var bevisgraden I for 11 risikofaktorer og grad II for to risikofaktorer, se tekstboks 1. Videre fant man at 23 faktorer reduserte risikoen signifikant for Alzheimers sykdom, og av dem var bevisgraden I for 18 faktorer og grad II for fem faktorer, se tekstboks 2.

SKREVET AV
Knut Engedal,
professor emeritus,
Nasjonal kompetansetjeneste
for aldring og helse

Evaluering av resultatene

Resultatene gjengitt i denne artikkelen samsvarer med hva andre studier har funnet og rapportert, men denne studien rapporterer om langt flere risiko- og beskyttende faktorer enn andre studier, og noen av funnene kan virke merkelige. De mest forvirrende, eller vanskeligste resultatene å forstå, er betydning av kroppsmasseindeks (både lav og høy øker risiko midt i livet, mens høy beskytter sent i livet), hjertesykdom (beskytter) og kreftsykdom (beskytter). Når det gjelder vekt, eller mer korrekt kroppsmasseindeks, så har flere studier påpekt at det er endring i kroppsmasseindeks når man kommer inn i alderdommen som er av størst betydning, det vil si at det er ugunstig å tape vekt når man blir gammel. At kreftsykdom og hjertesykdom skal beskytte mot demens virker underlig, og kan være et funn som skyldes at personer med kreftsykdom og alvorlig hjertesykdom dør før man får registrert om de kunne ha utviklet en demenssykdom, hvis de hadde overlevd inn i alderdommen. Spesielt når det gjelder hjertesykdom virker det usannsynlig at det skulle beskytte mot demens når diabetes, arteriosklerose i halskar, høyt og lavt blodtrykk øker risikoen, mens bruk av legemidler til å senke høyt blodtrykk beskytter mot demens. Det virker ulogisk at faktorer som er assosiert til forandringer i blodårer ikke skal ha liknende effekter på utvikling av demens som hjertesykdom har. Jeg tror fortsatt at sloganet «det

som er bra for hjertet er bra for hjernen», eller i det minste at «det som er bra for blodårene er bra for hjernen», stemmer. Så jeg tror vi kan konkludere med at patologi i blodårer samt røyking øker risiko for demens. Det samme gjør høyt innhold av homocystein i blod, som også kan påvirke blodårenes evne til å transportere blod. Men, muligens kan homocystein ha virkninger direkte på hjernevev.

At betennelsesprosesser betyr noe for utvikling av demens er sannsynlig ut fra resultater i denne studien. Bruk av legemidler som reduserer betennelse i kroppen er beskyttende mot demens og det samme er å ha revmatisk sykdom. Antagelig er det slik at revmatikere bruker legemidler mot betennelse, og det kan forklare sammenhengen. Depressiv sykdom kan også utløse en betennelsesprosess i hjernen og det kan muligens være forklaringen på at depresjon øker risikoen for demens.

Bruk av østrogen beskytter, et funn som ikke kan forklares ut fra en hypotese om at betennelse har betydning, men er relatert til det faktum at østrogen muligens har en direkte effekt på hvordan celler i hippocampus fungerer. I dyremodeller har man sett at nerveceller i hippocampus har det bedre om de får tilført østrogen.

Det har lenge vært foreslått at middelhavskost beskytter mot demens, altså et kosthold rikt på grønnsaker og fisk, det vil si mat med høyt innhold av antioksydanter og omega-3 fettsyrer. Moderat forbruk av alkohol hører til; vin i land som ligger ved Middelhavet. Resultatene fra denne studien bekrefter dette, og legger man til kaffe, har man antagelig oppskriften på et godt kosthold. Til slutt gjenstår det å peke på betydning av mental og fysisk aktivitet, som også i denne, som i mange andre studier, synes å beskytte mot demens.

Oppsummering

Den foreliggende studien bekrefter hva andre studier har funnet når det gjelder modifierende faktorer som øker eller reduserer risikoen for demens. Studien har inkludert mange store undersøkelser hvor mer enn 5 000 personer har deltatt i hver enkelt studie, noe som betyr at de estimerer for økt eller redusert risiko er forholdsvis robuste. Hva betyr dette for deg og meg? Jo, at vi fortsatt skal tro på sloganet om at vi skal leve sunt, slik nordmenn flest forstår ordet sunt. Vi skal være mentalt og fysisk aktive, spise mye grønnsaker og fisk, stumpe røyken, og være varsomme med alkohol, men ikke avholdende. En god kopp kaffe eller to skal vi ikke si nei til. Dernest gjelder det å ha kontroll på blodtrykk, blodsukker- og homocysteinverdier, og sørge for å ikke tape vekt når alderdommen nærmer seg. Om man som kvinne trenger tilskudd av østrogen i overgangsalderen, ser ikke det ut til å være noen ulempe vedrørende risiko for demensutvikling, tvert imot. Og det samme gjelder for bruk av legemidler mot høyt kolesterol, eller legemidler som demper betennelsesprosesser i kroppen. Om man er deprimert skal man motta behandling, fordi depresjon øker risikoen for demens.

■ knut.engedal@aldringoghelse.no

REFERANSE

Xu W, Tan L, Wang HF, et al. Meta-analysis of modifiable risk factors for Alzheimer's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2015; 0: 1-8 doi:10. 1136/jnnp-2015-310548

Tekstboks 1

Faktorer som øker risikoen for å få Alzheimers sykdom, 11 hadde grad I-bevis og to grad II-bevis (angitt). Rekkefølgen sier ikke noe om styrke

- Nåværende regelmessig daglig sigarett røyking i den asiatiske befolkning (grad II)
- Tidligere sigarett røyking (> 55, 5-156 pakker per år)
- Lavt diastolisk blodtrykk (< 70 mm hg)
- Høyt systolisk blodtrykk (>160 mm hg)
- Aterosklerose i halspulsårer
- Diabetes i den asiatiske befolkning
- Høyt nivå av homocystein i blodet
- Høy kroppsmasseindeks (> 30) midt i livet)
- Nåværende lav kroppsmasseindeks
- Lavt utdanningsnivå (jo lavere jo høyere risiko)
- Depresjon
- «Nervøsitet» (grad II)
- Allmenn skrøpelig

Tekstboks 2

Beskyttende faktor for utvikling av Alzheimers sykdom, 18 hadde grad I-bevis og fem grad II-bevis (angitt). Rekkefølgen sier ikke noe om styrke

- Sunt kosthold, for eksempel med lite kjøtt og mye grønnsaker og fisk (grad II)
- Fisk (grad II)
- Mat som inneholder mye folinsyre, eller inntak av folinsyre
- Kaffe eller annen koffein innholdig drikke
- Alkohol i moderate mengder (1-3 enheter per dag)
- Tidligere inntak av alkohol (mengde ikke undersøkt)
- Høy kroppsmasseindeks i alderdommen
- Metabolsk syndrom
- Nåværende røyking i den vestlige befolkning
- Alltid røykt
- Nåværende inntak av statiner (mot høyt kolesterol)
- Legemidler som demper betennelse (antiflogistika, ikke kortisol)
- Legemidler mot høyt blodtrykk
- Har brukt østrogen noen gang i livet
- Høyt inntak av vitamin C
- Høyt inntak av vitamin E
- Revmatologisk sykdom (artrose og arthritis)
- Kreftsykdom
- Hjertesykdom
- Fysisk aktivitet (grad II)
- Mental aktivitet
- Høy utdanning (grad II)
- Høy ratio betaamyloid 42/betaamyloid 40 (grad II)



Hvor går norsk alderspsykiatri?

Redaksjonen i D&A utfordrer sentrale fagfolk til å delta i en meningsutveksling om utviklingen i norsk alderspsykiatri. Tidligere bidrag: Eivind Aakhus (D&A 4-2014), Geir Selbæk (D&A 2-2015), Marianne Holm (D&A 3-2015) og Ole K. Grønli (D&A 4-2015).
Allan Øvereng utfordrer Dag Aarsland, SESAM.

Alderspsykiatrien anno 2015 – hva vil de si om oss i 2040?

Å se tilbake fra 2015 – arven fra asylet

Alderspsykiatrien har hatt en rivende utvikling, ofte med utspring i gamle psykiatriske kulturer. Det første skrittet i transformasjonen var å gå fra oppbevaring til diagnostikk og behandling. Diagnosene ble demens, delir og depresjon. Neste skritt ble, som Eivind Aakhus sier, kommunikasjon, kompetanse, kontinuitet og koordinasjon. Men det fagkulturelle opphavet til alderspsykiatrien er oppbevaring av organiske psykoser, galskap i asyler utenfor samfunnet. Finnes det rester igjen? Kultur har stor overlevelsessevne og endring skjer ikke nødvendigvis ved å endre praksis. Når vi ser tilbake blir vi lattermildt sjokkerte. Vil de i fremtiden få de samme følelsene ved et tilbakeblikk? Eller spissformulert; hva er vår tids lobotomi og insulinsjokk?

Medikalisering

Alderspsykiatrien henvender seg til en sårbar gruppe mennesker med alvorlige sykdommer. Det kan gi oss et skarpt fokus; på de sykeste. Men kan det være at vi gjør allmenne menneskelige erfaringer til sykdom? Begreper som APSD og det medfølgende verktøyet, NPI; er det en symptomsnurpenot? Vi fanger noen symptomer på sykdom, men for det meste normale reaksjoner på vanskelige situasjoner. Hvis en person er sint fordi han må, men ikke vil, opp og dusje kaller det på terapier og tiltak. Hvis en person er redd og urolig fordi hun ikke vet hvor hun er, og ikke har følt ekte menneskelig nærhet på lenge, kaller vi det angst, og teraperer det. Blander vi sykdom og reaksjoner på livssituasjon?

Vi bruker, og er dermed med på å la de diagnostiske manualene ICD og DSM svelle ut slik at naturlige allmenne menneskelige problemer blir diagnoser og dermed subjekt og ansvar for psykiatrien. Forekomsten av alvorlig psykiatrisk sykkelighet er stabil, men forekomsten av psykiske plager og psykiatriske diagnoser i befolkningen er eksplosiv. Alderspsykiatrien er med på dette; vi er ivrige diagnostikere når vi burde hørt på Hippokrates: Vær mer opptatt av mennesket enn av sykdommen.

SKREVET AV
Allan Øvereng, sykepleier,
prosjektmedarbeider,
Regionalt kompetansesenter
for eldremedisin og
samhandling, SESAM,
Stavanger universitetssjukehus

Sjelden kurere, ofte lindre, alltid trøste, men fremfor alt, ikke skade

Hippokrates igjen, ergo; for mye MMS, KDV, KT, CSDD, NPI, F01, F33, P14, P13 APSD, MADRS og etc? Vi samler data og diagnoser, dokumenterer og fakturerer; fører det frem? Kan det være at vi har snudd om på rekkefølgen; at vi helst vil kurere og lindre, men har glemt at å trøste er det vi alltid skal? Vi har vært med på en industrialisering av helsevesenet; delt det opp i oppgaver, pasienten på samleband og vi skruer i hver vår skrue. Diagnoser og medikamenter er våre skarpeste verktøy og vi kan bli tafatte når de ikke lover hva de holder. Iboende i håndtering av verktøy er at man bruker det man har, det er hammerens lov. Har man kun hammer er det den man bruker, uansett om det er en spiker som skal inn eller et egg som skal knekkes. Medikamentene kan være riktig verktøy, men de skader ofte når det er noe annet som trengs. Legemiddelindustriens produkter har en felles livssyklus: «Gamle» piller får stadig dårligere rykte, de er farlige og virker ikke. «Nye» piller er effektive og bivirkningsfrie. Men stadig blir de nye gamle. På'an igjen! Hammerens lov! Hva heter vår tids Halcion?

Hva så når vi får en ny pasient? Vi utreder, problemet først, så løsninger! Vi samler data til diagnose, til kvalitetsregistre, til økonomistyring, til juridisk forsvar for sykehuset og til forskning. Hvem lindrer og trøster?

Diagnoser er gode verktøy for forståelse, behandlingsalternativer, forskningsvariabler og retning for omsorg, men er de også vår tids tvangstrøyer og blindgater? Ta demens med depresjon. Når medisinene er effektive for noen få; er det fordi medisinene er dårlige, eller er det fordi de depressive symptomene er vår tolkning av noe annet? Er det slik at det vi ser er mennesker som har gitt opp, kjeder seg, som har mistet tilknytningen til andre mennesker og sin egen identitet? Kreftene til å kjempe er små og blir enda mindre med serotoninreopptakshemmere. De gamle er eksperter på tap, men når barna har flyttet, vennene er døde, ektefellen likeså og katten var det som sto igjen å leve for, men Pus kunne ikke være med på sykehjemmet. Blir da depresjon en konstruktiv forståelsesramme?

Diagnoser og verktøy er nyttige, men de er ikke tilstrekkelige og de har en sterk forførerisk kraft, særlig i kombinasjon med forskningsambisjoner, tellesyke og helsearbeideravmakt. La dem ikke bli vår tids lobotomi.

Verdier, holdninger og praksis

Alderspsykiatrien er fagfelt og spesialisthelsetjeneste. Vi står for en forbilledlig praksis basert på gode holdninger bygd på gode verdier. Men i verdigrunnlaget finnes også gammel

Alderismen er ikke død, psykiatristigmaet lever i beste velgående, kronisk kognitiv svikt forårsaket av hjerne-sykdommer kalles enda vanvidd og sjelløshet (les demens).

omsorgskultur og helsesystemets verdier. Den moderne helsearbeideren blir oppdratt til systemets instrumentelle effektivitet. Lag prosedyrer, del dem i oppgaver og tell dem opp til rapporter og penger i kassa. Innholdet i oppgavene skal være innrettet etter evidensbasert praksis. Vi gjør det med sjekklister, dokumentasjonssystemer diagnosebaserte prosedyrer og detaljert prosedyrekoding er på vei inn i psykiatrien også. Nedvurderer vi verdier basert på erfaring, pasientperspektiv, etikk og menneskerettigheter i møte med kravet om evidens? Alderismen er ikke død, psykiatristigmaet lever i beste velgående, kronisk kognitiv svikt forårsaket av hjernesykdommer kalles enda vanvidd og sjelløshet (les demens). Alderspsykiatrien kjemper i dette mot mektige negative verdier og vi har behov for å se oss i speilet. Det er sammenheng mellom praksis, holdninger og verdier, og de påvirker hverandre gjensidig. Har helsebyråkratenes krav om management påvirket faget og tenkningen? Har 20 år med blå russ-styring i helsevesenet endret våre faglige verdier og fratatt faget respekt og makt?

De eldste sykeste; fra diagnose til samhandling og til(bake) til pasientperspektiv

Psykiatrisk diagnostikk og behandling er viktig, men ikke tilstrekkelig for vår pasienter. De er gamle, og innslaget av somatisk sykdom er stort. Vil vi bli spurt om hvorfor vi ikke drev spesialistkombinerte klinikker, hvor geriatri, nevrologi, psykiatri og andre møttes rundt pasienten? Vil vi bli spurt om hvorfor vi aksepterte at de alderspsykiatriske enhetene lå utenfor det somatiske sykehuset? Bør vi i større grad utfordre vår forståelse av de alderspsykiatriske fenomenene? Vi ser at depresjon ikke er lett å definere, delir likeså og demenssyndromet er vanskelig å avgrense og blir erstattet av sykdomsdiagnoser. Men de patofysiologiske skillelinjene mellom Parkinsons sykdom med demens, demens med Levylegemer, Alzheimers sykdom, vaskulær demens, aldring og delir er usikre. Høyt ansette fagfolk spør om Alzheimers sykdom er en hjerte/karsykdom. Komende utgave av DSM tar med mild nevrokognitiv svikt, eller aldring som jeg kaller det og årsakssammenhenger og risikofaktorer er stadig under debatt og kanskje mer sammenfallende enn vi liker å tro. Inflammasjon, stresshormoner, oksidasjon, genetisk sårbarhet, aldringsfysiologi, livsstilsfaktorer; det er større sannsynlighet for at sammenhengene er nært, dynamisk og individuelt sammensatt enn at vi finner entydige sammenhenger. Men at pasienter har psykiatriske symptomer, at disse forsterkes i kombinasjon med hjerneorganisk svikt og at dette i samspill med høy alder og livssituasjon

gir oss noen av de mest sårbare menneskene i samfunnet, det ser vi hver dag.

Fra ikkelege til tydelig fokus og innhold

Det medisinske perspektivet er viktig men ikke tilstrekkelig, og lider enda av betydelige begrensninger. Pasientene trenger hjelp på alle livets områder. Dette utfordrer tverrfaglighet. Det er i vårt felles mandat å synliggjøre en helhetlig grunnlagstenkning for alderspsykiatrien. Diagnose og behandling er legenes hovedfokus. Vi andre har tidvis redusert oss til assistenter og datasamlere innenfor dette paradigmet. Forsøk på å definere omsorgsdelen har ofte resultert i utydelig akademisering eller forsøk på bruk av metoder som egner seg best i laboratoriesammenhenger. RCT-psykose, analyse fremfor syntese, kategorisering av dynamiske fenomener og evidensjakt kan ha gjort oss svaksynte for det som er det sentrale i vår felles hjelperkultur og ligger åpenbart i dagen: Pasientene er gamle, syke og trenger god gammeldags legeundersøkelse og behandling og god gammeldags menneskekjærlig omsorg. Den viktigste rettesnoren for veien fremover er dermed i personsentrert omsorg, som et praktisk tverrfaglig kompass. Pasientene trenger å bli møtt individuelt, ikke basert på rutine eller kategori. De trenger at vi ser verden med deres øyne, og at vi tar imot det de gir oss. De trenger å få bruke seg, gjøre noe meningsfullt, få delta i sin egen hverdag, kle seg, nyte, mat å drikke, natur og barn. De trenger å bli tatt i mot og inkludert i sosiale fellesskap og de trenger trøst og aksept for sine idiosynkrasier, ikke medikalisering. Akkurat som alle oss andre. Vi har metoder for å styre dette i riktig retning. Målet er personsentrerte verdier og holdninger, da får vi en personsentrert praksis. Praksis uten verdimessig forankring er pen pynt. Pasientene er triste, sinte, engstelige og resignerte, med svekkede hjerter, hjerner, armer og bein, noen mest i hjernen, andre mest i hjertet. De trenger hjelp, basert på menneskelige relasjoner. Det finnes heling for hjelpere og hjelpetrengende i det som skjer mellom mennesker.

*Praksis uten verdimessig
forankring er pen pynt.*

Jeg begynte med å snakke nedsettende om arven fra asyl. Men som alltid; det finnes flere sider av en sak. I «Regulativ for Dale sindssyke-asyl – approberet ved kgl resol. av 30 august 1913» finner vi følgende om sykepleierne:

For at den ansvarsfulde og ofte byrdefulde sykepleie forsvarlig skal kunne skjøttes og saavidt mulig lettes, er en utrættelig taalmodighet og venlighet i omgangen med de syke det første



Dale sindssygeasyl. Grafikk av Kjell Pahr Iversen.

Foto: Allan Øvereng.

vilkaar. Pleierne maa ha for øie, at sindssygdøm, som anden sygdom, kan ramme hvemsomhelst, og at det gjælder at gjøre mot andre som man vil at andre skal handle mot en selv. Vinder man den sykes agtelse og tillid, gaar arbeidet dobbelt let; den besværlige syke blir mindre brydsom, den urenlige mindre uvøren, og selv den pirrelige og voldsomme kan bli medgjørilig og hjælpsom, naar han behandles fast, rimelig og venlig.

Vedtatt av kongen, at de, pasientene, er som oss andre, at vi alle trenger tillit, respekt og vennlighet, at dette går begge veier og selv pirrelighet kan håndteres med empatisk og vennlig holdning.

Vi er sikre på at personsentrert omsorg er rett vei å gå for demensomsorgen. Kan det gi retning for resten av alderspsykiatrien også? Vi kommer til å trenge en glassklar visjon i møte med demografiske endringer og økonomiske prioriteringer.

Tre siste spørsmål fra fremtiden:

«Hvorfor i all verden brukte de begrepet demens?

Hvorfor utnyttet de ikke placeboeffekten?

Og hvorfor tok de så mange MMSer?

■ allan.overeng@aldringoghelse.no

Forskning og klinisk erfaring viser at læringsprogrammet Mindfulness-basert stressreduksjon (MBSR) kan være relevant i arbeid med eldre mennesker for å fremme helse og livskvalitet. Programmet fortjener videre klinisk utprøving.

Mindfulness-basert stressreduksjon (MBSR) for å fremme helse og livskvalitet hos eldre mennesker: en litteraturgjennomgang

Innledning

Det er økende interesse for programmet Mindfulnessbasert stressreduksjon (MBSR) og andre mindfulnessbaserte tilnærminger innen helsefeltet. MBSR er et standardisert gruppebasert læringsprogram der evnen til å være til stede øves opp ved å legge merke til det som er her og nå, slik som tanker, følelser og kroppsfornelser, på en oppmerksom og ikke-dømmende måte (1). Programmet går over åtte uker med én ukentlig samling på to og en halv til tre timer og én heldagssamling. Det er praktisk rettet med øvelser i mindfulness meditasjon og yoga, med undervisning om stress, stressmestring og kommunikasjon, og det gis rom for refleksjon og dialog i gruppen. Egenaktivitet med øvelser mellom samlingene er sentralt i programmet. Øvelsene bygger på buddhistisk meditasjonspraksis, men inneholder ikke religiøse elementer og er tilpasset en vestlig helsesetting. Flere andre mindfulnessbaserte tilnærminger er utviklet med utgangspunkt i MBSR, slik som behandlingsprogrammet Mindfulness-basert kognitiv terapi (MBCT) for å redusere risiko for tilbakefall av depresjon (2). MBSR er brukt overfor ulike pasient- og deltakergrupper, og yrkesgrupper slik som helsepersonell.

Det er en betydelig forskningsaktivitet knyttet til MBSR og andre mindfulnessbaserte tilnærminger. MBSR er blitt undersøkt i forhold

til ulike pasientgrupper slik som deltakere med smertetilstander, kreft, diabetes, nevrologiske tilstander og vaskulær sykdom, psykiske lidelser, og også i ikke-kliniske utvalg. Resultater fra meta-analyser indikerer effekt mellom annet for symptomer på angst, depresjon og stress ved disse tilstandene (3-5).

MBSR for eldre?

I undersøkelser av MBSR er de fleste deltakerne i yrkesaktiv alder, men det er et program som også beskrives som godt egnet for eldre deltakergrupper (6-7). MBSR har et helhetlig fokus på helse, og dette gjør programmet godt egnet som tilnærming til eldre med sammensatte helseplager, for eksempel angst og samtidige kroniske smerter, eller depresjon ved kreftsykdom. Videre har MBSR fokus på ressurser heller enn svekkelse, der programmet er ment å styrke deltakernes mestringmuligheter. Mange eldre foretrekker på grunn av bivirkninger av medikamenter, ikke-medikamentelle behandlingstilnærminger for eksempel i forhold til smerter, søvnvansker og lettere psykiske helseplager. Det sosiale aspektet ved å delta i en MBSR-gruppe vil for mange eldre oppleves positivt, og mange knytter vennskap som også varer i tiden etter programmet. Aldring innebærer for mange det å finne mening med det som er og har vært, for eksempel å erkjenne at

SKREVET AV
Arvid Skjerve, spesialist i
klinisk aldringspsykologi, PhD.
Psykologspesialist ved
Rehabiliteringssenteret AiR.



også sykdom og funksjonssvekkelse er en del av livet. MBSR kan bidra til å møte tanker og følelser knyttet til det som er vanskelig og utfordrende på en ikke-dømmende og erkjennende måte. Dette kan virke som en buffer for å utvikle psykiske helseplager og stressbelastning.

▲
Enkle øvelser basert
på yoga brukes i
MBSR-programmet.

Forskningsresultater

Det er etter hvert publisert flere undersøkelser som har sett på om MBSR har effekt på helse og livskvalitet hos eldre deltakergrupper. Flere av disse undersøkelsene kjennetegnes av metodiske svakheter slik som lavt antall deltakere og lite kontroll for ulike betingelser, men det finnes også noen studier av høyere metodisk kvalitet - såkalte randomiserte kontrollerte studier (RCTer). Her blir deltakerne tilfeldig fordelt til en behandlingsgruppe med MBSR og en kontrollgruppe, og effekten blir beregnet ved å sammenligne endringene mellom gruppene.

Tabell 1 gir en oversikt over sju RCTer med MBSR for eldre deltakere (65+ år). Tre av undersøkelsene ble gjort i kliniske utvalg og fire i ikke-kliniske utvalg. Som det fremgår av tabellen rapporteres om effekt knyttet til smerteopplevelse (8), ensomhetsopplevelse (9), positiv affekt og depresjon (10), grad av mindfulness (11-12), kognitive funksjoner inkludert oppmerksomhetsfunksjoner (11-12), helserelatert livskvalitet (8, 12), erkjennelse/aksept og psykologisk fleksibilitet relatert til redusert funksjonsnivå (13) og kroniske søvnvansker/insomni (14). Det finnes så langt ikke publisert resultater fra RCTer der en har sett på effekt av behandlingsprogrammet MBCT for eldre, men foreløpige studier viser positive resultater (15).

Det er publisert to RCTer av effekt av MBSR for pårørende til eldre personer med demens, og i disse studiene deltar både eldre og yngre voksne og er derfor ikke tatt med i oversikten over. Whitebird og medarbeidere (16) sammenlignet MBSR med et oppfølgingsprogram (undervisning og støtteintervensjoner) for 78 døtre til hjemmeboende foreldre med demens, og rapporterte at de som deltok i MBSR-programmet hadde signifikant større

bedring i generell mental helse, stress og symptomer på depresjon enn sammenligningsgruppen. Brown og medarbeidere (17) undersøkte stress hos 38 pårørende til personer med demens og sammenlignet MBSR med sosial støtte. Undersøkelsen viste at MBSR-deltakerne hadde signifikant lavere stress og psykiske symptomer sammenlignet med sosial støtte like etter programmet var ferdig, men ved oppfølging etter tre måneder var det ingen forskjell mellom de to gruppene.

Det finnes også kvalitative undersøkelser som er systematiske analyser av innholdet i skriftlige besvarelser eller intervju/samtale. Slike undersøkelser gir mulighet for å gå i dybden på deltakernes opplevelse av hvilken mening programmet gir. Morone og medarbeidere (18) så på nedtegnelser i loggbøker fra MBSR-programmet for 27 deltakere. Deltakerne beskrev smertereduksjon, bedret oppmerksomhet, bedret søvn (innsovning og søvnkvalitet) og større velvære generelt sett. Martins (12) gjorde en analyse av innholdet i samtaler og intervju med de 12 MBSR-deltakere. Tema som går igjen var at de opplevde bedret evne til å observere og være oppmerksom på det som er, at de i større grad senket tempoet i hverdagen, og samtidig var det en økt grad av aksept/erkjennelse for livet, og økt erkjennelse av at livet er foranderlig. I intervjuundersøkelse fant Moss og medarbeidere at MBSR-deltakere rapporterte økt oppmerksomhet, redusert negativ beømming og økt selvmedfølelse (13).

Er tilpasninger av programmet nødvendig?

MBSR er et program med gode muligheter for tilpasninger for den enkelte deltaker eller for hele gruppen, uten at det trenger å gå ut over rammene eller innholdet i programmet. Så i utgangspunktet vil det ikke være nødvendig med så store tilpasninger for eldre deltakergrupper. Morone og medarbeidere har gjennomført flere MBSR-studier med eldre deltakere, og i en egen artikkel har de beskrevet hvilke tilpasninger som kan være aktuelle (19). Det gjelder blant annet tilpasninger av meditasjonsstillinger og yogaøvelser ved mobilitets- og balansevansker, og tilpasninger ved nedsatt hørsel og lettere kognitiv svikt. Det er også vanlig å ha noe kortere gruppesamlinger (for eksempel 1,5–2 timer) enn det som er standard (2,5–3 timer) og kortere lengde på meditasjonsøvelsene på grunn av tretthet (6).

«...programmet kan bidra til å gi livet mer kvalitet og meningsinnhold tross alvorlig demens og funksjonssvikt.»

MBSR for sykehjemsbeboere med demens?

Etter hva forfatteren kjenner til er det ingen RCTer som har sett på MBSR eller varianter av programmet i forhold til eldre med demens, men det er flere som har beskrevet erfaringer med å bruke programmet for deltakere med demens, blant annet Lucia McBee (7). Hun har i en årrekke arbeidet med eldre sykehjemsbeboere med alvorlig demens og funksjonssvikt og har utviklet et program for dette – Mindfulness-based Elder Care (MBEC). I programmet brukes elementer fra MBSR som enkle meditasjons- og yogaøvelser, i kombinasjon med blant annet håndmassasje og aromaterapi. På en varm og jordnær måte beskriver hun hvordan programmet kan bidra til å gi livet mer kvalitet og meningsinnhold tross alvorlig demens og funksjonssvikt. MBEC omfatter også program for pårørende til personer med demens, og for helse- og omsorgspersonell som arbeider på sykehjem.

Kompetanse

Utdannings- og sertifiseringsprogram for instruktører i MBSR og MBCT er utarbeidet ved læresentre i England og USA. Disse sentrene har utarbeidet standarder for programmet og krav for instruktører (20). Dersom en skal holde MBSR-program for eldre i klinisk sammenheng anbefales erfaring med arbeid med eldre, kjennskap til psykiske helseutfordringer hos eldre, fysiske aspekter ved aldring, og kjennskap til generell aldringspsykologi (6).

Avslutning

Denne korte gjennomgangen av forskning og erfaringer fra MBSR for ulike deltakergrupper av eldre viser foreløpige, men positive resultater som gjelder psykiske helseplager, smerteopplevelse, søvnvansker, ensomhet, kognisjon og livskvalitet. Programmet er også prøvd ut for pårørende til personer med demens, og elementer av programmet kan også tilpasses arbeid med eldre med demens i sykehjem. MBSR kan være en mulig tilnærming for eldre i primær- og spesialisthelsetjenesten her til lands, men det er behov for mer erfaring og kunnskap om effekt av programmet for ulike deltakergrupper.

■ arvid.skjerve@gmail.com

Tabell 1.

Randomiserte kontrollerte undersøkelser (RCTer) for effekt av MBSR for eldre deltakere

Referanse	Deltakere	Hovedfunn MBSR
<i>Morone 2008a (8)</i>	Klinisk gruppe: 40 hjemmeboende eldre med kroniske korsryggsmerter 65+ år (USA).	Reduksjon i smerteopplevelse/bedret aksept for smerter, økt fysisk aktivitet og bedring i mål på helserelatert livskvalitet. Nær halvparten av deltakerne hadde reduksjon i bruk av smertestillende og sovemedisiner ved tre mnd oppfølging.
<i>Creschwell 2012 (9)</i>	Ikke-klinisk gruppe: 40 hjemmeboende eldre 55+ år (USA).	Reduksjon i ensomhetsopplevelse og relatert pro-inflammatorisk gennuttrykk.
<i>Gallegos 2013 (10)</i>	Ikke-klinisk gruppe: 200 hjemmeboende eldre 65+ år (USA).	Øket positiv affekt ved seks md oppfølging der økningen var tydeligst for deltakere 70+ år og for de som hadde færre symptomer på depresjon i utgangspunktet.
<i>Moynihan 2013 (11)</i>	Ikke-klinisk gruppe: 201 hjemmeboende eldre 63+ år (USA).	Bedring i oppmerksomhetsfunksjoner ved nevropsykologisk testing, bedring i mål på mindfulness, endring i venstresidig frontal alfa-assymetri ved EEG-registrering.
<i>Martins 2014 (12)</i>	Ikke-klinisk gruppe: 24 hjemmeboende eldre 65+ år (Portugal)	Bedring i ulike mål på psykisk helse: mindfulness, medfølelse, livskvalitet og nevropsykologisk funksjon.
<i>Moss 2015 (13)</i>	Klinisk gruppe: 39 hjemmeboende eldre 65+ år (USA)	Bedring i aksept/erkjennelse og økt psykologisk fleksibilitet relatert til fysisk funksjonssvekkelse.
<i>Zhang 2015 (14)</i>	Klinisk gruppe: 60 eldre med kronisk insomni 75+ år (Kina)	Bedring i søvn og fungering i dagliglivet og bedring i symptomer på depresjon.

REFERANSER

- Kabat-Zinn J. Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation for everyday life. London: Piatkus, 1994.
- Segal ZV, Williams JMG, Teasedale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. 2. utgave. New York: The Guildford Press, 2013
- Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P et al. Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. Clinical psychology review 2015; 33 (6): 763-771.
- Gotink RA, Chu P, Busschbach JJV, Benson H, Fricchione GL, Hunink MGM. Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. PLoS One 2015; 10(4): e0124344. doi: 10.1371
- Khoury B, Sharma, M., Rush, S. E., Fournier C. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. Journal of psychosomatic research 2015; 78 (6), 519-528.
- Smith A. «Like waking up from a dream»: Mindfulness training for older people with anxiety and depression. In RA Baer (Ed.): Mindfulness-based treatment approaches. Clinicians guide to evidence base and applications. London: Elsevier, 2006: 191-125.
- McBee L. Mindfulness-based elder care. A CAM model for frail elders and their caregivers. New York: Springer Publishing Company, 2008.
- Morone NE, Greco CM, Weiner DK Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study. Pain 2008; 134 (3): 310-319.
- Creschwell JD, Irwin MR, Burklund LJ, Lieberman MD, Arevalo JMG et al. Mindfulness-based stress reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: a small randomized controlled trial. Brain, behavior, and immunity 2012; 26 (7): 1095-1101.
- Gallegos AM, Hoerger M, Talbot NL, Moynihan JA, Duberstein PR. Emotional benefits of mindfulness-based stress reduction in older adults: the moderating roles of age and depressive symptom severity. Aging & mental health 2013; 17 (7): 823-829.
- Moynihan JA, Chapman BP, Klorman R, Krasner MS, Duberstein PR et al. Mindfulness-based stress reduction for older adults: effects on executive function, frontal alpha asymmetry and immune function. Neuropsychobiology 2013; 68 (1): 34-43.
- Martins C. Mindfulness-based interventions for older adults. Evidence for practice. London: Jessica Kingsley Publishers, 2014.
- Moss AS, Reibel DK, Greeson JM, Thapar A, Bubbs R et al. An adapted mindfulness-based stress reduction program for elders in a continuing care retirement community: quantitative and qualitative results from a pilot randomized controlled trial. Journal of applied gerontology 2015; 34 (4): 518-538.
- Zhang JX, Liu XH, Xie XH, Zhao D, Shan MS et al. Mindfulness-based stress reduction for chronic insomnia in adults older than 75 years: a randomized, controlled, single-blind clinical study. Explore 2015; 11 (3): 180-185.
- Foulk MA, Ingersoll-Dayton B, Kavanagh J, Robinson E, Kales HC. Mindfulness-based cognitive therapy with older adults: an exploratory study. Journal of gerontological social work 2014; 57 (45): 498-520.
- Whitebird RR, Kreitzer M, Crain AL, Lewis BA, Hanson LR, Enstad CJ. Mindfulness-based stress reduction for family caregivers: a randomized controlled trial. Gerontologist 2013; 53 (4): 676-686.
- Brown KW, Coogler CL, Weglelin J. A pilot randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction for caregivers of family members with dementia. Aging & mental health 2015; 27: 1-10.
- Morone NE, Lynch CS, Greco CM, Tindle HA, Weiner DK. «I felt like a new person.» The effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: qualitative narrative analysis and diary entries. Journal of Pain 2008; 9 (9): 841-848.
- Morone NE, Greco CM. Adapting mindfulness meditation for the older adult. Mindfulness 2014; 5: 610-612.
- Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society. MBSR Standards of Practice. <http://www.umassmed.edu/cfm/stress-reduction/mbsr-standards-of-practice/> (16.08.2015)



Celine Haaland-Johansen har etter farens død holdt foredrag for pårørendeskolen i Rælingen kommune, Demensomsorgens ABC samme sted, oppfølgingssamlingen til «Tid til å være ung» og pårørendeskolen Skedsmo.

Var ti år da faren fikk demens

TEKST: Bente Wallander FOTO: Martin Lundsvoll

Celine Haaland-Johansen (20) har vært både barn og ungdom med en far som hadde demens.

– Pappas siste år innebar mange utfordringer. Mange vonde episoder kunne vært unngått dersom samfunnet hadde større kunnskap om demens, sier hun.

Celine Haaland-Johansen har i ettertid forstått at faren Cato må ha vært syk en god stund før det ble stilt en demensdiagnose i 2007.

– At han året før ville separeres, er for meg et tydelig tegn på dette. Jeg og lillesøsteren min fikk nesten en ny pappa i løpet av kort tid. Personligheten hans endret seg og han var mye sinna og sur. Mamma forsto heller ikke hvorfor han plutselig ville separere seg, forteller hun.

Familien bodde på denne tiden i Enebakk. Moren og jentene ble i bygda etter bruddet, mens faren etterhvert flyttet til Rælingen.

– Jeg ble elleve år den sommeren og var fortsatt mye sammen med pappa, blant annet annehver helg. Mamma og pappa hadde alltid hatt en god relasjon og det hadde de fortsatt. Det var tydelig, helt til det siste, at de fortsatt var glade i hverandre selv om de ikke bodde sammen.

Celines mamma var også den første som merket seg andre forandringer ved Celines far. Han hadde vært dirigent for ulike musikkorps siden han var 16 år gammel. Nå, mer enn 30 år senere, kunne han ringe henne for å spørre: «Du, det uttrykket der, hva betyr det?»

– Mamma syntes at det var rart og veldig spesielt. Pappa dirigerte tre korps på denne tida, jeg og søsteren min spilte i to av dem. Han spurte meg også; «Du, hva heter de folkene der igjen?» Jeg syntes det var litt rart at han ikke husket navnene på de som spilte der, han hadde jo gjort det før. Men slik tenker man gjerne i ettertid.

Celines pappa forsto selv at noe var galt, og ba derfor legen om å bli utredet for sin glemsomhet.

– Da legene stilte diagnosen frontotemporal demens i 2009 gikk det hardt inn på pappa. Han hadde, særlig i begynnelsen, god innsikt i egen sykdom, husker Celine.

Døtrenes helgesamvær med far fortsatte likevel som før.

– Jeg er veldig lik pappa og vi sto hverandre veldig nær, også etter at han ble syk. Det er derfor litt vanskelig å snakke om alt som skjedde i denne tiden, det føles nesten som å snakke slemt om han.

Celine påtok seg etter hvert rollen som ansvarsperson i det lille helgehusholdet. Lik en mamma med to barn måtte hun ofte megle mellom partene.

– Det var ikke alltid min sju år gamle lillesøster tok hensyn til meg når det var noe hun ikke ville. Jeg måtte lære meg å lage middag, det hadde jeg aldri gjort før, og jeg bestemte leggetidene våre. På nettene passet jeg på min søster, som pleide å gå i søvne. Hvis pappa oppdaget det, fikk hun masse kjeft fordi hun bråkte. Da måtte jeg trøste henne.

Moren forsto at helgene kunne være vanskelige, og spurte flere ganger døtrene om hvordan det gikk hos pappa. Celine svarte ikke ærlig.

– Da ville vi jo ikke fått lov til å være der. Vi kunne dra hjem til mamma hvis vi ville det, men det tok en stund før vi forsto at ble for mye for oss. Da sluttet vi med overnattingene.

Celine påtok seg etter hvert rollen som ansvarsperson i det lille helgehusholdet.

Celine er opptatt av å formidle at omsorgsarbeidere og foreldre må være særlig oppmerksomme på slike forhold.

– Som barn er vi så lojale, det er viktig at noen sier til deg at du ikke alltid må ta hensyn. Du må oppmuntres til å snakke om det som ikke er så hyggelig, for eksempel at pappaen din har vært skikkelig teit en dag. Barn skal heller ikke ha dårlig samvittighet når de ikke orker å være sammen med en syk forelder.

Styret for det ene korpset syntes på denne tiden at dirigenten hadde begynt å oppføre seg litt rart.

– Pappa var sikkert plaget av indre irritasjon og framsto ofte sur, men han ønsket ikke å fortelle dem at han var syk. Da han fikk sparken, sluttet jeg og søsteren min å spille også. Korpset for oss var jo pappa, vi hadde vært med inn og ut av øvelser og spilling i alle år. Jeg var i en alder da man pleier å sette større pris på pausene enn selve spillingen, men det ble en trist avskjed med noe som hadde betydd så mye for hele familien i alle år. Vi mistet kontakten med venner og hele den sosiale greia. Jeg savner korpset veldig, og for meg er 17. mai fortsatt en verre høytid å komme seg gjennom enn julen.

Det er ikke vanlig at barn har en pappa som har demens. For Celine ble deler av barndommen og tenåringstiden preget av hennes erfaringer som pårørende.

– Jeg og søsteren min utviklet tidlig våre egne strategier for å takle en pappa med demens. Hvis han snakket særlig høyt eller gjorde noe rart, for eksempel på en kafé, var det ikke noe poeng å hysje på han, eller å diskutere det som skjedde der og da. Vi lot det i stedet passere, det ble ellers så mye greier. Rykter oppstår lett og mange vil ha en mening om det som skjer.

Å ha en pappa som gjør rare ting kan medføre skam. Celine forteller at hun i en periode gjorde mye rart for å unngå sin far.

– En gang han møtte opp på den videregående skolen «min» i Lillestrøm rømte jeg til helsesøster. Jeg gjemte meg for pappa på buss-terminalen også, og lot som jeg ikke så at han vinket. Andre ganger lot jeg være å gå til kjøpesentret i byen, fordi jeg trodde at han kunne være der. Dette angrer jeg på nå – jeg skulle ønske at jeg ikke hadde vært så opptatt av hva alle andre mente.

Strikking uaktuelt. Celines far var 53 år gammel og fysisk frisk da han fikk demens. Moren forsto at det å trene kunne virke positivt på sykdomsutviklingen, og hjalp derfor faren med å søke om treningskontakt.

– Avslaget de fikk ble begrunnet med at pappa fortsatt var fysisk oppegående og hadde

bil. Han kunne dra dit han ville. Jeg håper og tror at kommunen ville ha oppført seg annerledes hvis de hadde forstått hva diagnosen frontotemporal demens innebærer, sukker Celine.

Etter hvert fikk han plass på et dagaktivitetssenter.

– Han var mye der, selv om han syntes at tilbudet bar preg av «gamle damer som strikker». Etter hvert som han ble bedre kjent, og de ansatte fikk tillit til han, fikk han gjøre mer som han ville. De tilpasset også sine aktiviteter etter det han kunne ha glede av og ønsket å gjøre.

Celines far fikk bo hjemme helt til det siste. Med tiden medførte sykdommen flere helseutfordringer, deriblant en omfattende tannbetennelse som måtte opereres. På grunn av smerter sluttet han å spise. Under denne behandlingsperioden ble det vanskelig å få i seg næring nok. Han hadde da et avlastningsopphold på sykehjem, men aller helst ville han være hjemme. Hjemmesykepleietjenesten hjalp han med å ta medisiner.

– En del av historien dreier seg om ikke helt gode møter med helsevesenet. Jeg husker hjemmesykepleiere som låste seg inn og fortsatt med ytterjakken på strekker fram pilleposen og sier: «Vil du ha?», forteller hun.

Langsom sorg. Celine var 16 år gammel da hennes far døde i april, 2012

– De ansatte som hadde vakt hos han den siste uken var helt fantastiske, og flere strakk seg langt utover sin stillingsbeskrivelse for at han skulle få lov til å dø hjemme. Vi var hos han og hadde det kjempefint sammen det siste døgnet han levde, så selv om tapet var stort, er minnene fra selve dagen til å bære.

Sorgen hadde søstrene kjent på i flere år allerede. Ved ett tilfelle hadde de en samtale med skolens helsesøster om farens sykdom.

– Det fungerte ikke så bra. Hun var opptatt av at vi måtte være snille med pappa fordi han var syk, det var ikke hva vi trengte å høre. Så bortsett fra med mamma, som sto ved vår og pappas side hele tiden, snakket vi egentlig ikke med noen om det vi opplevde før vi kom til Sorgsenteret på Ahus etter at pappa døde. De møtte oss som unge pårørende på en flott måte.

Kunnskap om demens – alfa og omega. Er det en ting Celine føler at samfunnet trenger, er det økt kunnskap om demens og hva en slik sykdom kan medføre. Mange av utfordringene hennes far og familien opplevde, kunne vært unngått.

– Om vakselskapene på kjøpesentre i nærområdet hadde hatt en viss forståelse av sykdommen, og skjønt at pappa ikke var farlig selv om han ikke kunne kommunisere på en ordentlig måte og heller ikke forsto at nasking var galt, kunne pappa unngått blåmerker og traumatiske opplevelser som følge av vakenes harde grep.

– Om politiet hadde hatt en viss kunnskap og forståelse for sykdommen, og skjønt at pappa ikke var en farlig mann, så hadde han sluppet å havnet på glattcelle etter å ha gitt sjokolade til barna.

– Om hukommelsesklinikken hadde tenkt helhetlig og hatt forståelse, så ville de ikke bare «meldt inn» at pappa skulle fratas førerkortet, men også inkludert mamma i prosessen. Da ville pappa sluppet den skrekken det innebar at fremmede politimenn plutselig kom på døra. Dette skjedde etter hendelsen med glattcellen, og han var allerede redd for politiet.

Irriterende erfaringer. Størst irritasjon vekker det hos Celine at hele historien handler om at man som pasient oppnår så mye mere med sterke pårørende.

– Jeg utdanner meg til sykepleier selv, og har alltid trodd at vi som blir helsearbeidere gjør det fordi vi vil se hele mennesket. Det finnes så mange som ikke har like sterke pårørende som mamma. Det gjør vondt å tenke på hvilken behandling pappa ellers ville ha fått.

Det jeg selv ønsker akkurat nå er å jobbe med utredning av demens. Men jeg har veldig god erfaring med sorgstøttesenteret på Ahus også. Det er nok mine to drømmejobber. ■



(Foto: Matej Kerec)

Første gang jeg møtte Alv Orheim (bildet) tenkte jeg at han sikkert hadde en demenssyk kone og at det var derfor han var kommet til møte i Nasjonalforeningen for folkehelsens brukerforum. Vi satt og snakket litt løst og fast før møtet skulle starte, og Alv stilte gode spørsmål om jobben min og om organisasjonen.

Den som har skoene på

Først da møtet startet og vi gikk i gang med presentasjonsrunden rundt bordet, forsto jeg at Alv var en av hovedpersonene og ikke medfølgende ektefelle. Mange tenker nok at en demensdiagnose er noe man umiddelbart merker at noen har. Sånn er det ofte ikke, og det er en nyttig erfaring å ha med seg.

Alv Orheim, pensjonert geolog med en solid yrkeskarriere bak seg, er en av dem som har sagt seg villig til å være en talsperson. Etter hvert er det ganske mange rundt i Norge som har bidratt til at mennesker med demens kan få en stemme i offentligheten..

Det å lytte til de mest berørte når politikk, regelverk og tjenester skal utvikles og drives, kunne vært en selvfølge. Men dessverre ser det ikke ut til at dette er så opplagt når det gjelder personer med demens. Dette er en lavmælt gruppe i det norske samfunnet, av flere grunner. Mange vet ikke at de har demens, mange er alvorlig syke. Noen vil helst ikke snakke om sykdommen. Det er fortsatt fordommer og uvitenhet. Derfor er det en viktig oppgave for helsetjenestene og samfunnet generelt å legge til rette for å lytte til mennesker med demens.

Vi kan ikke få et riktig bilde av demenssykdom uten at de mest berørte får komme til orde. Dermed får vi heller ikke god politikk, gode planer eller gode tjenester uten at de som «selv har skoene på og vet hvor de trykker» får være med og legge premisser. Det er ikke bare slik at det er fint om vi lytter til de mest berørte av demens. Det er faktisk uakseptabelt å la være, for menneskeretten til å medvirke og si sin mening gjelder uavhengig av sykdom og diagnose.

Når de som har demens får snakke for seg selv, forstår vi bedre at de er like forskjellige

som andre. Ingen er bare en diagnose. Alle har en historie, egne interesser og preferanser, og rettigheter til å bli respektert som en enkeltperson. Det er derfor vi bestreber oss på å si «personer med demens» og ikke «de demente».

Nasjonalforeningen for folkehelsen har hatt det å være interesseorganisasjon for personer med demens og deres pårørende som oppgave i over 20 år. De pårørende har hele veien vært sentrale i arbeidet. Nå ser vi at vi må jobbe hardere for at flere av de som selv har demens skal komme til orde og legge premisser for arbeidet i organisasjonen vår. Det er ikke bare helsetjenestene og myndighetene som har en jobb å gjøre.

Både planprosessen og tiltakene i Demensplan 2020 har tatt mål av seg til å lytte mer til «de som har skolene på» noen gode steg videre. Helseminister Bent Høie har markert seg med et tydelig prinsipielt syn på brukermedvirkning. Nå må kommunene som har et hovedansvar for omsorgstjenestene, og hvor personer med demens er innbyggere, vurdere hvordan de kan styrke medvirkningen, både for de som selv har demens og for de pårørende. ■

SKREVET AV
Lisbet Rugtvedt,
generalsekretær,
Nasjonalforeningen
for folkehelsen

Nasjonalforeningen
for folkehelsen



Din helse – vår hjertesak!

Nasjonalforeningen for folkehelsen er en frivillig, humanitær organisasjon med helselag og demensforeninger over hele landet. Vårt mål er å bekjempe hjerte- og karsykdommer og demens. Det gjør vi med forskning, informasjon, forebyggende tiltak og helsepolitisk arbeid. Vi er også en interesseorganisasjon for personer med demens og deres pårørende. Vår innsats finansieres med innsamlede midler og gaver.



Henning Skille fra Sarpsborg har levd med kognitiv svikt i flere år. Han synes at det er mye fokus på de pårørendes rolle i demensomsorgen.
– Hva med oss som er enslige?
Hvem skal følge opp oss?

TEKST/FOTO: Bente Wallander

Savner informasjon for enslige

Det var etter flere undersøkelser, deriblant en MR-avlesning, at Henning Skilles lege for snart fem år siden stilte diagnosen mild kognitiv svikt.

– Jeg forsto jo at noe var galt, men visste ikke hva, forteller syttiåringen.

Henning har senere forsøkt å sette seg inn i hvordan sykdommen kan utvikle seg, og hvordan dette vil påvirke livet han fører i dag. Han har funnet mye informasjon om demens i bøker, blader og brosjyrer.

– Det meste er rettet mot pårørende, eller folk som har andre nære de kan støtte seg til.

Jeg finner mange «oppskrifter» på alt de pårørende kan gjøre for å bistå en person med demens. Men hva med alle oss som bor alene når sykdommen rammer. Hvem skal gjøre dette for oss?

Ønsker seg ombud

I løpet av sine 25 år til sjøs erfarte den tidligere forpleiningssjefen at folk uten nære pårørende lett kan bli neglisjert. Media er også full av historier om hvor avgjørende pårørendes innsats kan være ved alvorlig sykdom.

– Man kan bli helt hjelpeløs på grunn av demenssykdom, og totalt avhengig av de som er rundt deg. Jeg har selv kunnet skimte gledesøyeblikk hos pasienter med demens. Det innebærer at det også må finnes smerteøyeblikk. Jeg har en sykehistorikk som tidvis medfører mye smerte. Det gjør meg nervøs. Det er jo ikke sikkert at jeg vil klare å kommunisere mine behov

for smertestillende? Burde man kanskje opprette egne pasientombud for oss som ikke har nære pårørende, undrer han.

Vurderte aktiv dødshjelp

Henning Skille var tidligere sosialt aktiv, blant annet som visitor for Røde Kors.

– Nå omgås jeg ikke så mange. Det meste av tiden går med til å stelle for hundene mine og holde hus og hage i orden.

At det vil komme en dag da sykdommen vil endre hans evner til å planlegge og tenke rasjonelt, er 70-åringen klar over.

– I en periode vurderte jeg aktiv dødshjelp. Nå satser jeg i stedet på at de vil gi meg god pleie. Mens jeg fortsatt er noenlunde klar forbereder jeg huset for salg. Jeg bestemmer hva som skal skje med hundene dersom jeg må flytte inn på et sykehjem og forsøker å se for meg alle eventualiteter som kan oppstå. Jeg har blant annet opprettet autogiro for alle faste utgifter, så økonomisk skal det nok kunne rulle og gå ganske lenge selv om jeg blir dårligere.

Ønsker seg bruksanvisning

Det er særlig når Henning driver med slike forberedelser at han savner en «bruksanvisning» for et liv som enslig med kognitiv svikt. Den forhen-værende sjømannen synes likevel at han har hatt flaks.

– Jeg merket for eksempel selv at evnen til å kjøre bil ikke var som før. Legen jeg oppsøkte for å få testet dette, bekreftet mine antakelser og førerkortet ble levert inn. Men det finnes så mange ting man burde tenke på. Hva bør jeg gjøre når og hvorfor? Og hvilke signaler på sykdom bør jeg være oppmerksom på?

I enkelte kommuner får personer med en fersk demensdiagnose automatisk oppfølging. I Skilles tilfelle fikk aldri demensteamet beskjed om utredningen som var foretatt. Full av uro oppsøkte Henning blant annet kommunens rådhus for å spørre om det finnes en kø for sykehjemsplasser som han burde notere seg inn på. Noe slikt fantes ikke.

Roligere nå

– Da jeg ved en ren tilfeldighet kom over informasjon om demensteamet i Sarpsborg tok jeg kontakt momentant. Der har jeg fått veldig god respons fra dag én. Noe dagaktivitetstilbud har det ikke vært aktuelt for meg å delta i, men jeg har gjort en avtale med Bente Skauge om at jeg skal ringe henne en gang i uka. Hun kommer også innom her en gang i året for å vurdere hvordan det går med meg. Disse avtalene gir meg stor trygghet, forteller han.

Det er derfor med en noe større ro han går de kommende årene i møte.

– Jeg tror at jeg skal klare meg ganske bra. Jeg lever sunt, røyker ikke, drikker ikke og har, takket være Bente, fått fantastisk oppfølging så langt. Det er hun som på en måte holder liv i meg. De ukentlige samtalene med henne betyr mye. Men at det vil komme utfordringer er jeg sørgelig klar over. Det er et tøft perspektiv. Jeg kan bare håpe at dagene blir til å bære.

Viktig lavterskeltilbud

Sykepleier Bente Skauge synes det er positivt at Harald Skille er fornøyd med avtalene de har inngått.

– Det han sier belyser viktigheten v å komme inn så tidlig som mulig i forløpet for å kunne legge til rette for veien videre. Det kan gi den enkelte mulighet for å ta viktige avgjørelser for livet sitt. Det er superviktig å ha noen å støtte seg til.

Et hjelpeapparat som kan fange opp og følge opp betyr mye.

– Demensteamet er et lavterskeltilbud, alle innbyggere i Sarpsborg kan ta kontakt med oss uten henvisning. I tillegg til å bistå fastlegene med demensutredning, har vi et godt samarbeid med andre etater og tilbud i kommunen. Det er viktig at de vi kommer i kontakt med føler seg trygge på at de blir fulgt opp videre, sier hun. ■

Om enslige og demens

- Nær 20 prosent av den norske befolkning bor alene. Husholdninger med bare én person utgjorde 41 prosent av husholdningene. Kilde: SSB, 1. januar 2014.
- Ingen studier gir i dag et presist estimat for forekomsten av demens i Norge. Alzheimer Europe har ved å bruke data fra europeiske studier anslått at mer enn 77 000 personer i Norge hadde demens i 2012. Estimater antas å være for lavt. *Demensplan 2020*.
- Over 80 prosent av de som bor i norske sykehjem har demens, (Selbæk et al. 2006) og over 40 prosent av de som er eldre enn 70 år og får hjemmetjenester, har demens. *Wergeland et al. 2014*.
- Forskere ved Karolinska Institutet i Sverige fant at personer som lever alene den siste delen av livet har dobbelt så stor risiko for å få demens senere i livet. Middelaldrende som har mistet partneren eller skilt seg, løper tre ganger større risiko for å bli rammet av demens. *Håkansson et al 2009*.
- «Det som var avgjørende for valg av problemstillingen, var opplevelsen når jeg utfører kognitive tester i forhold til hukommelse. Mange kan oppleve dette som ubehagelig. Jeg erfarte at mange som bor alene syntes det var en hyggelig opplevelse. Da vi var ferdig utbrøt pasienten; «Dette var jammen meg koselig, så fint at noen kommer og setter seg ned for å prate litt. Det kommer ikke så mange på besøk mer.» Sitat fra «Alene i skoddeheimen: Hvordan kan hjemmesykepleien bidra til sosial deltagelse hos hjemmeboende, enslige personer med demens?» *Brenden G, Høgskolen i Hedmark, 2013*.

Mestring og muligheter for personer med demens

– 12-ukers kurs for personer med demens i tidlig fase

Dette er en beskrivelse av «Demensskolen», en brukerskole i Stavanger for personer som har en demenssykdom. Undervisningen er basert på forskning samt kunnskap og råd fra personer med demens, pårørende, frivillige, fagfolk og forskere.

Demensskolen har status som forskningsprosjekt, og vi vil i det følgende beskrive:

1. Bakgrunnen for prosjektet
2. Gjennomføring og organisering av prosjektet
3. Erfaringer så langt og videre planer for strategi og tiltak, slik at tilbudet utvikles til å bli best mulig og komme flest mulig personer med demens til gode.

Bakgrunn for Demensskolen

Demensskolen har utgangspunkt i prosjektet «Health Promotion for individuals with early stage dementia» i Florida, USA (1, 2), som viste at økt kunnskap, fysisk og mental aktivitet, etablering av sikkerhetstiltak, reduisering av stress, rekreasjon og sosialt fellesskap samt tilpasset oppfølging, er effektive virkemidler for å bedre livskvalitet og trivsel. «Health promotion» var et kursopplegg som gikk over 12 uker og de som deltok fikk betydelig bedring i forhold til depressive symptomer, økt livskvalitet og utsettelse av innleggelse i sykehjem. Dette lovende konseptet ble oversatt og prøvd ut i Stavanger første gang i 2006. Erfaringene ble presentert på konferansen Gerontological Society of America (GSA) i USA i 2007, sammen med erfaringer fra Israel, Østerrike og USA. Fokus var da hvordan kursopplegget kunne overføres til ulike kulturer og helsesystem, og så danne grunnlag for en multinasjonal studie hvor resultat fra flere land skulle sammenlignes. Det viste seg å være vanskelig å få midler til et slikt prosjekt, men høsten 2014 startet de første gruppene i Stavanger ved SESAM – Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling. Demensskolen er en brukerskole, hvor vi ønsker å gi personer med demens i tidlig fase et sted å møte andre i samme situasjon, få kunnskap og informasjon om demens, og nyttige råd og tips i en endret livssituasjon. Å få støtte til å ta egne beslutninger og bruke egne ressurser lengst mulig, samt finne nye ressurser og måter å håndtere dagen på, slik at denne blir best mulig, er grunnleggende i dette arbeidet.

Det er få studier som omhandler personen med demens og hans eller hennes mulighet for mestring av egen situasjon. Formålet med dette

SKREVET AV
Ingelin Testad, postdoc
Målfrid Meling,
sykepleier/seniorrådgiver
Vigdis Vagle,
sykepleier/seniorrådgiver
Anne Torsvik Henriksen,
sykepleier/seniorrådgiver
Christina Tølbøl Frøiland,
forskningssykepleier
Martine Kajander,
forskningssykepleier
Martha Therese Gjesten,
doktorgradstipendiat

Alle fra Stavanger
universitetssykehus,
Regionalt kompetansesenter
for eldremedisin og
samhandling (SESAM)



forskningsprosjektet er å bidra med kunnskap om brukerskole for personer med demens og hvorvidt et slikt strukturert undervisningsopplegg kan forbedre livskvalitet og eventuelt utsette innleggelse på institusjon.

Gjennomføring

Personer over 65 år som har en demenssykdom, er hjemmeboende og samtykkekompetent for selv å bestemme om de vil delta på kurset, inviteres gjennom media, fastlege, poliklinikk og hjemmebaserte tjenester. De som melder seg på, blir intervjuet sammen med nærmeste pårørende i forhold til demografi, livskvalitet, kognitiv funksjon, nevropsykiatriske symptomer og evne til å gjennomføre aktiviteter i dagliglivet. Deltaker og pårørende blir intervjuet etter at deltakeren har gjennomført Demensskolen.

Undervisningen foregår i en gruppe på fire til sju personer i trygge og hyggelige omgivelser. Det har vært en viktig faktor at dette ikke skal foregå på sykehuset. Kurset foregår på dagtid over en periode på 12 uker og med en varighet på to timer hver gang.

Kurslederne er pensjonerte sykepleiere som gjennom sin funksjon på SESAM har fått tittelen seniorrådgivere. De har lang og variert klinisk erfaring, kompetanse innen veiledning og ledererfaring. Alle har fått spesifikk kunnskap om demens gjennom spesielle kurs tilpasset Demensskolen. I tillegg har seniorrådgiverne deltatt på konferanser innen aldring og helse der demens har vært grundig belyst. Alle

▲
*Prosjektleder Ingelin
Testad (fra v.) med
seniorrådgiverne Vigdis
Vagle, Gerd Eikemo,
Dagny S Børnes, Grete
Østebø, Nina E D
Bærheim, Reidun M
Krøger, Bjørg Bjørkel-
und, Brita Halsne,
Målfrid Madland
Aanderaa, Karen Ianke,
Marta Stokka, Ragnhild
Stokkeland, Målfrid
Meling, Liv Arna Marvik
og Anne Torsvik
Henriksen.*

seniorrådgivere har fått tildelt variert relevant litteratur for å bygge videre kompetanse. Vi har også etablert et eget forskningsprosjekt for gruppen av seniorrådgivere; «Pensjonerte sykepleieres opplevelser og erfaringer knyttet til å arbeide i et konkret forskningsprosjekt etter at de har gått av med pensjon».

«Demensskolen» er et strukturert kursopplegg og det er utarbeidet en kursmanual for å sikre kvalitet og gjennomføring av opplegget. Manualen er utarbeidet på bakgrunn av tidligere studie (2), er optimalisert gjennom erfaringer fra kursene som er gjennomført og hvor tredje og siste kompendium er supplert med utsagn og innspill fra tidligere kursdeltakere, knyttet til undervisningens 12 tema.

Alle deltakerne på Demensskolen får en egen perm som inneholder kursmanualen og en liten notatbok som kalles «huskebok». Hver uke presenteres et nytt tema som deles ut og settes i permen. Permen tas med hjem og bringes med til kurset hver gang.

Ukens tema presenteres av kurslederne og så åpnes det for innspill fra deltakerne slik at de kan komme med sine synspunkter, spørsmål, undringer og erfaringer. Det legges til rette for gode samtaler der mestring av den nye livssituasjonen vektlegges. Et utsagn fra en tidligere deltaker illustrerer dette:

Jeg kunne nesten ikke tro at demens var noe som kunne gjelde meg. Jeg håper jeg kan lære mer, gjøre alt jeg kan for å leve godt og eventuelt akseptere det.

Mot slutten av hver kursdag går deltakerne sammen gjennom hva som er viktig for den enkelte i forhold til dagens tema. Deltakerne oppfordres til å skrive ned det som er viktig for dem selv, og gjerne ta det opp med sine pårørende senere. Et eksempel kan være: *Jeg skal sette fram en mugge vann på kjøkkenet slik at jeg husker å drikke mer.* Fra tidligere kurs viser det seg at permen og det materialet som deles ut hver uke, kan bidra til å åpne opp for gode samtaler mellom deltaker og pårørende når deltakeren kommer hjem fra ukens kurs. Ektefellen til en tidligere deltaker fortalte:

Onsdagen er den beste dagen i uken, da kommer konen hjem med ny kunnskap i permen sin og vi kan få snakket sammen om sykdommen hennes og hva det gjør med oss.

Erfaringer så langt

Til nå har omtrent 50 deltakere fordelt på ni grupper gjennomført Demensskolen. En av de viktige erfaringene vi har gjort så langt, er utfordringen med selv å akseptere sykdommen og utfordringen med å formidle til sine nære hvordan det egentlig er å ha demens.

I denne forbindelse har utsagn og historier vært et viktig verktøy, som gir gjenklang og gjenkjennelse, slik som teksten nederst på siden.

En av deltakerne sa: *Jeg fikk mot til å fortelle vennene mine om situasjonen – det var en lettelse å slippe å forstille seg.*

En annen var opptatt av at: *Jeg vil fortelle dette selv, på min måte.*

Utfordringen med å akseptere sykdommen har også konsekvenser for rekruttering til kursopplegget, som har vist seg vanskeligere enn vi trodde. For å kunne være med må en ha påvist demenssykdom og akseptere situasjonen slik at en ønsker å gjøre noe med det; melde seg på kurs! I denne forbindelse viser det seg også å være en utfordring at helsepersonell synes det er vanskelig å snakke om dette med personen det gjelder og dermed fort kan være utydelig på at det faktisk er demens det dreier seg om, og ikke bare «litt problemer med husken». Det er vanskelig å melde seg på et kurs for personer med demens når en bare har problemer med husken.

Vi har derfor sett at en viktig del av kursopplegget er å forstå hva demens er, hva dette betyr i livet til den enkelte og hvordan de kan håndtere dette best mulig. Tilbakemeldingene så langt handler om *Det har vært så godt å komme hit og se at det er andre som har det sånn. Et trygt sted å snakke og at det aldri er for sent, faktisk! Det går virkelig an å lære hele livet!*

Organisering av prosjektet er omfattende. Det krever rutiner for påmelding, avklaring om deltakerne har behov for hjelp til å komme, organisering av frivillige som bidrar med skyss og som skaper en god atmosfære med kaffe og vafler, tilgjengelige kursledere og forskere som gjennomfører intervjuer før og etter kurset. Prosjektet er gjort i samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen lokalt og det rettes en stor takk til alle som har bidratt.

Avslutning

Så langt har erfaringen med dette vært så positivt at vi ønsker å spre dette nasjonalt, slik at det kan gjøres tilgjengelig for alle personer med demens. Det er under utarbeiding et kursopplegg for kursledere, slik at flere kan få opplæring i å drive demensskoler og arbeidet med forskningsmessig evaluering av effekten pågår fortsatt. Våren 2016 har vi den første gruppen i ny kommune og allerede til høsten kan det spres til flere kommuner.

■ tesi@sus.no

REFERANSER

1. Fitzsimmons S, Buettner LL. Health promotion for the mind, body, and spirit: a college course for older adults with dementia. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*. 2003 Sep-Oct;18 (5):282-90. PubMed PMID: 14569645. Epub 2003/10/23. eng.
2. Buettner LL, Fitzsimmons S. Promoting health in early-stage dementia: evaluation of a 12-week course. *Journal of gerontological nursing*. 2009 Mar;35(3):39-49. PubMed PMID: 19326828. Epub 2009/03/31. eng.

Jeg finner ikke ordene

Jeg vet hva jeg vil si og jeg leter rundt i hjernen etter det. Men der er det ualminnelig ryddig, som en stor stue hvor alle møblene er flyttet, det står bare en og annen kasse der og parketten er blankpolert.

Jeg kan nesten se ordet nå, jeg kjenner det på smaken. Begynner det på «S»?

Jeg tror det.

Det kjennes ut som et s-ord. Åh, der kom det, takk og pris!

«Laster» var ordet jeg lette etter. Summen av alle lastene er konstant, var det jeg ville si.

TID er nøkkelfaktoren for meg.

Først må jeg ha tid til å kjenne igjen konturene av det ordet jeg leter etter og holde fast ved dette, slik at jeg ikke risikerer å glemme hva jeg leter etter, mens jeg leter.

Når jeg har fått tid til å gjøre det, kan jeg begynne å lete og først da er forslag til nye ord nyttige for meg.

MEN, sakte, sakte, et ord om gangen!

Jeg må ha tid til å sammenstille det med følelsen av det ordet jeg leter etter og til å holde fast ved sammenhengen ordet skal inn i.

Hvert nytt ord er en kilde til andre ord, som kan føre meg inn i andre tankespinn slik at den opprinnelige sammenhengen glipper for meg.

Ingelin Testad,
2011

Språk, kommunikasjon og innvandrere med demens

Dersom personer med alvorlig demens og helsepersonellet har forskjellig språk- og kulturbakgrunn, blir kommunikasjonen vanskeligere når personens språkevne og forståelse av majoritetsspråket svekkes. Forstår man ikke det personene rundt en sier, kan det føre til angst og fremmedgjorthet.

Introduksjon

Språkproblemer er ofte det første symptomet på demens som man legger merke til. Dette gjelder spesielt hos personer med Alzheimers sykdom (AS) eller frontallappsdemens (FTD) (1). Etter hvert som demenssykdommen utvikler seg, svekkes den sykes språkevne. Det blir stadig vanskeligere å finne ord, sette sammen ord og uttale ord. Mange som tidligere har kunnet to eller flere språk, mister andre språk enn morsmålet. Det sist lærte språket er gjerne det som forsvinner først. I tillegg blir ansiktsuttrykk og gester mindre ekspressive og pasientene har problemer med å lese andre menneskers ansiktsuttrykk og forstå det som blir sagt, spesielt om den som snakker har en annen dialekt eller uttale enn de er vant til fra unge år. Har personen med demens en annen språklig og kulturell bakgrunn enn helsearbeideren, øker behovet for kulturell og språklig forståelse fra helsearbeiderens side i takt med at pasientens evne til å bruke og forstå majoritetsspråket svekkes.

I det følgende presenteres funn fra et stort internasjonalt forskningsprosjekt der vi gjennom tre delstudier studerte hva som utgjør god demensomsorg i interkulturelle situasjoner i geriatrike institusjoner. Språk og kultur ble et sentralt tema i disse studiene.

Bakgrunn

Det er ikke mulig å forutsi hvor rask den språklige tilbakegangen vil være hos en person som utvikler demens, ettersom det er avhengig av hvilken del av hjernen som rammes og/eller sykdommens alvorlighetsgrad (1, 2). Den språklige tilbakegangen kan ramme både språkflyt,

uttale og evnen til praktisk å lydmessig få fram ord. I siste stadium kan pasienten bare ha et svært lite vokabular som gjentas ofte, og til slutt kan evnen til å formulere ord falle helt bort (3).

I dagliglivet bruker vi ikke alltid ordenes bokstavelige betydning når vi snakker. Å «hoppe i loppekassen», er for eksempel på norsk blitt ensbetydende med å legge seg. Dette krever at man både forstår ordene som sies og det kulturelle meningsinnholdet som ligger bak ordene. Enhver kultur har sin egen måte å bruke språk på og man finner store ulikheter i hvordan metaforer, sarkasme, humor etc. blir uttrykt. Det kan også være spesifikke kulturelle normer for hvordan man skal kommunisere og samarbeide med sine medmennesker. Eldre koreanske innvandrere med demens som ikke blir møtt med det som for dem er kulturelt passende verbal og ikke-verbal kommunikasjon, kan for eksempel «føle et høyt nivå av stress fra miljøet rundt dem, noe man mener er med på å øke atferdsmessige symptomer på demens» (4). Dette skjer fordi personer med demens har mye lavere toleranse for stress, for eksempel å håndtere uvante situasjoner, enn friske personer.

Spørsmålet om kommunikasjon med pasienter med demens utviklet seg mens jeg intervjuet ikke-skandinaviske pleiere med omsorg for etnisk norske pasienter med demens på sykehjem i Oslo. Enkelte av disse pleierne snakket utmerket eller godt norsk, mens andre hadde en språkrytme, uttale, begrenset vokabular og/eller grammatikk som gjorde dem vanskelige å forstå. Forskning fra mange deler av verden (4-7) tyder på at dette utgjør universelle kommunikasjonsproblemer når pasienter med alvorlig

I dagliglivet bruker vi ikke alltid ordenes bokstavelige betydning når vi snakker.

SKREVET AV
Ingrid Hanssen, professor,
Lovisenberg diakonale
høgskole, Oslo.

Tabell 1.
De intervjuete (Hanssen 2015)

Intervjuer gjort i	Antall geriatriske institusjoner	Intervjuete pleiere		Antall intervjuete pårørende		Intervjuspråk			
		Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Norsk	Engelsk	Afrikaans	Setswana
Samisk tettsted, Finnmark	1	8	1	6	2	15			
Oslo	1	6	1	0	0	7			
Pretoria, Sør-Afrika	4	18	1	16	2		31	5	1
Totalt	6	32	3	22	4	22	31	5	1

demens og deres pleiere har forskjellig morsmål og kulturell bakgrunn. Både mine egne forskningsfunn fra Oslo og forskning fra andre deler av verden gjorde at jeg ønsket å studere temaet kommunikasjon relatert til demens, språk og kultur videre.

På bakgrunn av dette utviklet jeg to forskningsspørsmål: Hvilke faktorer kan føre til økte kommunikasjonsproblemer når pasienter med alvorlig demens og deres pleiere har forskjellig språklig og kulturell bakgrunn? Er pleierne og pasientenes familiemedlemmer klar over disse problemene? Spørsmålet som ble stilt de intervjuete var: «Ut fra din erfaring som pleier/sønn/datter til en pasient med demens ved denne institusjonen, hva mener du utgjør god demensomsorg?» Ved siden av intervjuene som ble gjort i Oslo, ble studien utført blant pleiere og pårørende til samiske pasienter i Finnmark med demens, og pleiere og pårørende til pasienter i Pretoria, Sør-Afrika. Intervjuene i Finnmark ble gjennomført på et tettsted med cirka 80 prosent samisktalende innbyggere. Alle de intervjuete, bortsett fra to som var etnisk norske, hadde samisk språk- og kulturbakgrunn. Alle de intervjuete pleierne i Oslo var fra Asia. De fleste intervjuene i Pretoria ble gjennomført på engelsk, selv om de hvite deltakerne hadde afrikaans og de svarte hadde ulike afrikanske språk som morsmål (tabell 1).

Resultater og diskusjon

Ingen av de ikke-nordiske respondentene i Oslo og bare to respondenter i Pretoria snakket eksplisitt om sammenhengen mellom demens og språklig svekkelse. De fleste samiske respondenter derimot, både pleiere og pårørende, mente at det å beherske pasientens språk var særdeles viktig i omsorgen for pasienter

med demens: «Kan du ikke pasientens språk, blir pasienten urolig og engstelig når du skal pleie ham eller henne. Du må kunne forklare hva du gjør, og det kan du ikke med mindre du snakker språket godt.» Manglende felles språk førte ifølge de samiske respondentene til at pasientene ble mindre samarbeidsvillige, noe som gjorde at pleiesituasjonen ble en «kamp» og gjorde prosedyrer mer stressende og i enkelte tilfeller også mer smertefull. De erfarte at for pasienter med demens førte det å bli snakket med på sitt eget språk til at de følte seg trygge og slappet mer av.

Ved siden av å være opptatt av språket, var det bare samiske respondenter som var opptatt av at det å forstå ulike kulturelle koder var viktig for god samhandling med pasienter med alvorlig demens: «Når noen blir dement og ikke husker alt med ord, er det forskjellige koder som man må forstå for å kunne tolke hva det er pasienten vil» og hvorfor personer med demens oppfører seg slik de gjør.

Flere av de asiatiske pleierne som ble intervjuet i Oslo hadde kommunikasjonsproblemer, og en av de etnisk norske pleierne i Finnmark innrømmet at «for meg som ikke snakker samisk, er det vanskelig». Noen av de svarte pleierne i Pretoria snakket overhodet ikke afrikaans, som var morsmålet til de fleste av deres pasienter.

Pleiere på alle de tre geografiske stedene der studiene ble gjort og som ikke snakket pasientenes språk, prøvde å kompensere for sine kommunikasjonsproblemer ved å bruke tegnspråk og utvise tålmodighet overfor pasientene. Likevel mente de fleste av dem at deres kommunikasjon med pasienter med alvorlig demens var nokså uproblematisk. De anså at det viktigste var å bruke en vennlig stemme og å lytte til det pasientene fortalte, selv om de ikke skjønnte det som ble sagt. «Man må ikke gi opp, selv om man mangler ord. Og vi kan vise dem at vi har tålmodighet slik at de føler seg trygge.» Og: «Du må ha tålmodighet. Du må ganske enkelt ha en masse tålmodighet.»

En vennlig stemme og stor tålmodighet er imidlertid ikke nok. Kim et al. påpeker viktigheten av å tilpasse kommunikasjonen til pasienter med demens, blant annet at man sier fra om prosedyrer før man utfører dem, gir veiledning skritt for skritt, og bruker enkle og kjente ord. Tilpasset kommunikasjon inkluderer videre «både å kjenne og bruke et språk omsorgsmottakeren forstår og å kunne språkets regler og symboler og regler for samhandling» (4). Å være omgitt av pleiere som snakker et språk som pasientene ikke forstår, kan gjøre dem engstelige, usikre, redde og fremmedgjorte, følelser som kan bli uttrykt ved ulike typer uro som vandring og roping. Dette synes å være en reaksjon man finner uansett kulturell bakgrunn.

Tabell 2.
Interkulturell kommunikasjon mellom pasient med demens og helsearbeidere (9)

Kommunikasjonen kan blant annet være påvirket av faktorer som:	
Pasientens	Helsearbeidernes
grad av språklig svekkelse både når det gjelder å snakke og forstå.	dyktighet til å kommunisere på pasientens morsmål og evne til å forstå hva pasienten prøver å uttrykke verbalt og non-verbalt.
svekkete evner til å forstå sitt morsmål når den som snakker bruker gale ord, snakker med fremmed aksent, ukorrekt grammatikk og/eller uttale.	evne til å snakke pasientens morsmål på en måte som pasienten fremdeles er i stand til å forstå.
tap av andre/tredjespråk.	
grad av svekket hukommelse og av demenssykdommens påvirkning intellektuelt, følelsesmessig og atferdsmessig, og på dagliglivets aktiviteter.	pasientens mentale og språklige svekkelse øker faren for at pasientens atferd ikke blir forstått/blir misforstått dersom pasient og helsearbeider har ulik kulturell bakgrunn.

Som nevnt ovenfor, er bokstavelig forståelse av et språk ikke alltid tilstrekkelig (tabell 2). Enhver kultur har sin spesielle måte å bruke språk på, med ulikt meningsinnhold tillagt ord slik at de ofte ikke kan oversettes direkte. Helsepersonellet kan fra barnsbein av ha lært og internalisert andre normer for hvordan kommunisere og samhandle med andre mennesker enn pasienten. Svekket språkevne gjør det dessuten vanskeligere for en person med demens å forstå «visse ord, rask tale, lyst/høyt stemmeleie og komplekst språk» (8). Det blir stadig vanskeligere for pasientene å forstå og bli forstått, og problemet øker når de kommuniserer med helsearbeidere som ikke har nødvendig kunnskap om deres kulturelle bakgrunn, verbale symbolbruk og ikke-verbale kommunikasjon. Ved siden av faktorene som alt er nevnt, vil personer med demens gjerne «omskrive» setninger når de ikke finner de rette ordene. Når de for eksempel ønsker å be om å få låne telefonen, kan dette bli uttrykt som «å få det apparatet man snakker i». Slike omskrivninger er vanskeligere å forstå for den som ikke kjenner kulturen innenfra. Flere forskere peker på at det er en nær sammenheng mellom å kunne pasientens språk og ha innsikt i hans eller hennes kultur.

Konklusjon

Samhandling med pasienter med demens er mer krevende enn med friske eldre, også når helsearbeideren og pasienten har felles språk- og kulturbakgrunn. Kunnskap om hvordan utviklingen av demens gradvis påvirker pasientens språkevne og evne til å forstå, er viktig. Likevel viser både vår og andres forskning at kommunikasjonsutfordringen øker når helsepersonellet og pasienten har ulik kulturell og/eller språklig bakgrunn. Ettersom andelen eldre vokser, og dermed antallet personer med demens stiger, øker også «behovet for kulturell og språklig kunnskap og bevissthet hos de som betjener denne gruppen av befolkningen» (10). Pasienter som ikke snakker majoritetsspråket er mindre deltakende i samtaler og i større grad overlatt til seg selv enn det majoritetspasienter er (11). I langtidsavdelinger utgjør dette et stort problem ettersom kommunikasjon er viktig for å vedlikeholde mentale funksjoner og ivareta pasientens psykososiale identitet og livskvalitet. Det utgjør dermed en utfordring for lederne for våre geriatrike institusjoner å være seg bevisst sine ansattes språklige og kulturelle bakgrunn og benytte deres ulike ferdigheter til beste for pasientene. Helsearbeidere som snakker de «nye» pasientgruppens språk og kjenner deres kultur er blitt en stadig mer verdifull del av personalet.

ingrid.hanssen@ldh.no

REFERANSER

1. Blair M, Marcinski CA, Davis-Farouque N & Kertesz A. A longitudinal study of language decline in Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *J Int Neuropsychol Soc* 2007 Mar;13(2):237-245.
2. Cosentino SA, Brickman AM & Manly JJ. Neuropsychological assessment of dementia of late life. I: Schaie KW, Willis SL, editors. *Handbook of the Psychology of Aging*. 7. London: Elsevier, 2011.
3. Samuelsson C & Hyden LC. Intonational patterns of nonverbal vocalizations in people with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2011 Nov;26(7):563-572.
4. Kim H, Woods DL, Phillips LR, Ruiz ME, Salem B et al. Nursing assistants' communication styles in Korean American older adults with dementia: a review of the literature. *J Transcult Nurs* 2015 Mar;26(2):185-192.
5. de Picciotto J & Friedland D. Verbal fluency in elderly bilingual speakers: normative data and preliminary application to Alzheimer's disease. *Folia Phoniatr Logop* 2001 May-Jun;53(3):145-152.
6. Heikkilä K & Ekman SL. Health care experiences and beliefs of elderly Finnish immigrants in Sweden. *J Transcult Nurs* 2000 Oct;11(4):281-289.
7. Maki Y, Yamaguchi T, Koeda T & Yamaguchi H. Communicative competence in Alzheimer's disease: metaphor and sarcasm comprehension. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2013 Feb;28(1):69-74.
8. Communication Problems - Learning a New Language 2016 [cited 2013]. Available from: <http://www.dementiacarecentral.com/caregiverinfo/communication-problems>.
9. Hanssen I. Dementia, communication and culture – Implications of linguistic and cultural diversity in intercultural dementia care *Journal of Intercultural Communication* 2015;39.
10. Muller N & Guendouzi JA. Discourses of dementia: a call for an ethnographic, action research approach to care in linguistically and culturally diverse environments. *Semin Speech Lang* 2009 Aug;30(3):198-206.
11. Ekman S-L. God omvårdnad – vad innebär det? I: Ekman S-L, Fratiglioni L, Jansson W et al., editors. *Alzheimer*. Stockholm: Karolinska Institute University Press, 2007.

Leon Jarners forskningspris 2015 gikk til Marianne Thorsen Gonzalez og hennes forskningsprosjektet *Sansehager ved demenslidelser*.

Heder til innovativ forsker

TEKST: Bente Wallander



Marianne Thorsen Gonzalez var forhindret fra å være til stede, men hadde spilt inn sitt prisvinnerforedrag på forhånd.

Årets prisvinner har studert et område av demensomsorgen som vi til nå har hatt lite formell kunnskap om.

– Bruk av sansehager i demensomsorgen er et område med stor overføringsverdi, som kan være et nyttig supplement til øvrige ikke-farmakologiske tiltak. Gjennom arbeidet har søkeren presentert kunnskapsgrunnlaget for betydningen av sansehager og gitt viktige kliniske råd og tips til interesserte planleggere. Juryen er av den oppfatning at arbeidet holder god vitenskapelig standard, fremstår som innovativt og har stor overføringsverdi, sa Leon Jarners nevø og prisutdeler, Harry-Sam Selikowitz.

Sansehager og terapeutisk hagebruk som miljøbehandling ved demenslidelser

Marianne Thorsen Gonzalez arbeider ved VID vitenskapelige høgskole, Diakonhjemmet i Oslo og tidligere også Avdeling for sykepleievitenskap, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo. Hun har siden pristildelingen blitt utnevnt til professor. Prisvinneren har bred utdanningsbakgrunn og kan titulere seg som både fysikjemiker, sykepleier, psykiatrisk sykepleier og gruppeanalytiker, og med embedsstudiet i sykepleievitenskap. I 2010 tok hun en doktorgrad i folkehelse ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet på Ås, med temaet terapeutisk hagebruk ved klinisk depresjon (1).

– Etter doktorgraden, ble jeg invitert av Professor Marit Kirkevold til å forske på Sansehager som miljøbehandling ved demenslidelser. Vi etablerte først kunnskapsstatus i feltet, hvorav det er publisert to artikler en i Sykepleien Forskning (2) og en i Journal of Clinical Nursing (3). Det har vært stor interesse for disse artiklene, og jeg får stadig forespørsler knyttet til dette arbeidet, forteller hun.

Nasjonal kartlegging

Med utgangspunkt i kunnskapsoppsummeringen, var de to forskerne nysgjerrige på hvordan sansehager ved norske sykehjem var utformet og ble benyttet i den daglige demens-

omsorgen. En stor nasjonal kartlegging på norske sykehjem ble gjennomført (4 og 5).

– Arbeidet var veldig morsomt. Vi vet fra før mye om at eldre på sykehjem setter stor pris på å være ute. Kunnskapsoppsummeringen viser at deltakelse i sansehager kan bidra til bedret nattesøvn, reduksjon i uhensiktsmessig adferd, færre alvorlige fall, bedret psykisk velvære og kognisjon, og mindre bruk av antipsykotiske medisiner og etter behov medisiner. Dette var i overensstemmelse med det de ansatte i sykehjemmene intuitivt erfarte. Det vi også fant, var at norske sansehager er gjennomgående godt utformet, og at de i hovedsak følger de anbefalte retningslinjer for utforming av sansehager (5)

– Vi har nå et godt bakgrunnsteppe for å arbeide videre med utforming av mer systematiske programmer for aktiv bruk av sansehager i demensomsorgen, og forske videre på dette.

Den viktigste kunnskapen er kanskje likevel, at alle bidrar til at eldre kommer jevnlig ut. Generasjonen som nå er på sykehjem har vært mye ute gjennom livet. Mange har jobbet ute, mange har vært aktive i egen hage eller på gårdsbruk, og andre har vært aktive turgåere. Innleggelsen i sykehjem innebærer for de fleste en dramatisk endring.

Fra grønne tanker til aktivt uteliv

Marianne Thorsen Gonzalez har også arbeidet med terapeutisk bruk av hage rettet mot pasienter ved Diakonhjemmets alderspsykiatriske avdeling på Tåsen.

– Det begynte med et lite prosjekt; *Grønne tanker – Gode følelser*. Deretter startet vi et større og mere systematisk helårlig prosjekt; *Aktiv ute*, som dreide seg om alt fra å komme seg ut i nabolaget til å gå en tur i parken eller til å arbeide i hagen på Tåsen. Så vellykket ble dette prosjektet, at det å være aktiv ute nå er en selvfølgelig og integrert del av stedets miljøbehandling. Ved innskrivning i avdelingen, får pasientene beskjed om å ta med alt det de trenger for å være ute. Det er like naturlig å ha den daglige miljøbehandlingen ute som inne – ja, miljøbehand-

ling ute er nesten vel så viktig som miljøbehandling innendørs.

Gonzalez er full av begeistring for det fantastiske flotte drivhuset de har fått bygget på Tåsen.

– Det summer av liv der ute hele tiden og huset brukes aktivt av alle typer pasienter, sier hun.

Søker samarbeid

Prisvinneren har nå lyst til å forske mer på terapeutisk hagebruk og/eller sansehager for eldre.

– Vi har lyst å gjøre en større studie, sammen med internasjonale samarbeidspartnere, slik at vi med høyere grad av sikkerhet kan si noe om hva som hjelper og kanskje til og med hvordan det hjelper. I mellomtiden er det viktig å legge til rette for at de som lever med demens får et så godt omsorgstilbud, og en så god livskvalitet som mulig. Det er jo det som er kjernen i personsentrert omsorg. Det vi også erfarer på Tåsen, er at det å være ute og pusle med ting i hagen, gjerne gjør at det er lettere å åpne seg for de temaene man strever med i livet. Det er ofte enklere og mindre formelt å snakke sammen mens man gjør noe, sier hun. Det er som om åpenheten i uterommet også åpner sinnet. ■

REFERANSER

1. Gonzalez MT. Terapeutisk hagebruk ved klinisk depresjon i en Grønn omsorg-kontekst. Prospektive studier på mental helse: utbytte, aktive komponenter og eksistensielle forhold. PhD. Ås: Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, 2010.
2. Kirkevold M & Gonzalez MT. Betydningen av sansehager og terapeutisk hagebruk for personer med demens - en scoping review. Sykepleien Forskning 2012;(1):52-64.
3. Gonzalez MT & Kirkevold M. Benefits of sensory garden and horticultural activities in dementia care: a modified scoping review. J Clin Nurs 2014 Oct;23(19-20):2698-2715.
4. Gonzalez MT & Kirkevold M. Clinical use of sensory gardens and outdoor environments in norwegian nursing homes: a cross-sectional e-mail survey. Issues Ment Health Nurs 2015 Jan;36(1):35-43.
5. Gonzalez MT & Kirkevold M. Design Characteristics of Sensory Gardens in Norwegian Nursing Homes: A Cross-Sectional E-Mail Survey. Journal of Housing for the Elderly 2016 (In print).



Mottaker av Hjerterforskningsprisen, professor Kenneth Dickstein (t.v.), og mottaker av Demensforskningsprisen, professor Dag Årsland. Foto: Paal Audestad.

Fikk demensforskningspris

Dag Årsland ble første mottaker av Nasjonalforeningen for folkehelsens nye Demensforskningspris.

TEKST: Bente Wallander

Dag Årsland fikk prisen for sitt betydelige forskningsbidrag og den sentrale rollen han har spilt i oppbyggingen av det akademiske miljøet SESAM, Regionalt kompetansesenter for eldremedisin i Stavanger. Prismottakeren er professor, spesialist i psykiatri og forskningsleder ved SESAM, Stavanger Universitetssykehus. Han er også tilknyttet Universitetet i Oslo, Karolinska Institutet i Stockholm og King's College i London, hvor han leder alderspsykiatrisk avdeling ved Institute of Psychiatry.

Forener forskning

Dag Årsland har i sitt arbeid blant annet kartlagt risikofaktorer og årsaks-sammenhenger og utarbeidet diagnostiske metoder og effektiv behandling med spesielt fokus på forholdet mellom demens med Lewy Body-legemer og Parkinsons sykdom.

Under pristildelingen ble det lagt vekt på at SESAM under Årslands ledelse har gått fra å bedrive ren klinisk forskning til translasjonsforskning – en mer sammensatt tilnærming som forener basalforskning med forskning på hvordan man best kan behandle pasienter.

Årsland har skrevet godt over 250 vitenskapelige artikler og har i flere år vært en av forskerne fra Helse Vest som publiserer mest.

– Demens kan forebygges, men det krever stor innsats, konkluderte han i sitt prisvinnerforedrag *Demens – En global utfordring. Hvordan kan vi bidra?* Han framhevet samtidig betydningen av Nasjonalforeningen for folkehelsens innsats i arbeidet.

Hedret for hjerterforskning

Nasjonalforeningen for folkehelsen har i flere år delt ut en hjerterforskningspris. For 2016 gikk den til Kenneth Dickstein, en av Norges mest siterte medisinske professorer, som også har vært sentral i oppbyggingen av forskning på hjertesvikt ved Stavanger universitetssykehus.

– Demens- og hjerterforskningen er sterkt beslektet. Forhold som påvirker risiko for hjerte- og karsykdommer er også knyttet til demenssykdommen, men på det siste området er det fortsatt mange ubesvarte spørsmål både når det gjelder effektiv behandling, forebygging og oppfølging, sa organisasjonens styreleder Dag Thelle.

Forskerne fikk hvert sitt prisbeløp på 100 000 kroner, og et grafisk blad av kunstner Tom Gundersen. ■

Torhild Holthe

Mot – Håp – Tålmodighet

Yngre personer med demens og betydningen av hjelpemidler til kognitiv støtte i hverdagen

Forlaget Aldring og helse 2015

ISBN: 978-82-8061-225-0



Velferdsteknologi i praksis

Med prosjektrapporten *Mot – Håp – Tålmodighet* oppsummerer prosjektleder Torhild Holthe en studie av yngre personer med demens og deres bruk av velferdsteknologi; et treårig delprosjekt om yngre personer med demens, under Demensplan 2015.

De 12 prosjektdeltakerne som ble rekruttert fra fire norske hukommelsesklinikker bidro til en dialog om bruk, nytte og betydning av et hjelpemiddel. De ønsket å være med i prosjektet for å få sine behov og sin situasjon vurdert. For noen kunne det å få et hjelpemiddel gi et håp om en enklere hverdag, eller om å kunne mestre hverdagen bedre på egen hånd, og dermed avlaste pårørende.

Prosjektet viste at yngre personer med demens og deres pårørende kan ha nytte av flere produkter, men det må på forhånd gjøres en brukerbehovsanalyse slik at det treffer behovet og tilpasses personens situasjon. En kvalifisert bedømming av brukerbehov, ressurser, begrensninger og kapasitet hos brukeren og pårørende er en viktig premiss.

Prosjektet fant at en del produkter ikke var godt nok utviklet når det gjaldt brukervennlighet, teknisk robusthet og modenhet. Studien avdekket også behov for forbedret formidling av velferdsteknologi, implementering og oppfølging av brukere med kognitiv svikt.

Omtalt av Bente Wallander



Karin Høyland, Øyvind Kirkevold, Ruth Woods, Gørill Haugan

Er smått alltid godt i demensomsorgen?

Om bo- og tjenestetilbud for personer med demens

Sintef akademisk forlag 2015

ISBN: 978-82-536-1491-5



God fagutøvelse må drives i gode rom

Rapporten *Er smått alltid godt i demensomsorgen? Om bo- og tjenestetilbud for personer med demens* ble i januar lansert av KS.

Forfatterne har med utgivelsen levert en kunnskapsstatus om dagens bo- og tjenestetilbud for personer med demens. Til prosjektmålene hørte å finne ut om nye omsorgsmodeller kan føre til bedre kvalitet og mer kostnadseffektiv organisering av framtidens demensomsorg. Med i rapporten har forfatterne elleve historier fra flere europeiske land, som på ulike måter representerer innovativ planlegging og framtidsrettede løsninger. Demenslandsbyalternativet drøftes blant annet grundig.

Hvordan besvares så tittelspørsmålet?

– Smått er fortsatt godt. Men tjenestetilbud, bygg og omgivelser må henge sammen, og planleggere i må ta kjent kunnskap i bruk. God fagutøvelse må drives i gode rom, svarte to av forfatterne, Sintefs seniorforsker Karin Høyland og professor Øyvind Kirkevold, Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse, ved lanseringen av rapporten.

– Det er for oss et tankekors at man ikke har vært opptatt av å iverksette det man faktisk vet på dette området. Rundt om i Norge bygges det fortsatt store, sykehuspregede sykehjem. Vi håper at rapporten kan bidra til innovasjon og nytenkning.

Rapporten kan søkes opp og lastes ned fra sintefbok.no

Omtalt av Bente Wallander

Knut Engedal

En bok om demens

Husk meg når jeg glemmer

Pax forlag, 2016

ISBN: 978-82-5303-828-5



Demens som hjertesak

Med mer enn 30 års erfaring fra fag- og forskningsfeltet holder lege og psykiater Knut Engedal fast ved demens som sin hjertesak. I sin nyeste bok forsøker han å gi leserne en bedre forståelse av hvordan demens oppleves av den syke selv.

For hva skjer egentlig i hjernen og i kroppen når man får demens? Hvordan kan det oppleves for den syke selv? Hvordan viser sykdommen seg og hvordan kan de som står den syke nær hjelpe best mulig?

Med økende andel gamle vil flere og flere få en demenssykdom på slutten av sitt liv. Demens og Alzheimers sykdom kan bli framtidens største folkehelseutfordring. «Å spre kunnskap om sykdommen skal gjøre det lettere for samfunnet og politikerne, og for deg og meg, å legge til rette for at demenssyke kan leve et verdig liv så lenge som mulig med de begrensningene som sykdommen setter», sier forfatteren.

Engedal holder i boka et bevisst enkelt språk, for å kunne nå flest mulig med informasjon om hvordan demenssykdommene arter seg, symptomer på sykdom og hvordan sykdomsutviklingen kan oppleves av omgivelsene og / eller av den syke. Han formidler kunnskapen med et innenfraperspektiv. Til bokas temaer hører også utredning og diagnostikk, behandlingstilbud, helsetilbud og rettigheter. Man kan også lese mere om forekomst av demens, risikofaktorer og om hva man selv kan gjøre for å forebygge sykdom.

Det er mye som kan gjøres for at de som har demens skal bli tryggere og få bedre liv, ikke bare når det gjelder pleie og stell. I kapitlene *Til samfunnet – fellesskapet*, *Til dem som selv er syke* og *Til helsepersonell som yter daglig omsorg* gir Knut Engedal derfor gode råd til alle involverte. Avslutningsvis går han nærmere inn på temaet *En meningsfull hverdag er mulig*. Når forfatteren selv ser seg tilbake, ser han en rivende og oppløftende utvikling: «Hvis forskningen og kunnskapsutviklingen fortsetter i samme spor og tempo, ser det lyst ut med hensyn til å finne effektive behandlingstiltak som kan stanse eller forsinke utviklingen av Alzheimers sykdom.»

Omtalt av Bente Wallander



Constance Ørbeck-Nilssen

Akin Duzakin (Ill.)

Jeg kan følge deg hjem

Omnipax forlag, 2015

ISBN: 978-82-8315-052-0



Når demens blir et tema for barn

I boken *Jeg kan følge deg hjem* forteller Constance Ørbeck-Nilssen om lille Hannah og hennes opplevelser med en bestefar som har fått Alzheimers sykdom.

Hannas bestefar må passes på hele tiden, og kan ikke bo hjemme lenger. Han glemmer hvor han bor. Vesle Hannah synes at det er vanskelig å forestille seg hvordan det er å ikke huske noen ting. Det er litt skummelt at han ikke husker henne, men Hannah prøver å få ham med og leke likevel. Når hun senere besøker bestefar på sykehjemmet får hun likevel følelsen av at han fortsatt kan ha klare øyeblikk, og det oppstår god kontakt mellom dem. Den rikt illustrerte boken er beregnet på barn.

Omtalt av Bente Wallander



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

FAGSKOLE

**To studietilbud for helsefagarbeidere,
omsorgsarbeidere, hjelpepleiere og aktivitører**

**DEMENSOMSORG
OG
ALDERSPSYKIATRI**



**UTVIKLINGSHEMNING
OG
ALDRING**

Nytt opptak startet 1. mars 2016

Studiet starter i august

Informasjon, opptakskriterier og søknadsskjema finnes på nettsidene våre:

www.aldringoghelse.no

MØTEPlass FOR MESTRING Demens midt i livet



Kurs for yngre personer med demens og deres pårørende

På *Møteplass for mestring* deltar personer som har fått en demensdiagnose før fylte 65 år sammen med en nær pårørende. Kurset er lagt opp over 3–4 dager med overnatting. Gjennom forelesninger om demens, samtaler i mindre grupper, aktiviteter og sosialt samvær får deltakerne støtte til å håndtere en ny livssituasjon. Her kan deltakerne snakke med helsepersonell, og treffe andre som er i samme situasjon.

Parene betaler en egenandel på 1 000 kr. for kurs og opphold. Reiseutgifter med billigste transportmiddel utover 1 000 kr. dekkes. Datoer og steder for *Møteplass for mestring 2016* blir lagt ut på **www.aldringoghelse.no**



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Møteplass for mestring er en del av pårørendesatsingen i *Demensplan 2020* som forvaltes av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

Sommerleir 2016

Heia Eidene på Tjøme i Vestfold
30. juni - 3. juli 2016



Alle utgifter til reise og opphold vil bli dekket.
For påmelding: www.hvemsermeg.no/sommerleir



Hvem ser meg?

Er du barn under 18 år og har en mamma eller pappa med demens?

I år arrangeres en landsdekkende sommerleir for barn under 18 år som har en mamma eller pappa med demens, der den friske forelderen eller annen voksen ressursperson også deltar.

Sommerleiren skal være på Heia Eidene på Tjøme i Vestfold 30. juni - 3. juli 2016 (www.heiasentrene.no). Vi starter torsdag ettermiddag og avslutter søndag etter lunsj.

Påmeldingsfrist er 29. april. Det er begrenset antall plasser, så her er det «først til mølla-prinsippet» som gjelder. For mer informasjon om sommerleiren kontakt prosjektleder Trine Nordby Skjellestad, tlf. 990 19 206, sommerleir@aldringoghelse.no



Helsedirektoratet



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Tid til å være ung?

– når mor eller far har demens



LANDSDEKKENDE HELGEKURS for ungdom/unge voksne 18-30 år Tjøme i Vestfold 1.-3. april Selbu i Trøndelag 16.-18. september

Målet med helgekursene er at unge får støtte til å håndtere sin livssituasjon og hjelp til å mestre utfordringene i hverdagen ved at de:

- ✓ Treffer andre i samme situasjon
- ✓ Får økt kunnskap om demens
- ✓ Snakker med fagpersoner

Kursene går fra fredag til søndag.

Alle utgifter til reise og opphold blir dekket.

For påmelding, se www.aldringoghelse.no/helgekurs.

Påmeldingsfrist senest fire uker før kursstart.

Begrenset antall plasser. Førstegangs deltakere prioriteres.



Helsedirektoratet



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

KURS & KONFERANSER

2016



Antall kursdager:

* (1 dag)

** (2 dager)

*** (3 dager)

Aldring og helse har også undervisningstilbud tilpasset bedriftsintern opplæring, oppdragskurs og nettbasert opplæring.

Med forbehold om endringer – følg med på vår hjemmeside under fanen «kurs og konferanser» der program og lenke for påmelding legges ut.

www.aldringoghelse.no



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Demens

12. april*	Persontentrert omsorg i praksis og miljøbehandling	Stavanger	10. mars 2016
12. april***	Basiskurs i demens (2)	Arendal	10. mars 2016
14. april*	Tilrettelagte dagaktivitetstilbud for personer med demens (1)	Oslo	13. mars 2016
24. mai*	Utredning og oppfølging av yngre personer med demens	Oslo	21. april 2016
14. sept.**	Konferanse – Dementsteam	Trondheim	10. aug. 2016
20. sept.**	Kursholderkurs i VIPS praksismodell for persontentrert omsorg (2)	Oslo	18. aug. 2016
19. okt.*	GPS til personer med demens (2)	Stavanger	14. sept. 2016
1. nov.**	Utredning av demens i kommunehelsetjenesten (2)	Stavanger	28. sept. 2016
2. nov.*	Tilrettelagte dagaktivitetstilbud for personer med demens (2)	Oslo	2. okt. 2016
9. nov.*	Kognitiv svikt og demens hos personer med innvandrerbakgrunn	Oslo	6. okt. 2016
6. des.**	Demensdagene 2016	Oslo	3. nov. 2016
8. des.*	Erfaringssamling for persontentrert omsorg	Oslo	4. nov. 2016
Høst ***	Lær å bruke DCM	(ikke avklart)	(ikke avklart)

Alderspsykiatri

5. sept.**	HUKLI-seminar	Oslo	20. juni 2016
25. okt.*	Rus og legemiddelavhengighet hos eldre (2)	Trondheim	22. sept. 2016
31. okt.**	Legekurs – Alderspsykiatri i praksis	Oslo	29. sept. 2016

Utviklingshemning og aldring

24. mai***	Basiskurs – Aldring hos personer med utviklingshemning (2)	Ålesund	21. april 2016
14. sept.*	Temakonferanse – Sansetap ved aldring	Oslo	20. juni 2016

Funksjonshemning og aldring

14. sept.*	Temakonferanse – Sansetap ved aldring	Oslo	20. juni 2016
------------	---------------------------------------	------	---------------

Geriatrici

5. april**	Ernæringssvikt hos gamle	Oslo	5. mars 2016
28. april**	Legekurs – Fall hos gamle – årsaker og behandling	Oslo	28. mars 2016
23. mai*	Behandling og rehabilitering av pasienter med hjerneslag etter akuttfasen	Oslo	20. april 2016
12. okt.**	Legekurs – Fordypningskurs i kognitiv testing	Oslo	11. sept. 2016
18. okt.***	Basiskurs i geriatri (2)	Kristiansund	15. sept. 2016



Sykehuset i Vestfold

HELSE



SØR-ØST



Oslo universitetssykehus

Skriv for demens & alderspsykiatri

Fagbladet Demens & Alderspsykiatri (D&A) publiserer fagartikler fra våre fagområder. Vi har innledet en prosess for å bli godkjent som nivå 1-tidsskrift.

D&A publiserer vitenskapelige artikler fra forskning om pleie og omsorg, medisin, psykologi, ergoterapi, fysioterapi, sosialt arbeide med mere. Artiklene skal være originalarbeider og ikke under vurdering for publisering i andre tidsskrifter. Referansestil og retningslinjer for publisering finner du på www.demensogalderspsykiatri.no.

Til D&A kan du også sende en kommentar, kronikk eller et debattinnlegg.

D&A retter seg til helsepersonell fra fagfeltene demens og alderspsykiatri. Fagartikler som publiseres i D&A skal være basert på forskning eller på god og dokumentert praksis fra disse fagområdene. Vi oppfordrer forfatterne våre til å holde seg til et lett forståelig språk. Fagartikler og innlegg til D&A skal leses og godkjennes av minst to av redaksjonskomiteens medlemmer.

Fagartikler som ønskes vurdert sendes elektronisk til tidsskriftets redaktør: bente.wallander@aldringoghelse.no, mens vitenskapelige artikler sendes til vurdering hos fagredaktor@aldringoghelse.no.



Abonner på Demens & Alderspsykiatri – et uavhengig fagtidsskrift

Fire utgaver årlig Abonnement per år:
Norge: kr 420,- Norden: kr 500,-

Bestill tidsskriftet:
tidsskriftet@aldringoghelse.no eller telefon 22 11 77 28



Vi arbeider etter Vær Varsom-plakatens regler for god presseskikk.

Den som mener seg rammet av urettmessig publisering, oppfordres til å ta kontakt med redaksjonen. Pressens Faglige Utvalg (PFU) er et klageorgan oppnevnt av Norsk Presseforbund som behandler klager mot mediene i presseetiske spørsmål.

Adresse: Rådhusgt 17
Postboks 46 Sentrum
0101 Oslo
E-post: pfu@presse.no

presse.no

REDAKTØR:
Bente Wallander
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
Postboks 2136, 3103 Tønsberg
Tlf: 33 34 19 68 / 922 962 51
bente.wallander@aldringoghelse.no

REDAKSJONSSEKRETÆR:
Toril Utne
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
Tlf: 22 11 77 28
toril.utne@aldringoghelse.no

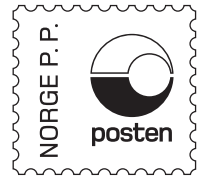
VITENSKAPELIG REDAKSJON:
Sverre Bergh, cand.med, ph.d.,
postdoc-stipendiat, vit. red.
Øyvind Kirkevold, professor dr.philos. vit. red.
Geir Selbæk, professor ph.d. forskningsleder
Anne Marie Mork Rokstad, sykepleier, stipendiat

ANSVARLIG REDAKSJONSKOMITÉ:
Øyvind Kirkevold, professor dr.philos. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
Harald A. Nygaard, prof. emeritus, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen
Allan Øvereng, sykepleier, nettverkskoordinator, Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling, Helse Stavanger HF
Anne Marie Mork Rokstad, sykepleier, stipendiat, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
Bernhard Lorentzen, avdelingsoverlege, Diakonhjemmet sykehus, Alderspsykiatrisk avd.
Torhild Holthe, forsker/ergoterapispesialist, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

VITENSKAPELIGE ARTIKLER SENDES TIL
fagredaktor@aldringoghelse.no

FAGARTIKLER SENDES TIL
bente.wallander@aldringoghelse.no

www.demensogalderspsykiatri.no



En pause i jobbinga. Hestekokasting ved Inn på tunet tilbudet Sætergården i Hordvik, Bergen kommune.
FOTO: Martin Lundsvoll

Det lille ekstra

Aktiviteten er stor i omsorgen for personer med demens
eller en alderspsykiatrisk utfordring.

Vi ønsker å vise resultatene av deres kreativitet; malerier, tekster og bilder.
Send bilder og en kortfattet tekst til bente.wallander@aldringoghelse.no,
så kan det bli deres aktivitet vi lar oss inspirere i neste utgave.

www.demensogalderspsykiatri.no
tidsskriftet@aldringoghelse.no

Demens&Alderspsykiatri utgis av



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Aldring og helse
Oslo universitetssykehus HF, Ullevål
Bygn. 20
Postboks 4956 Nydalen
0424 Oslo
Tlf: 22 11 77 28 / 33 34 19 50

Aldring og helse
Postboks 2136
3103 Tønsberg
Tlf.: 33 34 19 50

post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no

ISSN: 1890-4130

Medlem av

