



vol. 11 – nr. 1 – 2007

Demens&Alderspsykiatri

◆ Alderspsykiatri
– et helsepolitisk stebarn

◆ Sansestimulering
og samspill

◆ Med snøplog
og fagkunnskap



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter



Demens & Alderspsykiatri

Demens & Alderspsykiatri utkommer fire ganger i året.
Abonnement koster per år: Norge: kr 280 Norden: kr 340

Utgiver

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
e-post: post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no

Layout/trykk

BK Gruppen, Tove Aasrum, Sandefjord

Det redaksjonelle arbeidet er avsluttet 22. Februar 2007.

Retningslinjer for publisering i fagtidsskriftet Demens & Alderspsykiatri

Demens & Alderspsykiatri henvender seg til en tverrfaglig lesergruppe med tilknytning til helsesektoren, spesielt innenfor behandling og omsorg for personer med demens og pasienter innenfor alderspsykiatrien. Fagartikler i Demens & Alderspsykiatri skal være basert på forskning eller god og dokumentert praksis.

- I fagartiklene skal referanser dokumenteres med henvisninger som nummereres i teksten (vancouvermodellen).
- Bilder, grafer, figurer med mer, sendes som separat fil, og skal ikke settes inn i teksten fra forfatterens side.
- En artikkel i Demens & Alderspsykiatri overskrider sjelden ca 15 000 tegn eksklusive mellomrom. Skriv konsentrert og så kort som mulig.
- Redaksjonen forbeholder seg retten til å redigere og forkorte manuskripter. Innlegg til Demens & Alderspsykiatri leses av minst to av redaksjonens medlemmer.
- Artikler sendes innen avtalt frist som vedlegg til e-post til tidsskriftets redaktør: ragnhild.kruger@aldringoghelse.no

Demens & Alderspsykiatri tar gjerne imot leserinnlegg og meningsytringer. De kan sendes til nevnte mailadresse eller til: *Ragnhild M. Eidem Krüger, Hop terrasse 12, 5232 Paradis.*

Redaktør:

Ragnhild M. Eidem Krüger
Hop terrasse 12, 5232 Paradis
Tlf. 55 91 22 11, Fax 55 91 22 12
ragnhild.kruger@aldringoghelse.no

Redaksjonssekretær:

Toril Utne
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
Tlf. 22 11 77 28
toril.utne@aldringoghelse.no

Ansvarlig redaksjonskomité:

Øyvind Kirkevold, PhD
Nasjonalt kompetansesenter for demens
Tlf. 33 34 19 52

Harald A. Nygaard, Prof. emeritus, NKS
Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS
Tlf. 56 15 10 00

Geir Selbæk, Psykiater/stependiat,
Sykehuset Innlandet HF, Tlf. 96 88 35 35

Anne Marie Mork Rokstad, enhetsleder
Sykehuset i Molde,
Nordmøre og Romsdal HF
Tlf. 71 12 30 08

Faglige medarbeidere:

Arnfinn Eek, Spes. i klinisk psykologi
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
Tlf. 33 34 19 50

Knut Engedal, Professor dr. med.
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
Tlf. 22 11 87 39

Abonnement:

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
Medisinsk divisjon, Geriatrisk avdeling
Ullevål sykehus, N-0407 OSLO
Tlf: 22 11 77 28 / 33 34 19 50
e-mail: post@aldringoghelse.no

Fagpressen



Nytt blad – nye muligheter

Så er Demens & Alderspsykiatri et faktum. Tidsskriftet DEMENS har eksistert i 10 år, like lenge som Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. I løpet av denne tiden har Kompetansesenteret fått flere oppgaver og endret ved årsskiftet navn til Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Tidsskriftet ser det også som naturlig å utvide sitt arbeidsfelt. Demens & Alderspsykiatri skal inneholde stoff fra to fagfelt som dels omhandler felles problemstillinger, dels spesifikke for hvert fagfelt. I dette nummeret bringer vi blant mye annet en oversiktsartikkel om fagfeltet alderspsykiatri. I kommende numre vil vi ha artikler om psykoser, depresjon, angst og alkohol- og legemiddelmisbruk. De solide fagartiklene vil fortsatt stå i sentrum.

Dette er et stort felt, og vi har valgt å utvide tidsskriftet til 40 sider. For vi skal ikke utelukkende bringe fagartikler. Vi vil vite hvordan det er å gi tjenester i forskjellige deler av landet og i de enkelte sektorene. Hvordan fungerer eksisterende rammebetingelser? Hvordan er samspillet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten? Er en pågående eller avsluttet omorganisering til nytte eller skade for dem som trenger hjelp? Er det mange stoler å falle mellom for en som ikke selv kan målbære sine behov? Kan vi egge til debatt, har vi oppnådd noe av det vi ønsker.

I artikkelen *Alderspsykiatri – et helsepolitisk stebarn* slås det fast at toppolitikere og -byråkrater ikke har ofret fagfeltet mange tanker i årenes løp. Da er det på tide, og Demens & Alderspsykiatri vil ha svar på aktuelle spørsmål både nå og senere.

I tillegg vil vi ha de gode historiene. Hvordan Signe kom i dusjen til tross for sin angst, er et glimrende eksempel å hente lærdom av. Beskrivelsen av arbeidsforholdene for Alderspsykiatrisk poliklinikk i Troms og Finnmark sender snøføyk inn under leselampen. Vi vil ha bidrag fra mange, slik at Demens & Alderspsykiatri blir et tidsskrift du ønsker å lese!

Ragnhild M. Eidem Krüger

Ragnhild M. Eidem Krüger
ragnhild.kruger@aldringoghelse.no

- 5 Alderspsykiatri
– et helsepolitisk stebarn
Knut Engedal
- 8 Psykiatriske symptomer hos
sykehjemspasienter
Store utfordringer krever ekstra
ressurser
Geir Selbæk
- 12 Alderspsykiatrisk forsknings-
nettverk: ungt og vitalt!
Birger Lillesveen
- 15 Med snøplog og fagkunnskap
Alderspsykiatrisk poliklinikk i
Troms og Finnmark
Carina Ryssdal
- 19 Signe som ikke ville dusje
Om sansestimulering og samspill
*Anna Sofie Furesund, Else Lykkeslet, Torill
Skrondal og Kjersti Wogn-Henriksen*
- 23 Obstipasjon hos personer
med demens
Harald A. Nygaard
- 26 Samhandling? Eller kanskje
overstyring?
- 28 Prisvinner:
Pårørende stiller opp!
- 30 Nevropsykologiske forandringer
hos pasienter med Parkinsons
sykdom – konsekvenser for
behandling og prognose
Carmen Janvin
- 34 La de tusen blomster fortsette å
blomstre! Vedlikehold av
demensnettverk
- 36 Demensuka i Ringsaker 2006
Mona Elin Krogrud og Marit Sjørengen
- 38 For gammel og syk?
Prioriteringer av helsetjenester
til eldre
*Per Nortvedt, Reidar Pedersen, Åshild
Slettebø, Kristin Halvorsen Grøthe, Marita
Nordhaug og Berit Andersen*
- 41 Bokomtale
- 42 Leserbreve

Artikler i Demens 2006



Nr. 1:

Helhet ønskes

Artikler:

Polyfarmasi og demens
Birgit Gjerstad Riise

Alkohol demens
Rolf Bang Olsen

Sten på sten bygger landet...
Tilbudet til personer med demens i norske kommuner – en landsdekkende undersøkelse
Arnfinn Eek, Aase-Marit Nygård

Dags att kasta ut Beställer-
Utförarmodellen i äldre-
omsorgen?
Lennarth Johansson

Fra fjerde divisjon til
Champions League?
Sølvi Støen

Like barn leker best?
Hva opplever barn til unge
personer med demens?
Tor Atle Rosness



Nr. 2:

Søkelys på kvalitet

Artikler:

IPLOS og hukommelsessvikt
– en god kombinasjon?
Elin Lillehovde

Asplan Analyse:
Brukerundersøkelse 2005
Harald A. Nygaard

Interkommunal satsning på
fagutvikling i Follo
Gro Østmoe Granholt

Frå frustrasjon til
engasjement
*Liv Langeland Muldsvor,
Annlaug Hole Nygård, Jorun
Anne Remme Thomasgard*

Arvelighet og demens
Jørgen E. Nielsen

Faktorer hos middelaldrende
som har betydning for frem-
tidig demensutvikling
Peter Wetterberg



Nr. 3:

Innhold i hverdagen

Artikler:

Fysisk aktivitet
– effektiv ikke-medikamentell
behandling ved demens
Mirka Kraus

Musikk for demensrammede
– en livsnødvendighet?
Tone S. Kvamme

Tunet i Karasjok
– en eksotisk sansehage
Vigdis D. Berentsen

Fra pest og kolera til influensa
Katrine Selnes

En liten hverdagshistorie
Kurt Larsen

Demensomsorg i Norden
Eva Anfinnsen

Alois Alzheimer og
Alzheimers sykdom
Harald A. Nygaard



Nr. 4:

Meldinger om omsorg

Artikler:

Lyst og ulyst og mere til.
Seksualitet når man bliver
ældre og demensrammet
Per Torpdahl

Hva skjer med luktesansen
hos personer med
Alzheimers sykdom?
Grete Kjelvik

Foto – en ubenyttet mulighet
Marit Nåvik

Belastningsskala – pårørende:
Et nyttig instrument i arbei-
det med å kartlegge pårør-
endes situasjon og deres
behov?
Ingun Ulstein

Individuell plan – et godt
arbeidsredskap
Sven Henriksen

Refleksjoner omkring
Stortingsmelding 25 (2005-
2006)
Elisabeth Moen

Ikke-nyheter må presenteres
høylydt og tendensiøst, ellers
går de i glemmeboken!
Harald A. Nygaard

Tidligere utgivelser av bladet kan kjøpes for kr 40,- pr stk + porto

Bestilling kan sendes på e-post: toril.utne@aldringoghelse.no

Fax: 23 01 61 61 eller på tlf: 22 11 77 28.

www.aldringoghelse.no



Knut Engedal, professor dr.med,
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Alderspsykiatri – et helsepolitisk stebarn

«Statlige myndigheter som Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet har ikke gitt signaler om hva de mener om oppbygging av det alderspsykiatriske fagfeltet. Heller ikke opptrappingsplanen for psykiatri har brydd seg om å beskrive hva staten mener om alderspsykiatri.»

I den vestlige verden har det vokst frem et nytt psykiatrisk fagområde hvor eldre pasienter står i fokus. England har vært et foregangsland i dette arbeidet, og de første alderspsykiatriske avdelingene ble etablert der på 1950-tallet. Fagområdet ble en egen spesialitet i 1989 og i dag er alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste tilgjengelig overalt i Storbritannia. USA, Canada, Finland og Irland har fulgt opp med etablering og spesialisering av alderspsykiatri som et eget fagfelt. Verdens helseorganisasjon satte fagområdet på kartet i 1983 med opprettelse av en egen avdeling i sin organisasjon. En internasjonal interesse- og forskerorganisasjon, International Psychogeriatric Association (IPA), ble etablert i 1989.

Fagets historikk i Norge

I Norge har alderspsykiatrien utviklet seg over knappe 40 år. Sentrale myndigheter som Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet har i svært liten grad viet fagområdet noen interesse.

Den første avdelingen ble opprettet på Dikemark sykehus i 1970. Etter hvert er det etablert alderspsykiatriske avdelinger eller sengeposter og/eller poliklinikker i 17 av landets 19 fylker. Etableringene har for det meste vært sporadiske og personavhengige. Det vil si at en eller flere personer i et psykiatrisk sykehus har kjempet frem etableringen av en alderspsykiatrisk driftsenhet som har fått status som egen avdeling, seksjon, sengepost eller poliklinisk team. De fleste enhetene har et bredt tilbud med utredning og behandling av eldre pasienter med demens, alvorlige depresjoner og andre psykiske lidelser, men fortsatt

finnes noen enheter som bare har tilbud til eldre med demens eller eldre med funksjonelle lidelser¹. Det er synd, fordi alderspsykiatri bør defineres bredt.

¹) Lidelser som ikke har årsak i organisk sykdom (red.)

I 1989 ble Arbeidsutvalg i alderspsykiatri etablert i Norsk psykiatrisk forening. Arbeidsgruppen har sammen med fagfeltets ledende personer arbeidet for å endre alderspsykiatrien fra et langtidstilbud til et aktivt og dynamisk fagområde. Organisatorisk har man arbeidet for at de alderspsykiatriske avdelingene skal fungere som selvstendige avdelinger innenfor en større psykiatrisk enhet. Faglig har man arbeidet for at alderspsykiatrien skal ta seg av utrednings- og behandlingsoppgaver til pasienter med psykiatrisk sykdom som debuterer i høy alder, uansett om årsaken er organisk eller ikke-organisk. Sykdommer med organisk årsak er for eksempel alle demenssykdommene, mens depresjon anses som en ikke-organisk psykiatrisk sykdom.

Et spesielt fagområde

Alderspsykiatri har som mål å forebygge, diagnostisere og behandle psykiske lidelser som opptrer i høy alder. De alderspsykiatriske lidelsene er kjennetegnet ved at de opptrer for første gang etter 65-årsalderen og at det finnes en sammenheng mellom opptreden av psykiatrisk sykdom og biologisk, psykologisk eller sosial aldring, eller mellom psykiatrisk og somatisk sykdom. For å kunne yte tjenester til denne pasientgruppen må alderspsykiatrien ha spesiell kompetanse innen fagområdene psykiatri, geriatri og gerontologi.

Innenfor fagfeltet i Norge er det i dag enighet om hvilke pasientgrupper alderspsykiatrien skal forholde seg til. De aktuelle diagnosegruppene er demens, depresjon, angst, sent debuterende psykoser og alkohol- og legemiddelmisbruk. Delirium er i første rekke geriatriens ansvarsområde. Psykiatriske sykdommer som opptrer tidlig i livet og som fortsetter inn i alderdommen er ingen egentlige alderspsykiatriske lidelser, men fagfeltet må likevel forholde seg til denne gruppen pasienter dersom de ikke har et fast

behandlingsforhold i voksenpsykiatrien. Tekstboks 1 viser en oversikt.

Forekomst av alderspsykiatriske pasienter

Ut fra resultater fra pålitelig forskning regner vi med at det finnes 70 000 eldre med demens og om lag 120 000 eldre med depresjon og angst i Norge. Dette er de to største pasientgruppene, og mange vil ha begge typer lidelser. I tillegg kommer eldre med psykosier hvor det er vanskelig å anslå antallet, men det er betydelig lavere enn for demens, angst og depresjoner. Prognosene frem til 2050 tilsier at det vil bli mer enn dobbelt så mange eldre personer over 65 år sammenlignet med i dag, og antall personer 80 år og eldre vil stige fra 200 000 til 500 000. Dette vil medføre at vi i 2050 vil ha mer enn 160 000 personer med demens i Norge og om lag 300 000 med angst og depresjon. Ikke alle pasienter med demens hører inn under alderspsykiatrien. (Se Tekstboks 1)

Fagfeltets egen forståelse av alderspsykiatri

Sammen med gode krefter i alderspsykiatrien har Arbeidsutvalg i alderspsykiatri siden opprettelsen i 1989 arbeidet jevnt og trutt med å bygge opp fagområdet på hver sin front og i hvert sitt sykehus. Dette har resultert i mange avdelinger med tilbud både i sengepost, poliklinikk og gjennom ambulante team, men fremdeles mangler det fullt utbygde, store nok avdelinger i mange geografiske områder.

Arbeidsutvalget har utarbeidet en aksjonsplan for det alderspsykiatriske arbeidet for tidsrommet 2001-2010. Planen peker på hva som er nødvendig av kompetanse og ressurser for at man skal få en anstendig tjeneste som kan være til hjelp for pasientene og deres pårørende. Den tar for seg demografiske utviklingstrekk i Norge, definerer den alderspsykiatriske pasienten, beskriver arbeidsmetode og organisering

Tekstboks 1

Den alderspsykiatriske pasientpopulasjon

Pasienter med demens og atferdsproblemer og/eller psykiatrisk symptomatologi. Alder er av underordnet betydning.

Pasienter med uavklart demensdiagnose, hvor psykiatrisk symptomatologi er fremtredende. Alder er av underordnet betydning.

Pasienter med psykiatrisk lidelse med førstegangsdebut etter 65-70 år.

Pasienter over 65-70 år med en psykiatrisk lidelse, tidligere diagnostisert, men ingen fast behandlingskontakt i voksenpsykiatrien.

Eldre psykiatriske langtidspasienter i den utstrekning alderspsykiatrien råder over psykiatriske sykehjemsplasser for omsorg og langtidsbehandling.

av alderspsykiatri i spesialisthelsetjenesten, foreslår hvordan man skal samarbeide med primærhelsetjenesten slik at kompetanseoverføring kan skje, beskriver forskningsaktivitet og peker til slutt på hvilke oppgaver som bør prioriteres innen de neste ti årene. Ett av de viktigste punktene på prioriteringslisten er utbygging av fullverdige alderspsykiatriske avdelinger i alle landets fylker/geografiske områder med 150 000 til 300 000 innbyggere. Med fullverdig avdeling menes alderspsykiatrisk avdeling som både har sengeplaser, poliklinikk og ambulant service til å behandle pasienter av ulike kategorier (se Tekstboks 1). Planen er anerkjent av Norsk psykiatrisk forening, men dessverre har ikke nasjonale eller regionale myndigheter tatt notis av den. Arbeidsutvalget har videre kjempet for at alderspsykiatri skal bli anerkjent som et spesielt område av psykiatrien. Dette har man langt på vei lyktes med. Den norske lægeforenings prinsipielle syn på å opprette nye grenspesialiteter er restriktiv. Arbeidsutvalget har derfor ikke foreslått dette som en løsning, men man har lyktes med å få godkjent alderspsykiatri som et fordypningsområde av psykiatrien. Det er utarbeidet kriterier for en slik godkjenning, og det finnes en komité som vurderer søkere til å bli godkjent som psykiatere med fordypningsområde alderspsykiatri.

Sentrale helsemyndigheter og manglende planer

«Det virker som om de eldres psykiske helse ikke angår politikere og heller ikke helsepersonell ansatt i Sosial- og helsedirektoratet, i de regionale helseforetakene eller for den saks skyld i kommunene.»

Det finnes ingen offisiell nasjonal plan for opprettelse av alderspsykiatriske avdelinger. Statlige myndigheter som Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet har ikke gitt noen som helst signaler om hva de mener om oppbygging av det alderspsykiatriske fagfeltet. Heller ikke opptrappingsplanen for psykiatri har brydd seg om å beskrive hva staten mener om alderspsykiatri. Før omorganiseringen av sykehusene i de fem regionale helseforetakene hadde fylkeskommunene ingen planer for hvordan alderspsykiatrien skulle organiseres, og etter omorganiseringen kan man heller ikke se noen planer utgående fra de regionale helseforetakene om hvordan alderspsykiatrien skal bygges ut. Dette er underlig, nærmest forbausende når man vet at den pasientgruppen som vokser raskest i helse-Norge er de eldre og gamle. Det virker som om de eldres psykiske helse ikke angår politikere og heller ikke helsepersonell ansatt i Sosial- og helsedirektoratet, i de regionale helseforetakene eller for den saks skyld i kommunene. Det burde den, for antallet eldre med psykisk uhelse vil nærmest eksplodere de neste 40 årene. Tiden går fort og det er derfor nødvendig å starte planleggingen av utbygging av alderspsykiatriske spesialist- og allmennhelsetjenester snarest mulig.

Hva kan gjøres?

«Sentrale helsemyndigheter må endelig innse hvilke utfordringer man har og hvilke man vil stå overfor de neste 40 årene.»

Situasjonen minner om den en alkoholavhengig person står overfor dersom hjelp skal være effektiv. Først må alkoholikeren erkjenne at han har et problem og deretter søke hjelp. Sentrale helsemyndigheter må endelig innse hvilke utfordringer man har og hvilke man vil møte de neste 40 årene. Antallet eldre og gamle er stort i dag og helsetjenesten for eldre med psykiske lidelser er ikke tilstrekkelig utbygd. Enda verre vil det bli når etterkrigsgenerasjonene går inn i pensjonistenes rekke. Statlige myndigheter må opp-

lyses og undervises om hva som er situasjonen nå og hvordan den vil utvikle seg de neste 40 årene, slik at de kan handle adekvat deretter. Fagfeltet ved Alderspsykiatrisk arbeidsutvalg, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og fagfolk fra hver eneste alderspsykiatriske avdeling i landet vil helt sikkert stille sine kunnskaper til rådighet til beste for pasientene og deres pårørende. Men sentrale helsemyndigheter som Helse- og omsorgsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene må først få øynene opp og slutte med å behandle de svakeste grupper av eldre pasienter som «stebarn».

■ knut.engedal@aldringoghelse.no

DEPARTEMENTET SVARER

På bakgrunn av kritikken i Knut Engedals artikkel har vi bedt Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet om svar på en del spørsmål. Departementet svarer på vegne av begge. (Red.)

Hva har departementet gjort konkret de siste ti årene for å fremme alderspsykiatrien som fagfelt?

– Eldre med psykiske lidelser er en naturlig målgruppe for de 76 distriktspsykiatriske sentrene (DPS) som er bygget opp siden Opptappingsplanen for psykisk helse ble satt i verk i 1999. Sentrene skal ivareta det alminnelige psykiske helsevernet for alle aldersgrupper, mens sykehusene skal ha mer spissede funksjoner. De regionale helseforetakene ble i 2006 bedt om å oppgradere DPSene faglig og bemanningsmessig, slik at de settes i stand til å utføre sine oppgaver.

Mener statsråden at gruppen alderspsykiatriske pasienter er godt nok ivaretatt i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten? Hvis ikke, hva er statsrådens forslag til tiltak?

– Jeg er kjent med at utbyggingen av DPSene ikke er kommet like langt rundt om i landet. Det er blant annet mangelfull spesialistbemanning og mangel på psykiatere og psykologspesialister ved mange DPSer. Vi har nylig sendt ut veiledere om tilbudet i kommunene til mennesker med

psykiske lidelser, herunder også eldre, og om tilbudet i distriktspsykiatriske sentre. Sosial- og helsedirektoratet skal utarbeide mer spesifikke anbefalinger knyttet til alderspsykiatri i samarbeid med de regionale helseforetakene.

I opptappingsplanen for psykisk helse står følgende grupper nevnt spesielt: Barn og ungdom, voksne, den samiske befolkningen, innvandrere, flyktninger og asylsøkere, døve, personer med utviklingshemning, rusmiddelmissbrukere og sedelighetsdømte. Alderspsykiatri er ikke nevnt med et ord. Hvordan forklarer departementet det?

– Vi erkjenner at alderspsykiatri har fått for liten oppmerksomhet i Opptappingsplanen, og vi må legge større vekt på dette området fremover.

I Geir Selbæks undersøkelse (se artikkel neste side), kommer det frem at over 80 prosent av pasientene på sykehjem har psykiatriske symptomer eller atferdsforstyrrelser. Svært mange av dagens sykehjem er ikke tilpasset disse pasientene eller

personer med demens (over 80 prosent av beboerne), verken når det gjelder legedekning, faglighet blant ansatte, antall ansatte eller fysisk miljø. Hva vil statsråden konkret foreslå for å endre dette?

– Jeg er kjent med at beboerne ved norske sykehjem er sykere og har større pleiebehov enn tidligere. Derfor må sykehjemmene se annerledes ut i fremtiden. Vi trenger flere faggrupper med bred kompetanse ved sykehjemmene, vi trenger bedre legedekning og geriatrisk og psykiatrisk oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Regjeringen mener det er behov for å øke legeårsværk i sykehjem med minst 50 prosent frem til 2010 og har varslet innføring av lokale normer for legedekning i den enkelte kommune. Vi skal rekruttere flere faggrupper som vernepleiere, aktivtører, ergoterapeuter og sosialarbeidere og psykologer inn i omsorgssektoren, og bygge ut spesialisthelsetjenesten slik at den kan følge opp kommunene både i forhold til geriatri og psykisk helsearbeid.



Geir Selbæk, psykiater og stipendiat, Sykehuset Innlandet HF og
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Psykiatriske symptomer hos sykehjemspasienter

Store utfordringer krever økte ressurser

«Norske sykehjem er hovedsakelig institusjoner for pasienter med demens. Sykehjemmene må planlegges og drives deretter. Psykiske symptomer og atferdsforstyrrelser er regelen snarere enn unntaket ved demens. Dette gjelder særlig for pasienter i sykehjem.»

På et mentalsykehus i Frankfurt står en vettskremt kvinne og roper. Hun tror personalet er ute etter å skade henne, hun reagerer på lyder og syner som andre ikke kan registrere, hun er sint og fortvilet. Året er 1901, kvinnen heter Auguste D, og det skal ennå gå fem år før Alois Alzheimer kort tid etter hennes død beskriver sykdomsbildet og de nevropatologiske forandringene vi i dag kjenner som Alzheimers sykdom.

Selv om Auguste D hadde en rekke atferdsforstyrrelser og psykiatriske symptomer, har kognitive symptomer ved demens, som for eksempel hukommelsessvikt og desorientering, fått mest oppmerksomhet i klinikk og forskning. Dette har skjedd til tross for at de aller fleste pasienter med demens opplever ikke-kognitive symptomer i tillegg til de kognitive, og til tross for at slike symptomer har avgjørende betydning for pasientens og pårørendes livskvalitet og ikke minst for hvilken omsorg de trenger (1).

Majoriteten av pasienter i norske sykehjem har demens. Internasjonale studier har vist at atferdsforstyrrelser og psykiatriske symptomer ved demens er utbredt blant pasienter i sykehjem. Vi har undersøkt om dette også er tilfelle i Norge. Undertegnede er prosjektleder for studien, professor Knut Engedal og PhD Øyvind Kirkevold er veiledere.

Materiale og metode

Studien inkluderer 1 163 pasienter. De kommer fra 26 sykehjem i 18 kommuner i fire fylker, Oppland, Hed-

mark og Agderfylkene. Utvalget er representativt. Det vil si at fordelingen av små, mellomstore og store kommuner i vårt utvalg er det samme som i hele sykehjemspopulasjonen i disse fire fylkene.

Pasientene eller deres pårørende ble informert om studien og kunne reservere seg mot deltagelse. To personer ønsket ikke å delta.

Vi innhentet datamaterialet ved at prosjektmedarbeidere intervjuet en sykepleier som kjente pasienten godt. Intervjuet besto av standardiserte skalaer som er mye brukt både i forskning og klinikk. Atferdsforstyrrelser og psykiatriske symptomer ble kartlagt ved hjelp av Neuropsychiatric Inventory (NPI) (2), demensgrad ved Klinisk Demensvurdering (KDV) (3).

Et delmål ved studien var å forsterke kontakten mellom spesialisthelsetjenesten og sykehjemmene. Vi brukte derfor sykepleiere fra alderspsykiatriske avdelinger i de aktuelle fylkene som prosjektmedarbeidere. De deltok på til sammen fire kursdager for å sikre at datainnsamlingen skulle være så pålitelig som mulig. I en egen studie (publiseres i løpet av 2007) har vi undersøkt reliabilitet og validitet for NPI og KDV. Resultatene var gode.

Første datainnsamling fant sted ved årsskiftet 2004/2005. Andre datainnsamling ble gjennomført ett år senere. I denne artikkelen presenterer vi funn fra første datainnsamling.

Studien er godkjent av Regional etisk komite, Data-tilsynet og Sosial- og helsedirektoratet. Finansieringen er ved Helse Øst og Sykehuset Innlandet.

Funn

Pasientkarakteristika

Tabell 1 viser pasientkarakteristika og grad av demens. Gjennomsnittsalderen er 84.4 år og median liggetid er 656 dager. Den typiske sykehjemspasienten er en 84 år gammel enke som har vært i sykehjemmet i knapt to år. Dette er i overensstemmelse med det vi vet om sykehjemsbefolkningen i hele Norge.

Demens

Vi fant at fire av fem pasienter har demens. Det vil si at de hadde en skåre på 1 eller høyere på KDV. En tredel av pasientene hadde alvorlig demens (KDV=3). Det betyr at de bare hadde fragmentarisk kunnskap om sin livshistorie, at de ikke var orientert for tid, sjelden for sted og at de trengte hjelp til all form for egenomsorg. Bare 3.1 prosent av pasientene hadde ingen tegn til kognitiv svikt (KDV=0).

Under halvparten av pasientene hadde en demensdiagnose. Av dem som hadde demens ifølge KDV, var

det bare 55 prosent som hadde fått en diagnose. Vi valgte å inkludere alle diagnoser som er dokumentert skriftlig, uavhengig av om diagnosen var registrert i sykepleiejournal, legejournal eller annet pasientadministrativt system. Kun 32 prosent av pasientene med alvorlig demens (KDV=3) hadde en demensdiagnose.

Psykiatriske symptomer og atferdsforstyrrelser

«Det er verdt å merke seg at nær en tredel hadde vist ett eller flere alvorlige symptomer i løpet av de siste fire ukene, at over ti prosent hadde alvorlig psykose og at åtte prosent hadde alvorlige aggressive symptomer.»

Tabell 2 viser forekomst av psykiatriske symptomer og atferdsforstyrrelser hos pasientene som har demens.

Vi presenterer symptomer på tre nivåer. Nivå 1 viser ethvert symptom uavhengig av frekvens eller alvorlighetsgrad (NPI≥1). Nivå 2 viser forekomst av klinisk signifikante symptomer (NPI≥4). Det vil si at symptomet er til stede en gang per uke eller oftere og at det er moderat eller alvorlig. Nivå 3 betyr at symptomet er alvorlig og at det er til stede flere ganger per uke eller daglig (NPI≥9). Dette nivået inkluderer symptomer som avdelingen ikke føler de takler og der pasienten kan være til fare for seg selv eller andre.

De vanligste symptomene totalt sett var depresjon og irritabilitet, som forekom hos henholdsvis vel 40 prosent og 47 prosent av pasientene. Av klinisk signifikante symptomer fant vi apati og irritabilitet hos nær en tredel og vrangforestillinger hos nær en firedel av pasientene. Hvis vi ser vrangforestillinger og hallusinasjoner under ett, forekom slike psykotiske

symptomer hos 46 prosent av pasientene og man fant klinisk signifikante symptomer hos 29 prosent.

Det er verdt å merke seg at nær en tredel hadde vist ett eller flere alvorlige symptomer i løpet av de siste fire ukene, at over ti prosent hadde alvorlig psykose og at åtte prosent hadde alvorlige aggressive symptomer.

Vrangforestillinger, hallusinasjoner, aggresjon, apati, hemningsløshet og

Tabell 1 Pasientkarakteristika

	Na	%b
Kvinner	1163	72.7
Enker	1162	53.6
Utdanning utover grunnskole	1133	25.3
Demens (KDV >1)	1159	80.5
Mild demens	1159	20.1
Moderat demens	1159	26.7
Alvorlig demens	1159	33.6
Demensdiagnose	1159	44.5

^a Antall pasienter med fullstendige data

^b Prosent av pasienter med fullstendige data

Tabell 2 Psykiatriske symptomer og atferdsforstyrrelser hos pasienter med demens (n=933)

	Symptom (NPI≥1) (%)	Klin.sign. symptom (NPI≥4) (%)	Alvorlig symptom (NPI≥9) (%)
Vrangforestillinger	35.8	23.8	10.0
Hallusinasjoner	25.1	13.9	4.7
Depresjon	40.6	22.4	6.0
Angst	31.4	22.2	7.1
Eufori	9.3	6.3	1.1
Agitasjon/aggresjon	40.2	26.6	7.8
Apati	37.3	29.1	8.2
Hemningsløshet	33.0	21.0	6.8
Irritabilitet	47.0	29.3	6.1
Avvikende motorisk atferd	23.4	20.5	8.6
Minst ett symptom	89.0	71.7	32.5

Tabell 3 Bruk av psykofarmaka hos pasienter i sykehjem

Psykofarmaka	Alle pasienter (n=1163) (%)	KDV<1 (n=230) (%)	KDV≥1 (n=933) (%)	p-verdi ^a
Antipsykotika	24.0	15.9	25.8	0.002
Atypiske antipsykotika	13.2	5.8	14.8	<0.001
Trad. antipsykotika	11.3	11.1	11.5	NS
Antidepressiva	38.3	35.0	39.0	NS
Anxiolytika	24.1	26.5	23.7	NS
Sedativa	28.9	39.8	26.3	<0.001
Antidemens legemidler	11.2	2.2	13.5	<0.001
Minst ett psykofarmaka	73.1	66.8	74.5	NS

^a χ^2 -test, forskjell mellom pasienter med og uten demens, signifikansnivå er satt til 0.01 for å justere for mange analyser.

avvikende motorisk atferd var mer vanlig ved alvorligere demens. Ingen symptomer forekom oftere ved mild demens.

Medikamentbruk

Tabell 3 viser forbruk av psykofarmaka. Vi har definert et medikament som et preparat som er med i felleskatalogen. Ifølge ATC-kode (gruppe N05 og N06) har vi delt psykofarmaka inn i antipsykotika¹, anxiolytika², sedativa/hypnotika³, antidepressiva og midler mot demens. Vi har ikke registrert medikamenter som ikke foreskrives fast (eventuelt-medikasjon).

Pasientene brukte i gjennomsnitt seks faste medikamenter og 1.35 psykofarmaka. Nær tre firedeler brukte fast ett eller flere psykofarmaka. Flere pasienter med demens brukte antipsykotika og antidemens legemidler, mens flere pasienter uten demens brukte sedativa.

Diskusjon

«...over 80 prosent av pasientene hadde demens. En tredel hadde alvorlig demens. Dette står i kontrast til at bare 20.7 prosent av plassene i sykehjem i Norge er tilrettelagt for personer med demens.»

Vi har kartlagt forekomst og forløp av psykiatriske symptomer og atferdsforstyrrelser i et representativt utvalg av 1 163 sykehjemspasienter i fire norske fylker. I denne artikkelen gjennomgår vi funnene fra tverrsnittsundersøkelsen som ble gjort ved årsskiftet 2004/2005.

Det er ikke tidligere gjort tilsvarende undersøkelser i Norge. Dette er den største studien i sitt slag i verden så langt.

Vi fant at over 80 prosent av pasientene hadde demens. En tredel hadde alvorlig demens. Dette står i kontrast til at bare 20.7 prosent av plassene i sykehjem i Norge er tilrettelagt for personer med demens, såkalte skjermede enheter (4).

Det er urovekkende å konstatere at bare 55 prosent av de med demens har en diagnose. Det er avgjørende å vite om en person har demens når man utreder og behandler psykiatriske så vel som somatiske tilstander. Det er særlig viktig hvis man vil forebygge eller behandle delirøse tilstander. En

rekke medikamenter har sentralnervøs⁴ virkning, og disse bør bare brukes med største forsiktighet hos personer med demens. Vi vet at de fleste komplikasjoner til demenssykdommen, somatiske eller psykiatriske, er vanskelige å behandle, men noen ganger mulige å forebygge. Da er det forstemmende å konstatere at diagnostiseringen av demens synes å være lavt prioritert. Det er noe større andel som diagnostiseres blant dem som har alvorlig demens, men selv her mangler en tredel diagnose. Dette er pasienter som kun har fragmentarisk hukommelse, ikke er orientert for tid, sjelden for sted, som er for dårlige til å være med på sosiale aktiviteter utenfor sykehjemmet og som trenger hjelp til all form for egenomsorg. Den manglende diagnostiseringen kan dermed neppe forklares med at det er vanskelig å sette demensdiagnosen.

«...alle norske sykehjem, selv de minste, har flere pasienter de følger de ikke greier å håndtere og som kan være til fare for seg selv eller andre.»

Psykiatriske symptomer og atferdsforstyrrelser forekom hos de fleste av pasientene med demens. Dette er i samsvar med funnene som er gjort i flere tidligere internasjonale studier (5,6). Vi fant psykotiske symptomer hos 46 prosent av pasientene. Mer enn ti prosent hadde alvorlige psykotiske symptomer. Det finnes neppe andre institusjonstyper i Norge som har høyere forekomst av disse krevende symptomene.

Nær en tredel av pasientene hadde minst ett alvorlig symptom. Det betyr at alle norske sykehjem, selv de minste, har flere pasienter de følger de ikke greier å håndtere og som kan være til fare for seg selv eller andre. Når vi vet hvilke ressurser som står til rådighet i de fleste sykehjem for å takle slike symptomer, skjønner vi at dette er en stor utfordring.

- 1) Medikamenter mot vrangforestillinger og hallusinasjoner, eks. Risperdal, Zyprexa, Seroquel, Haldol.
- 2) Beroligende medikamenter, eks. Sobril, Vival, Xanor.
- 3) Sovemedisiner, eks. Imovane, Stilnoct, Flunipam, Apodorm.
- 4) Medikamenter med direkte virkning på hjernen, eks. alle psykofarmaka, antiparkinsonmedisiner.

«Til tross for vedvarende fokus på bivirkningsfare bruker nær en firedel antipsykotika.»

De fleste symptomene forekommer oftere etter som demenssykdommen progredierer. En forklaring kan være at hjerneskadene vi ser ved Alzheimers sykdom er årsak til symptomene. En rekke studier har vist at forandringer i lokaliserte hjerneområder har sammenheng med spesifikke psykiatriske symptomer og atferdsforstyrrelser (7). En annen mulig forklaring er at forebygging av symptomer blir vanskeligere etter hvert som pasientenes evne til verbal kommunikasjon svekkes.

Bruk av psykofarmaka i sykehjem er blitt undersøkt i flere tidligere studier (8). Vi fant, som i tidligere studier, at bruk av psykofarmaka er utbredt. Nær tre firedeler av alle pasienter bruker fast minst ett psykofarmakum. Til tross for vedvarende fokus på bivirkningsfare bruker nær en firedel antipsykotika. Omtrent like mange bruker tradisjonelle antipsykotika som de nyere, atypiske antipsykotika. Dette kan skyldes at datainnsamlingen fant sted samme år som vi fikk de første rapportene om økt fare for hjerneslag ved bruk av atypiske antipsykotika. Dokumentasjonen for at antidepressiva, anxiolytika og sedativa har effekt ved psykiatriske symptomer hos personer med demens, er sparsom. Likevel brukes disse medikamentene hos store grupper pasienter. Relativt få bruker de nye antidemenslegemidlene. Kanskje skyldes dette at pasientene har så langtkommet demens at det ikke lenger er indikasjon for å bruke dem. Disse medikamentene har imidlertid like god (eller sparsom) dokumentasjon for effekt som de andre typene psykofarmaka, og bivirkningsprofilen er trolig gunstigere. Det er nærliggende å anta at det lave forbruket har andre årsaker enn vurdering av effekt og sikkerhet.

Totalt sett synes det å være et misforhold mellom det høye forbruket av psykofarmaka på den ene siden og svak dokumentasjon for effekt og faren for alvorlige bivirkninger på den andre siden.

Pasienter med demens bruker oftere antipsykotika enn pasienter uten demens. Dette har trolig sammenheng med at de symptomene der slike medikamenter kan være indisert: psykose, aggresjon og avvikende motorisk atferd, er mer vanlige hos pasienter med demens. At sedativa brukes mer hos pasienter uten demens kan komme av at andre medikamenter, som brukes mer hos pasienter med demens, også har sederende effekt. En mer spekulativ forklaring er at pasienter uten demens trenger søvndyssende medisiner for å sove i avdelinger med mye uro.

Konklusjon

«De faglige ressursene i sykehjem står neppe i forhold til symptomenes alvorlighetsgrad.»

Norske sykehjem er hovedsakelig institusjoner for pasienter med demens. Sykehjemmene må planlegges og drives deretter. Psykiske symptomer og atferdsforstyrrelser er regelen snarere enn unntaket ved demens. Dette gjelder særlig for pasienter i sykehjem. Disse ikke-kognitive symptomene er i dag, som i 1901, alvorlige og krevende. De faglige ressursene i sykehjem står neppe i forhold til symptomenes alvorlighetsgrad. Den høye medikamentbruken kan være et symptom på manglende kunnskap om alternative behandlingsformer og strategier for forebygging. Vi trenger et løft innenfor flere områder, men særlig tror jeg vi i første omgang behøver økt kompetanse og ikke minst bedre veiledning av personalet.

■ geir.selbaek@aldringoghelse.no

Referanser

1. Steele C, Rovner B, Chase GA, Folstein M. Psychiatric symptoms and nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1990 Aug;147(8):1049-51.
2. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994 Dec;44(12):2308-14.
3. Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL. A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry* 1982 Jun;140:566-72.
4. Eek A, Nygård AM. *Lysning i sikte? Tilbud til personer med demens i norske kommuner. Landsdekkende undersøkelse.* Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2006.
5. Brodaty H, Draper B, Saab D, Low LF, Richards V, Paton H, et al. Psychosis, depression and behavioural disturbances in Sydney nursing home residents: prevalence and predictors. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001 May;16(5):504-12.
6. Pitkälä KH, Laurila JV, Strandberg TE, Tilvis RS. Behavioral symptoms and the administration of psychotropic drugs to aged patients with dementia in nursing homes and in acute geriatric wards. *Int Psychogeriatr* 2004 Mar;16(1):61-74.
7. Sultzer DL, Brown CV, Mandelkern MA, Mahler ME, Mendez MF, Chen ST, et al. Delusional thoughts and regional frontal/temporal cortex metabolism in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 2003 Feb;160(2):341-9.
8. Ruths S, Straand J, Nygaard HA. Psychotropic drug use in nursing homes – diagnostic indications and variations between institutions. *Eur J Clin Pharmacol* 2001 Sep;57(6-7):523-8.



Birger Lillesveen, psykiatrisk sykepleier MPH, Sykehuset Innlandet HF

Alderspsykiatrisk forskningsnettverk: ungt og vitalt!

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens¹ har de to siste årene invitert ansatte i alderspsykiatrien til en temadag for forskning og utvikling (FoU) innen fagfeltet. (Om alderspsykiatri, se artikkelen s. 3. Red.)

Bakgrunnen for en slik temadag er ønske om utveksling av erfaring, stimulering til økt aktivitet, samarbeid og utvikling av et godt FoU-miljø innen alderspsykiatri.

Til begge samlingene har det møtt opp ca 50 deltagere. Programmet har vært variert og deltagerne er blitt invitert til å fortelle om eget forsknings- og utviklingsarbeid.

Erfaringer fra første samling oktober 2005

Temaene på den første samlingen var mange. Hovedfokus ble lagt på oppstart av regionale kompetansesentre, multisenterstudier og diskusjon rundt videre satsing.

Regionale kompetansesentre

Helse Sør fikk i 2005 midler tilsvarende ca en stilling til oppstart av et regionalt kompetansesenter i alderspsykiatri. Senteret skal være prosjektorganisert fra 2005 til 2008, og man ser for seg en gradvis oppbygging med etablering i Vestfold og Telemark i 2006 og inkludering av de øvrige fagmiljøene i Helse Sør i 2007-2008. I løpet av 2008 ferdigstilles prosjektet og en permanent videreføring er målet. Ergoterapeut Marit Nåvik er leder av senteret i halv stilling. Målsettingen til det regionale kompetansesenteret er først og fremst å etablere samarbeid mellom de alderspsykiatriske

fagfeltene i helseregionen for å komme i gang med forskning og utviklingsarbeid. Hovedsatsing vil være på funksjonelle psykiske lidelser hos eldre (eksempelvis angst og depresjon).

Sykehuset Innlandet har siden 2004 hatt et alderspsykiatrisk kompetansesenter med hovedsatsing på FoU. Før opprettelsen av Sykehuset Innlandet (sammenslåing av alle sykehus i Hedmark og Oppland) hadde Sanderud sykehus et kompetansesenter i alderspsykiatri hvor fokus var undervisning og fagutvikling. Ved Alderspsykiatrisk kompetansesenter, Sykehuset Innlandet, er det ansatt tre personer i til sammen 2,5 årsverk. I tillegg er det satt av frie midler tilsvarende én stilling. Disse midlene dekker først og fremst pilotstudier, permisjon for å skrive artikler og/eller mindre prosjekter både innad i alderspsykiatrisk avdeling og i kommunehelsetjenesten. Alderspsykiatrisk kompetansesenter ved Sykehuset Innlandet satser stort på forskning og presenterte to forskningsprosjekter på samlingen i oktober 2005. I tillegg presenterte Kompetansesenteret *Pårørendeskolen*, en pilotundersøkelse vedrørende effekt av formalisert undervisning for pårørende til innlagte alderspsykiatriske pasienter.

Som et viktig supplement til forskningen har Alderspsykiatrisk kompetansesenter ved Sykehuset Innlandet også utviklingsprosjekter. Eksempel på det er IPLOS-prosjektet i Hamar kommune, som ser nærmere på hvordan IPLOS² egner seg for registrering av behov hos hjemmeboende personer med demens. Et annet eksempel det ble redegjort for var en undersøkelse om reinnleggelser ved alderspsykiatrisk avdeling. Funnene fra denne undersøkelsen viste blant annet at pasienter med diagnosen bipolar lidelse oftere hadde reinnleggelser og en større andel av dem ble behandlet med ECT³ sammenlignet med andre diagnosegrupper.

Handlingsplan for opptrapping av psykisk helsevern i Helse Midt-Norge (1) sier at det skal

¹) Nå: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (red.)

²) IPLOS: Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (red.)

³) ECT: På norsk: elektrosjokkbehandling (red.)

etableres et regionalt kompetansenettverk i alderspsykiatri i Midt-Norge. Helse Nordmøre og Romsdal har fått oppdraget med etableringen. Målet er å etablere et faglig kompetansenettverk som innbefatter alle enheter innen alderspsykiatri i helseregionen og sørge for bistand til alderspsykiatriske enheter under etablering og utvikling. Videre planlegger man å utvikle samarbeid rundt metodeutvikling, evalueringsstudier og forskning.

Det regionale kompetansenettverket ser for seg at de skal ha regelmessige møter for samordning og inspirasjon og vurdering av eventuelle fellesprosjekter. De har som uttrykt målsetting å få til samarbeid med de øvrige alderspsykiatriske forskningsmiljøene i landet. Helse Midt-Norge har ikke stillet midler til rådighet og derfor er det ingen ansatte i nettverket. Dette vanskeliggjør satsingen videre, men optimismen blant deltagerne i nettverket var stor.

Multisenterstudier

Et viktig tema på den første samlingen i alderspsykiatrisk forskningsnettverk var ønsket om et bedre samarbeid mellom de ulike kliniske fagmiljøene. Multisenterundersøkelser egner seg godt for å bedre samarbeidet og utnytte hverandres kompetanse og ressurser. To multisenterstudier ble presentert: Den ene omhandler Oxkarbazepins effekt i behandling av agitasjon/aggresjon ved demens (*OBAD*), ledet av stipendiat Oskar Sommer fra Alderspsykiatrisk avdeling ved Sykehuset Innlandet. Den andre som ble presentert var *Demens i familien*, en randomisert, kontrollert multisenterstudie med intervensjon, utført av psykiater/stipendiat Ingun Ulstein fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Begge innleggene fremhevet multisenterstudiens store utfordringer: Det er mye å organisere, den er relativt kostbar og kan ofte resultere i komplisert statistikk og problematikk på mange nivåer. Både Sommer og Ulstein poengterte de viktige positive sidene ved en slik form – at den gir mulighet for å inkludere et statistisk tilfredsstillende antall personer og at dataene fra de ulike sentre kan sammenlignes. De understreket også viktigheten av at prosjektdeltagerne får faglig gevinst ved å delta.

Tre arbeidsgrupper

Under den første samlingen ble det nedsatt tre grupper som skulle arbeide videre med prioriterte satsingsområder.

En gruppe skulle se nærmere på muligheten for FoU-satsing med hensyn til miljøbehandling i institusjon. Den skulle finne ut hva som brukes av effektmål og legge frem en oversikt over hvilke miljøtiltak som brukes i dag. I tillegg var det ønskelig at de skulle

utarbeide en metodebok. Gruppen består av Kjersti Wogn-Henriksen og Anne Marie Mork Rokstad, begge fra Alderspsykiatrisk avdeling i Molde, Marit Nåvik fra Alderspsykiatrisk avdeling i Telemark, Allan Øvereng fra Alderspsykiatrisk avdeling ved Stavanger universitetssykehus og Birger Lillesveen fra Alderspsykiatrisk kompetansesenter i Sykehuset Innlandet og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

En annen gruppe skulle se nærmere på kunnskapsoverføring: Hva har effekt på personalet, hva har effekt på pasientene? Gruppen skulle samordne design og måleinstrumenter. Gruppen består av Mina Bergem fra Aker universitetssykehus, Ingelin Testad fra Stavanger universitetssykehus, Tone Schevik fra St. Olavs hospital i Trondheim og Øyvind Kirkevold og Vigdis Drivdal Berentsen, begge fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Den tredje gruppen som ble nedsatt skulle se på muligheten for å utvikle en felles alderspsykiatrisk klinisk database. En slik database vil muliggjøre standardisering av rutiner, kvalitetssikre klinikken ved hjelp av samstemte kliniske rutiner, muliggjøre sammenligning med andre avdelinger og gi lettere tilgang til forskning og bedre fagkompetanse. Gruppen består av Geir Selbæk fra Alderspsykiatrisk kompetansesenter ved Sykehuset Innlandet og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Asgeir Bragason fra Diakonhjemmets sykehus, Ingun Ulstein fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og Marianne Holm fra Alderspsykiatrisk avdeling i Telemark.

Annen forskning

Alderspsykiatrimiljøet i Namsos presenterte sine to doktorgradsprosjekter: *Sammenhengen mellom angst og depresjon og blodtrykk og metabolsk syndrom* ved Bjørn Hildrum. Overlege dr. med. Eystein Stordal disputerte på depresjoner hos eldre i 2005. I tillegg jobber de med kvalitetssikring av metoder for vurdering av kognitiv funksjon, spesielt hukommelse. Ansvarlig er spesialist i nevropsykologi Ole Bosnes. De ser også på risikofaktorer for utvikling av demens basert på befolkningsdata – HUNT-materialet (Helseundersøkelsen i Nord Trøndelag). Ansvarlig er Eystein Stordal.

Alderspsykiatrisk avdeling ved Stavanger universitetssykehus presenterte sin forskning. Avdelingen er en del av Senter for Klinisk Nevroforskning ved universitetssykehuset. Deres fokus er mental helse hos mennesker med nevrologisk sykdom (nevropsykiatri).

Senter for nevro- og alderspsykiatrisk forskning har flere prosjekter i gang, deriblant fem doktorgradsarbeider: psykiater Uwe Ehrt, *Depression in PD* (planlagt ferdig 2007), psykolog Carmen Janvin,

Neuropsychology of PD (disputerte januar 07), radiolog Mona Beyer, *Structural MRI in PD and other neurodegenerative diseases* – ferdig 2007, psykolog Kolbjørn Brønnick, *Attentional disturbances in PD and other neurodegenerative diseases* – ferdig 2007, cand. san. Ingelin Testad, *Effekten av personalveiledning på atferdsforstyrrelser og bruk av tvang mot demente på sykehjem – en randomisert studie* – ferdig 2008.

Stavangers modell er et flaggskip i forskningen og det var stor enighet blant deltagerne om at vi har noe å strekke oss etter.

Søndre Borgen Alderspsykiatriske poliklinikk ved Diakonhjemmets sykehus presenterte sitt ernæringsprosjekt ledet av Asgeir Bragason. Med prosjektet ønsker de å avdekke sammenhenger mellom ernæringsvikt og alderspsykiatriske lidelser.

Et samarbeidsprosjekt mellom Alderspsykiatrisk avdeling ved Diakonhjemmets sykehus AS, Psykofarmakologisk avdeling ved Diakonhjemmets sykehus AS og Statens legemiddelverk ser nærmere på bivirkningsforekomst ved medisinbruk hos alderspsykiatriske pasienter. Prosjektet ledes av Bernhard Lorentzen.

Optimisme

Møtet ble avsluttet i en optimistisk ånd med tanke på utviklingen av fagfeltet alderspsykiatri. Rollen Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har, ble påpekt å være en drivkraft i det videre arbeidet. Dette er for øvrig nedfelt i plandokumentet for norsk alderspsykiatri 2001-2010 (2). Kompetansesenteret må være serviceorgan for alderspsykiatrisk forskning og nettverksbygging, slik at mange alderspsykiatriske avdelinger kan komme i gang med forskning. Kompetansesenteret må kunne tilby veiledning og/eller formidle veiledning til avdelinger som ikke har denne ressursen knyttet til egen virksomhet.

Erfaringer fra samlingen oktober 2006

Den andre samlingen hadde fokus på de ulike temaene som ble skissert som videre satsingsområder under den første samlingen. Hver arbeidsgruppe ble tildelt oppgaven årlig å referere fra gruppens arbeid. I tillegg inneholdt den andre samlingen temaet Psykofarmaka og forskning. Her var fire forelesere invitert til å snakke om sine prosjekter:

- *Bivirkningsprosjektet* ved Diakonhjemmet sykehus redegjorde overlege Bernhard Lorentzen for.
- *Seponeringsprosjektet* ved Diakonhjemmet sykehus redegjorde overlege Bernhard Lorentzen for.
- *Seponeringsprosjektet* ved Diakonhjemmet sykehus redegjorde overlege Bernhard Lorentzen for.
- *Seponeringsprosjektet* ved Diakonhjemmet sykehus redegjorde overlege Bernhard Lorentzen for.

- Prosjektet *Administrering av medisin i norske sykehjem* ble presentert av dr. phil. Øyvind Kirkevold fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.
- *Oxkarbazepins (Trileptals) effekt i behandling av agitasjon/aggresjon ved demens (OBAD)* ble også denne gangen kort gjort rede for av lege/stipendiat Oskar Sommer fra Sykehuset Innlandet.

Gruppen som hadde jobbet med miljøbehandling foreslo et femårig utviklingsprogram hvor dette var tema. De mente at tiden er inne for dette i og med at egen handlingsplan for demensomsorgen kommer. Ellers viste de til sitt hovedmål som er å utvikle modeller og bevisstgjøre personale gjennom aksjonsforskning⁴ og evalueringsstudier.

Gruppen som hadde felles database som tema var opptatt av at en slik base vil gi bedret fagkunnskap, bedre kvalitetssikring av tjenester og samstemte kliniske rutiner som letter sammenligningsmulighetene samt muligheten for forskning. Gruppen redegjorde også for komplikasjoner deltakerne allerede hadde støtt på.

Nye temaer

På samlingen i oktober 2006 ble det invitert til nye temaer, gjerne fra andre deler av alderspsykiatrien enn langtkommet demens. Ideen om å invitere en/noen fra andre land til å inspirere oss til å tenke på nye temaer, ble luftet.

Det ble satt ned en egen gruppe som skulle se nærmere på ECT-behandling av eldre med depresjon.

Alle gruppene som ble opprettet på det første møtet ønsker å fortsette sitt arbeid.

⁴) Aksjonsforskning: forskeren deltar for å forandre eller utvikle feltet sammen med dem som befinner seg i det feltet forskningen foregår.

■ birger.lillesveen@aldringoghelse.no

Referanser

1. Stene PØ 2003, *Psykisk helsevern i Helse Midt-Norge: handlingsplan*. Helse Midt-Norge.
2. Norsk psykiatrisk forening, Alderspsykiatrisk utvalg: Plandokument for norsk alderspsykiatri 2001-2010.

Jobber du i alderspsykiatrien, er interessert i forskning og ønsker å vite mer om disse samlingene, ta kontakt med birger.lillesveen@aldringoghelse.no eller knut.engedal@aldringoghelse.no



Carina Ryssdal, ergoterapispesialist,
leder for Alderspsykiatrisk poliklinikk for Troms og Finnmark

Med snøplog og fagkunnskap

Alderspsykiatrisk poliklinikk i Troms og Finnmark

«De faste utreisedagene har vist seg å være en vellykket satsing. Etter at de ble innført er mengden henviste pasienter fra Finnmark mer enn firedoblet.»

Noe av det som karakteriserer medarbeiderne ved Alderspsykiatrisk poliklinikk for Troms og Finnmark er at de har inngående kjennskap til Widerøes Dash 8-fly og flyrutetabeller, de tilbringer mange mil i leiebil, de er flittige brukere av Cappelens bilatlas for Nord-Norge og de har en meget fleksibel innstilling til arbeidstid.

Vi er på vei fra Tromsø til pasienter i Havøysund. Været i Tromsø er klart og fint da vi flyr derfra tidlig denne morgen i slutten av mai, så det er overraskende at et lavt tett skydekke møter oss over Hammerfest. Widerøe-flyet sirkler en time over Hammerfest uten å kunne lande. Piloten gir beskjed om at de skal gjøre et siste landingsforsøk. Vi følger spent med idet flyet vender nesen nedover, men landingsforsøket blir avbrutt og vi får beskjed om at flyet i stedet går til Alta. I Alta kommer flyet seg ned. Vel nede er det bare å ringe Helse Nords faste reisebyrå og be dem avbestille leiebilen som venter på flyplassen i Hammerfest, og bestille en annen leiebil til oss i Alta slik at vi likevel kan ta fatt på kjøreturen videre mot Havøysund, til tross for den uventede omveien. Vi rekker en rask kopp kaffe i flyplasskaféen før leiebilen er på plass. Overlege Ole Grønli tar plass bak rattet for neste etappe – 18 mil i bil nordover på Porsangerhalvøya – mens jeg tar noen telefoner til personalet på sykehjemmet, legekantoret og hjemmetjenesten i Havøysund for å gi beskjed om at vi er forsinket, men på vei. De tar beskjeden med ro, og sier at vi er hjertelig velkommen uansett.

Oppstart av poliklinikken

Alderspsykiatrisk poliklinikk for Troms og Finnmark åpnet høsten 2002 for å styrke tilbudet av helse-tjenester til eldre i Troms og Finnmark. Universitets-sykehuset i Nord-Norge (UNN) har fra før en alders-psykiatrisk sengepost med 14 sengeplasser, og den

nyetablerte poliklinikken er organisert sammen med sengeposten i en egen seksjon for alderspsykiatri ved UNN. Poliklinikken holder til i UNNs lokaler på Åsgård sykehus i Tromsø, i etasjen under den alders-psykiatriske sengeposten. Lokalene ble i forkant av åpningen renoveret for oppfylle poliklinikkens behov for resepsjon, venterom, møterom og kontorer.

Med skrivebordet på hjul

Vel fremme i Havøysund, en time forsinket, blir vi godt mottatt av kommunehelsetjenestens personale. Vi møter dagens første pasient sammen med pårør-ende, tilsynslege og sykepleier på sykehjemmet. Etterpå drar vi videre til flere hjemmeboende pasi- enter i Havøysund. Da vi er ferdige setter jeg meg bak rattet og kjører de 15 milene til Hammerfest mens overlege Ole Grønli i passasjeretset dikterer inn journalnotater og epikriser fra dagens konsulta- sjoner. Jeg sufflerer ham underveis med kompletter- ende informasjon. Poliklinikkens sekretær skriver alt inn i elektronisk journal når vi kommer tilbake til Tromsø med båndene. Vi overnatter i Hammerfest og fortsetter neste morgen til pasienter i Rypefjord. Etter pasientkonsultasjonene er dagens siste pro- grampunkt veiledning til personalet på Rypefjord sykehjem. Personalet ønsker råd og veiledning om prinsipper for å tilrettelegge arbeidet i en skjermet enhet. Mange møter til veiledningen, flere som har fridag møter også opp. Vi ser gang på gang at per- sonale i kommunehelsetjenesten i Finnmark i svært stor grad verdsetter muligheten til å få drøfte pro- blemstillingene de møter i sin arbeidshverdag med oss som reiser ut fra Alderspsykiatrisk poliklinikk.

Faste utreisedager til Finnmark

Opptaksområdet er alle de 44 kommunene i Troms og Finnmark. Det innebærer naturligvis store ut- fordringer å gi et like godt poliklinisk tilbud til

pasientene i Finnmarks nitten kommuner som til pasientene i poliklinikkens nærområde rundt Tromsø. Vi merket de første årene at få pasienter fra Finnmark ble henvist til oss, mens langt flere ble henvist fra Troms fylke.

For å gjøre vårt tilbud mer tilgjengelig for Finnmarkspasientene startet vi høsten 2005 med faste utreiser til kommunene i Finnmark to dager hver måned. Vi har delt fylket inn i

områder på tre-fire kommuner og sender jevnlig ut brev til alle sykehjem, kommuneleger og ledere for hjemmetjenesten i de aktuelle kommunene med datoer for neste reise til deres område. Når vi har mottatt henvisninger fra området planlegges reiseruten, og vi gjør avtaler for de to dagene. På denne måten får alle kommunene i Finnmark tilbud om besøk med konsultasjoner fra poliklinikken to ganger i året.

De faste utreisedagene har vist seg å være en vellykket satsing. Etter at de ble innført er mengden henviste pasienter fra Finnmark mer enn firedoblet.

Det er nok flere årsaker til økningen. Også tidligere reiste vi ut til pasienter i Finnmark som vi fikk henvist, men da uten faste utreisedager. Det kan virke som om terskelen for å henvise til oss var høyere når legene i Finnmarks-kommunene opplevde at de kalte oss ut ens ærend til deres henviste pasient. Når utreisedagene ble fastlagt til bestemte datoer ble det lettere å henvise. Det har sannsynligvis en tilleggseffekt at brev om utreisedagene samtidig sendes til lederne for sykehjem og hjemmetjeneste. Ofte ser vi at det er personalet i hjemmetjenesten eller på sykehjemmet som tar initiativet ved å be legen om å henvise pasienter til oss, etter å ha mottatt brevet om vår neste utreise til deres kommune. De tilbringer mye tid sammen med pasienten og kjenner derfor pasientens situasjon godt.

Vi i poliklinikken er glade for å kunne gi pasientene fra Finnmark et vesentlig forbedret tilbud gjennom våre utreisedager.

Det ryk' og det fyk'!

Ved en annen utreise, i mars måned, fløy vi først til Vadsø og kjørte derfra fem-seks mil til Tana-området med leiebil. Etter en lang arbeidsdag der satte vi oss igjen i bilen og kjørte videre nordover mot Berlevåg.

Det var mørkt ute og snøværet ble alt tettere. Ved fjellovergangen over Kongsfjordfjellet viste det seg å være kolonnekjøring på grunn av snøstorm. Brøytebilen kjørte foran oss på grunn av det tette snødrevet. Da brøytebilen forlot oss etter fjellovergangen var det fortsatt snøstorm og sikten var kun tre desimeter. Jeg ønsket sterkt at brøytebilen hadde eskortert oss en bit lenger. Vi kjørte i

sakte ganghastighet nedover mot Berlevåg. Det var en stor lettelse da vi endelig kunne parkere utenfor hotellet. Dagen etterpå fikk vi vite at dette var den siste kolonnen som kom seg over fjellet den dagen. Kolonnen som var planlagt senere på kvelden måtte innstilles. I Berlevåg gikk vår arbeidsdag som planlagt. Personalet vi møtte var svært fornøyd med at vi hadde klart å komme frem.

Også på tilbakereisen ble det kolonnekjøring over fjellet. Vi hadde 29 mil foran oss fra Berlevåg til flyplassen i Kirkenes, men stoppet underveis for dagens siste hjemmebesøk hos en pasient i Varangerbotn. Da vi ankom hennes hus ventet varm kaffe, te, kaker og sjokolade! Hun hadde fått beskjed fra hjemmetjenesten at vi var for-

sinket på grunn av kolonnekjøringen, og hun hadde derfor forberedt seg på at vi var frosne og sultne. Hennes omsorg varmet godt, særlig fordi vi ikke rakk å spise stort før vi dro fra Berlevåg, av frykt for å bli sittende værfast.

Medarbeiderne

Medarbeiderne i poliklinikken er psykiater Ole K. Grønli, de psykiatriske sykepleierne Torunn Kallstøl og Torhild Jonassen, psykolog Marit Woldstad, ergoterapispesialist Carina Ryssdal som også er leder for poliklinikken, samt sekretær Astrid Marie Nordstrøm. I alt er det 5,5 stillinger i poliklinikken, hvorav alle fem behandlere arbeider i 100 prosent stillinger og sekretær i 50 prosent stilling. Til sammen representerer medarbeiderne variert og lang erfaring fra arbeid med eldre og alderspsykiatri.

Det er alltid to medarbeidere som deltar ved utreisene: Vår psykiater reiser ut hver gang, mens de andre medarbeiderne skifter på å delta. Det gir mulighet for en god, effektiv og fleksibel arbeidsmodell når



Carina Ryssdal på flyplassen.

det gjelder både utredningen, forslag til tiltak og veiledning av personale.

Over fjell og fjord

«En viktig ressurs i Finnmark og Troms er at så godt som alle tettsteder har telematikkstudioer.»

Selv uten problemer med vær og fremkomstmidler kan geografien i Finnmark by på store utfordringer med lange avstander langs fjorder og over fjell. I forkant av hver utreise mottar vi vanligvis henvisninger fra to kommuner, noen ganger fra tre. Til utreiseditagene i november fikk vi henvist pasienter fra alle fire kommunene vi hadde sendt brev til i et område: Karasjok, Tana, Berlevåg og Båtsfjord. På to dager er det ikke mulig å rekke pasientbesøk i alle disse fire kommunene på grunn av lang bilvei mellom dem og at det ikke finnes flyforbindelse til Karasjok og Tana. Av og til kreves litt ekstra kreativitet og utprøving av utradisjonelle fremgangsmåter for å klare poliklinikkens oppgaver i dette distriktet. Løsningen ble at pasientene fra Berlevåg og Båtsfjord sammen med personale eller pårørende kom til Tana og møtte oss der, og at pasientens fastlege og psykiatrisk sykepleier deltok på konsultasjonen fra telematikkstudio i egen kommune. Telematikkstudioer har TV-skjermer, webkamera og mikrofoner, og man kobler opp kontakten ved å ringe opp det studio man ønsker kontakt med på deres telematikknummer. Både lyd og bilde overføres gjensidig over telefonnettet mellom de to studioene. Da ser vi hverandre på TV-skjermen som ved en videokonferanse. Slik klarte vi å møte pasienter fra alle fire kommunene på to dager.

En viktig ressurs i Finnmark og Troms er at så godt som alle tettsteder har telematikkstudioer og at de fleste av det lokale helsepersonalet er vant til å bruke telematikk i forbindelse med undervisning og møter.

Vanligvis bruker vi mest fly, leiebil og taxi som fremkomstmiddel, men vi har også opplevd å bli kjørt med fastlegens legeskyssbåt til plasser som er spesielt vanskelige å nå. I enkelte små tettsteder er det ikke mulig å leie bil. Da er vi henvist til drosje eller å sitte på med personale fra hjemmetjenesten.

Kontor i baksetet

Flytidene på enkelte finnmarksruter krever en fleksibel innstilling til arbeidstid. Det kan være hardt å stå opp tidlig nok for å rekke et fly til Lakselv med avgangstid kl. 5.30, for så å kunne kjøre videre derfra de åtte milene til en arbeidsdag i Karasjok. Ofte er vi sent tilbake i Tromsø etter endt utreise. Det blir svært arbeidsintensive dager.

En annen kreativ løsning for å rekke flest mulig pasienter på den tid vi har til rådighet på utreisene er

å diktere journalnotatene på medbrakt diktafon i leie-bilen mens vi kjører til neste sted. I mørketiden medfører dette at vi må ha litt lys på i bilen under kjøring for å se stikkord vi har notert fra konsultasjonene. I en av våre seneste leiebiler var det innvendige lyset over framsetet så sterkt at det blendet kraftig. Overlege Grønli måtte i stedet sitte i baksetet med baksetelyset på og diktere hele veien fra Tana til Kirkenes. Der jeg kjørte undret jeg på hva møtende bilister tenkte når de møtte vår ekvipasje – en godt opplyst bil (innvendig) med en dame ved rattet susende gjennom Finnmarks vinterlandskap og en mann i baksetet som ivrig snakker i mikrofon...

Samarbeid langs hele ruten

«Finnmarkinger er vant til å forholde seg til at væreets makter styrer hverdagen, og innretter seg etter det.»

Det er spennende og inspirerende å reise rundt og se hva personalet i kommunehelsetjenesten i Troms og Finnmark får til. Vi blir mange ganger imponert over fleksibiliteten i tilbudet til eldre pasienter på små tettsteder, over at sykehjems plasser kan ordnes raskt til dem som har behov for det og at tilbud til hjemmeboende eldre skreddersys for den enkelte i små lokalmiljøer der alle kjenner pasienten fra før. Det finnes mange dyktige fagfolk i distriktskommunene.

Vi kan ofte formidle gode idéer til løsninger fra én kommune til en annen som har en lignende problemstilling. Gjennom det nettverket vi opparbeider oss i distriktet kan vi tipse om fagfolk de kan kontakte, som har funnet hensiktsmessige måter å organisere en tjeneste på. Slik opplever vi å få en viktig tilleggsfunksjon.

I forkant og etterkant av hver utreise går det med en del tid til for- og etterarbeid per telefon. Vi kontakter våre samarbeidspartnere i kommunen og gjør avtaler om tidspunkter, innkalling av pasienter og pårørende. Vi ber om at et skjema vi har laget, Sykepleievurdering, fylles ut av personale som arbeider nært pasienten og at det sendes til oss i forkant av vårt besøk. Skjemaet fylles ut for hver pasient som er henvist, og inneholder blant annet spørsmål om hvilke tiltak som allerede er forsøkt og resultat av disse, og hva de ønsker hjelp med fra Alderspsykiatrisk poliklinikk. Andre spørsmål på skjemaet gir oss informasjon om pasientens boforhold, nettverk, yrkesliv og interesser.

Vi drøfter også på forhånd med våre samarbeidspartnere hvilke av hjemmetjenestens eller sykehjemmets personale som bør delta på møtet. Det er vesentlig for vår arbeidsmåte at både pårørende og personale fra kommunens helsetjeneste som kjenner

pasienten godt, deltar, slik at vi får belyst pasientens situasjon best mulig på den tid vi har til rådighet. Oftest er det avdelingssykepleier og primærkontakt som deltar, noen ganger deltar flere av personalet. Avdelingssykepleier har en svært sentral rolle med tanke på oppfølging av de behandlingstiltak vi kommer frem til. Forberedelsene til utreisen fortsetter med at vi beregner tid til transport mellom konsultasjoner, undersøker best mulige måte å legge opp reisen på ut fra flytider og veiavstander, bestiller flybilletter, leiebil og overnatting. Det er et utfordrende puslespill hver gang.

At vi må endre møtetidspunkter underveis på grunn av vær og uforutsette problemer på reisene, er ingen stor hindring for samarbeidet. Finnmarkinger er vant til å forholde seg til at værets makter styrer hverdagen, og innretter seg etter det.

Poliklinisk utreisevirksomhet har en viktig funksjon å fylle. Leger og andre ansatte i kommunehelsetjenesten ser betydningen av at eldre pasienter unngår lange og slitsomme reiser til spesialisthelsetjenesten. En strabasjøs reise kan i seg selv forverre tilstanden for enkelte av de pasienter vi møter, og de pasientene det gjelder ble nok tidligere ikke henvist til spesialisthelsetjenesten før situasjonen var meget prekær.

Utredning

Konsultasjonene blir lagt opp litt forskjellig ut fra pasientens situasjon. Av og til er pasienten med på hele møtet, med pårørende og personale til stede. Tester og standardiserte spørreskjemaer gjøres alene med pasienten, og pårørendeintervju gjøres alene med pårørende. Når det vurderes at pasienten er altfor sårbar til å klare å delta i et møte med alle til stede, holdes to møter, ett med personale og pårørende, og så møter vi pasienten før eller etter dette.

På utreisen har vi med vår «verktøykasse», en svart mappe med plastlommer fylt med de utredningsverktøy vi bruker hyppigst. Herfra velger vi de kartleggingsskjemaer vi ser behov for i det enkelte tilfelle. Vi etterstreber til enhver tid å forbedre verktøykassen ved å utvide den med nye verktøy som det er behov for. For tiden inneholder den:

- MMS (Mini Mental Status)
- Klokketest
- MADRS (Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale)
- GDS (Geriatrisk depresjonsskala)
- Cornell (skala for depresjon ved demens)
- CANE (Camberwell Assessment of Need for the Elderly)
- FBI (Frontal Behavioral Inventory)
- Skjema for komparentopplysninger fra pårørende
- Stress-skala for pårørende

- BMD atferdsvurdering (Behavioral Disturbance of Demented Patients)
- Registreringsskjema for atferd, fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
- Barthel ADL-index
- RDRS-2 ferdigheter i dagliglivet (Rapid Disability Rating Scale 2), fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

I tillegg brukes andre psykologiske tester og testing av praktisk fungering i dagliglivet.

Når det gjelder bildediagnostikk gjøres CT i Hammerfest, Kirkenes, Tromsø og Harstad. I Kirkenes, Tromsø og Harstad gjøres også MR-undersøkelser. Ventetiden er kort, oftest får pasienten time innen et par uker. Enkelte av de pasienter vi får henvist har allerede vært i CT- eller MR-undersøkelse. I andre tilfeller henvises de til bildediagnostikk av overlege Ole Grønli etter at vi har møtt pasienten. SPECT kan bare gjøres i Tromsø.

Ved behov følger vi opp i en periode med telefonkonsultasjoner med pårørende, personale eller pasienten for å se om tiltak har effekt eller om andre tiltak bør prøves.

Perspektiv fremover

For å kunne forenkle og forbedre vårt arbeid ytterligere ønsker vi å få tilgang til våre pasienters elektroniske journal ved lokalsykehusene i Finnmark. Det vil gi oss raskere tilgang til blant annet bildediagnostikk som er gjort, bedre kjennskap til pasientens tidligere sykehistorie og resultater fra prøver. Vi arbeider for å få til dette.

De faste utreisene til finnmarkskommunene har vist seg å være en suksess. Faste utreisedager gjør nok terskelen lavere for å henvise pasienter til oss for mange fastleger og tilsynsleger. Mange av legene ønsker å delta og møte oss på konsultasjonene med sine henviste pasienter, og de setter stor pris på muligheten til å drøfte ulike behandlingstiltak med poliklinikkens medarbeidere.

En god del av kommunene i Troms fylke ligger langt fra Tromsøs nærområde. Etter hvert håper vi å kunne tilby faste utreisedager også til de kommuner i Troms som ligger avsides til.

■ carina.ryssdal@unn.no



Anna Sofie Furesund, spesialsykepleier, Nordmøre og Romsdal HF
Else Lykkeslet, 1.amanuensis, Høgskolen i Molde, avd. for helse og sosialfag
Torill Skrondal, høgskolelektor, Høgskolen i Molde, avd. for helse og sosialfag
Kjersti Wogn-Henriksen, sjefpsykolog og 1.lektor, Nordmøre og Romsdal HF

Signe som ikke ville dusje

Om sansestimulering og samspill

«God kommunikasjon med personer med demens preges av pleiers evne og vilje til nærvær og tilstedeværelse.»

Denne artikkelen baserer seg på prosjektet *Sansestimulering og demens*, et samarbeidsprosjekt mellom Nordmøre og Romsdal Helseforetak og Høgskolen i Molde, avdeling for helse og sosialfag. Det fant sted på en alderspsykiatrisk sengepost for personer med demens og psykiatriske tilleggssymptomer. I utredningsprosessen prøver man ut miljøterapeutiske og medikamentelle behandlingstiltak. De siste års erfaring har vist at sansestimulering kan være en fruktbar metode. Dette prosjektet ønsket med inspirasjon fra fenomenologisk vitenskapsteori¹ å sette søkelyset på bruken av sansestimulering. Vi ville gjerne vite mer om i hvilke situasjoner metoden ble brukt, i hvilken hensikt, hvordan pleier begrunnet sin tilnærming, hva som kjennetegnet relasjonen mellom pasient og pleier og hvordan pasienten reagerte på sansestimuleringen. Prosjektet er nærmere beskrevet i to andre artikler (1, 2).

Metode

Det ble gjort video-opptak av sansestimuleringssituasjoner. Etterpå ble pleierne intervjuet om sine refleksjoner rundt metoden. Video-opptakene og transkriberte intervjuer ble analysert og tolket for å forstå fenomenet sansestimulering bedre. Vår studie gir ikke grunnlag for å si noe om effekten av sansestimulering generelt. I de fleste observasjonene var det likevel ingen tvil om at pasienten syntes å dra nytte av sansestimuleringen. Vi ble også opptatt av relasjonelle aspekter ved metoden som ikke tidligere er beskrevet i faglitteraturen. Artikkelen gir litt bakgrunnsstoff, beskriver en sansestimuleringssituasjon og drøfter denne.

Bakgrunn

Demens innebærer tap av sentrale menneskelige funksjoner og utfordrer individets evne til mestring og tilpasning. Et selvstendig liv forutsetter kognitive ferdigheter som orientering og

hukommelse. Demens kan derfor oppleves som en trussel mot fysisk og psykisk eksistens. Angst er en intens psyko-fysiologisk aktivering som oppstår nettopp ved slike forestående farer. Mennesker varierer atskillig med hensyn til hvor sårbare de er og hvilke mestringstiltak de iverksetter overfor truende situasjoner (3). Hos personer som også forut for sin demensutvikling har vært plaget med angst, kan angsten intensiveres og eskalere betydelig når kognitiv svikt kompliserer mestringen.

Samspill. Den menneskelige relasjonen er en grunnleggende ingrediens i all behandling, men har spesiell relevans og verdi i demensomsorgen. Når orientering, hukommelse og virkelighetsforståelse svikter, vil livskvalitet avhenge av hjelpenes holdninger og menneskesyn (4). Omgivelsene må romme mye av den informasjon og oversikt som pasienten selv mangler. Kommunikasjon må moduleres til den enkelte personen, gjenværende ressurser, demensstype og aktuelle behandlingsmål. Dette forutsetter både evne og vilje til nærvær i det løpende samspillet (5, 6). Ettersom språklig kommunikasjon vanskeliggjøres gjennom demensforløpet, må man supplere med andre innfallsvinkler (7). På denne sengeposten er sansestimulering nettopp et slikt forsøk på å øke repertoaret av kommunikasjonsmåter.

Sansestimulering er tiltak i sanseintegrasjonsteorien (8) utviklet av Ayres med utgangspunkt i Lurias nevropsykologiske teorier. Målsettingen er å hjelpe pasienten til å reagere hensiktsmessig ved å benytte vekkende eller beroligende sansestimuleringstiltak. I følgende pasienthistorie blir berøringssansen stimulert ved hjelp av børsting, mens muskel-, sene- og leddsansen stimuleres med leddkompresjon. Børsting har til hensikt å påvirke hudens følsomhet slik at oppmerksomheten og dermed mottakeligheten for sansestimulering økes. Man benytter børstesiden på en kirurgisk vaskebørste og børster frem og tilbake med lange, seige tak på rygg, armer og ben. Ved å trykke leddene

¹⁾ Fenomenologisk vitenskapsteori setter fokus på fenomener slik disse viser seg i sin naturlige sammenheng.

sammen (leddkompresjon) sendes impulser til sentralnervesystemet, som virker beroligende og organiserende.

SIGNE

Vi beskriver her et av video-opptakene for å belyse vesentlige aspekter ved sansestimuleringen. Signe er en 86 år gammel kvinne som har bodd på sykehjem det siste året. Hun har nå Alzheimers sykdom av moderat grad. I store deler av livet har hun vært plaget av generell angst og vannskrekk. Med demenssykdommen ble angsten intensivert, særlig om morgenen og spesielt ved dusjing. Dette medførte store utfordringer, med flere involverte pleiere og uverdig samspill. Pasienten ble panisk engstelig, ropte og skrek mens hun gjorde aktiv motstand og forsøkte å komme seg unna. Behandlingsmålsettingen var å finne tiltak for å dempe angsten og muliggjøre bedre samspill. Metoden sansestimulering ble her brukt planmessig for å forebygge problematferd eller optimalisere atferd i risikosituasjoner.

Signe har dusjedag

Kontaktetablering. Signe ligger rolig og sover på sitt værelse. Pleier kikker forsiktig inn, går bort til sengen og stryker henne varsomt på armen. Signe ser forundret opp i det hun våkner og forsøker å verbalisere noe. Pleier møter henne med vennlighet i

vesen og væremåte samtidig som hun sier: «Lå du og drømte kanskje?» Signe bekrefter dette. «Har du sovet godt?» spør pleier videre. «Ja» svarer Signe og griper pleiers hånd. «Å du var varm og god, jeg var litt kald,» sier pleier. De holder hverandres hender, har blikket vendt mot hverandre og smiler. Det er en god stemning. Så snakker de litt om hvordan natten har vært. Pleier inviterer Signe til å sette

seg på sengekanten og gir henne en støttende hånd: «Vil du sitte slik kanskje, og holde meg i handa?» «Holde deg i handa» bekrefter Signe. Der sitter Signe på sengekanten med bustete «sovehår», krøllete nattkjole, sokker på bena og holder pleier i handa.

Metoden introduseres og gjennomføres. Pleier viser frem en myk børste som hun omtaler positivt: «Skal vi ta denne og så kan du kjenne om du synes det er godt?». Samtidig starter hun med å børste Signes arm. Pleier kommenterer: «Veldig myk og god, er den ikke?» Pleier børster med jevne rolige tak og forklarer: «Inni handa og på fingertuppene». Pleier går videre med å benevne andre kroppsdeler hun børster. En rød flekk oppdages på armen til Signe og pleier kommenterer denne. De snakker litt om hva den kan komme av. Pleier børster videre, Signe sier «Aldri vært så godt vaska før i dag». «Synes du det er godt?» spør pleier. Og Signe svarer «Å, kjenne det vet du». Børstingen fortsetter på Signes rygg og ben. Signe samarbeider ved å bøye seg forover slik at pleier får komme til på ryggen. Når pleier kommer til bena, prøver Signe seg med en motforestilling:

«Behøver du det da?» Samtidig drar hun opp nattkjolen slik at pleier skal komme til. Signe har åreknuter på bena og pleier kommenterer: «Må være forsiktig med åreknutene». Slik børster pleier kroppen til Signe, og avslutter verbalt med «Mm. Sånn».

Pleier begynner med leddkompresjon, trykker Signes skuldre mot hverandre og sier: «Kjenner du godt skuldrene dine?» Når pleier komprimerer leddene i armene, spør Signe erende: «Tror du jeg blir sterk av dette?» Begge humrer. Pleier fortsetter med leddkompresjon av hofter og ben samtidig som hun benevner hvor hun er på Signes kropp. Når Signe gir uttrykk for at det er smertefullt, lytter pleier og forsikrer at hun skal være forsiktig. Underveis sier plutselig Signe «Vet du at jeg klør mye?» Pleier stopper opp og spør hvor hun klør. «På ryggen,» svarer Signe kontant. Pleier klør Signe på ryggen og avslutter leddkompresjon med en varsom markering. Så sitter de rolig der, Signe og pleieren, tett ved siden av hverandre på sengekanten.

Opptakt til dusjing. Pleier tilbyr Signe en dusj og viser til at Signe liker å være fin på håret. Men Signe vil ikke og puster merkbart raskere og mer overfladisk. «Så du vil ikke i dag. Men nå er badet ledig og ...» svarer pleier. «Nei,» kommer det fra Signe, men pleier gir seg ikke helt: «Skal vi gå og se hvordan det ser ut der? Det er rett over gangen. Vil du bli med og se?» Signe vegrer seg fortsatt. Pleier spør om det er et vanlig morgenstell uten dusj hun ønsker. Det er det. Pleier inviterer henne inn på badet for morgenstell. «Er det et skikkelig bad dette?» spør Signe. Samtidig tar hun seg til håret. Pleier tilbyr seg å stelle håret hennes, og Signe godtar tilbudet. Pleier spør: «Skal vi gjøre det?» og Signe repliserer «Ja, ska vi det.» Det er faktisk hun som reiser seg først og sammen rusler de rolig til badet. På badet kler Signe av seg selv og setter seg til rette på dusjstolen. Selv om det er tilløp til angst lar hun seg roe av pleier.

DRØFTING Relasjon og metode

Vi vil her tematisere noen aspekter i denne historien med fokus på samspillet og sansestimuleringens betydning for å forebygge og dempe angst.

Nærvær og tilstedeværelse

God kommunikasjon med personer med demens preges av pleiers evne og vilje til nærvær og tilstedeværelse. Gilje (9) beskriver tilstedeværelse som evne til psykologisk eller følelsesmessig å være med eller legge merke til en person. Det forutsetter en grunn tone av vennskapelighet og en virkelig interesse for å forstå den andre. Her bidrar pleiers oppmerksomme nærvær til å trygge Signe og holde angsten på avstand. Innledningsvis pekte vi på at den menneskelige relasjonen er en grunnleggende ingrediens i all behandling, men har spesiell relevans i demens-



omsorgen. Kitwood (4) er opptatt av hvordan samspillet kan få pasienten til å føle seg sett og verdsatt i en kontekst preget av likeverd og gjensidighet (10). Personer med demens har stort omsorgsbehov og er sårbare for asymmetriske relasjoner hvor pleier primært fokuserer på ytre instrumentelle aspekter ved kontakten. Det innebærer at pleier definerer pasientens behov uten at det er basert på opplysninger fra pasienten (11). Det er en sentral utfordring i all demensomsorg å opprettholde et anerkjennende personfokus og være vår og lydhør i samspillet.

Å ha god tid og være i forkant

Pleieren gir inntrykk av å ha tid nok når hun følger Signes tempo. Fordi sansestimuleringen var planlagt, kunne hun forberede seg: «Jeg gikk gjennom oppi hodet hva jeg skulle gjøre.» Hun gikk gjennom det metodiske, og parallelt tonet hun seg inn for å fornekke hvordan hverdagen kunne fortone seg for Signe: Hvis Signe våkner opp alene på et fremmed værelse med ukjent inventar og ukjente lyder, kan en tenke seg at hun ville bli engstelig, for demens svekker orientering og gjenkjenning. Kanskje står hun opp og ser ut av vinduet uten å gjenkjenne landskapet, og angsten øker ytterligere. På jakt etter faste holdepunkter kikker hun fortvilt ut av døren, men finner ingen kjente. Hun begynner å hyperventilere, panikken kommer og med gjennomtrengende hyl skriker hun ut sin angst. I denne sekvensen forebygges angsten ved å ta tidlig og tett kontakt og geleide Signe trygt inn i dagen gjennom en støttende relasjon. Pleiers vennlige nærvær synes tryggende, det virker som om pasienten kan «låne» hennes oversikt i situasjonen og dermed unngå en skremmende følelse av avmakt og kontrolltap.

Kontaktbygging

Det er pleier som først tar kontakt, går bort til sengen og stryker Signe på armen. Pleier er oppmerksom, nærværende og personfokusert og spør om hun har sovet godt. Her er rom for pasientens tanker og opplevelser. De holder hverandres hender, har blikket mot hverandres ansikt og smiler. Så snakker de litt om hvordan natten har vært.

Underveis er det småpratning. Pleier er vennlig, benevner og strukturerer sansestimuleringen i alminnelige ordelag og responderer sensitivt både på pasientens språklige og ikke-språklige utspill. Praten opprettholder fokus på hva som skjer og understøtter samspillet. Pleier lurte i intervjuet på om hun hadde pratet for mye. Vår pratning står ikke alltid i forhold til pasientens evne til å relatere seg til innholdet. For oss så det likevel ut som om pratningen her var klart relasjonsbyggende. Innholdet er upretensiøst og «kravløst», virker inkluderende og preget av omsorg. Det kjennetegner småpraten at den i liten grad mobiliserer prestasjonsangst, fordi den tar utgangspunkt i hverdagsnære temaer som mennesker flest har et forhold til. Historien viser at småpraten i dette tilfellet fungerer både støttende, organiserende og relasjonsbyggende.

Vi ser innslag av humoristisk replikker, smil og lun gjensidighet. Signe kommenterer med glimt i øyet: «Tror du at jeg blir sterk av dette?» Benner og Wrubel (12) sier at «humour is an avenue of communication» som kan «omstemme» en situasjon. Det å le sammen kan virke befriende og spenningsreducerende. Imidlertid er humor finstilt relasjonsarbeid som krever dyp bakgrunnsforståelse kombinert med tillit og respekt.

Relasjonens kroppslige dimensjoner

«Når ordene blir besværlige, blir kroppens sansning og erfaring den viktigste forbindelsen til omverdenen.»

Sansestimulering gir en «legitim» ramme rundt kroppskontakt. Kroppen er det mest konkrete uttrykk for livet i de menneskelige relasjoner (13). Kroppen er i bevegelse mot den andre. Den tenker for oss, tar imot inntrykk og erfarer før den erkjenner. Når ordene blir besværlige, blir kroppens sansning og erfaring den viktigste forbindelsen til omverdenen. Både personen med demens og pleieren er til stede som kroppslig sansende vesener, og videosekvensen tydeliggjorde på en overbevisende måte hvordan pleier har en mer eller mindre intuitiv tilgang til dette fellesskapet. Hun både «senser og sanser». Denne relasjonsbevisstheten er imidlertid ikke nødvendigvis språkliggjort, og er kanskje heller ikke fullt ut mulig å språkliggjøre.

Demens kan tenkes å innebære en kroppslig fremmedgjøring eller fragmentering, og pleiers hender kan gjennom sansestimulering bidra til å integrere og skape mer helhet. Flere beskrev at de brukte hendene for å formidle den roen de selv hadde opparbeidet i sitt indre, eller at de prøvde å etablere felles rolig pusterytme. I dette tilfellet var pleieren også opptatt av å ha blikkontakt med Signe, smile og berøre. Under børstingen benevner pleier hvor på kroppen hun børster, og underveis tar hun seg tid til å fundere sammen med pasienten over kroppslige fenomener som flekker og åreknuter. Dette hjelper trolig pasienten til å fokusere på her og nå. Pleier unnlater å argumentere faglig for hva hun gjør. I stedet tolker hun omsorgsfullt pasientens ikke-språklige signaler. Hun møter Signe mer på et følelsesmessig nivå enn et kognitivt. Det er et sentralt poeng i sansestimulering at våre innspill ofte ikke er tilstrekkelig tilpasset det reelle funksjonsnivået hos en person med demens (8).



Det metodiske

En metode er en arbeidsmåte med gitt rasjonale og planmessig tilnærming, av og til beskrevet i eksplisitte metodeanvisninger eller manualer. Det er imidlertid langt mellom objektiv standardkunnskap og virkeligheten der en møtes sansende og nært. En teknisk, instrumentell rasjonalitet kan derfor kollidere med det nakne, sårbare nærvær. Våre funn peker på at

metoden sansestimulering øker i verdi når praktisk metodekunnskap og håndlag kombineres med lydhørhet og sensitivitet.

I historien om Signe tilpasses metoden til pasienten og situasjonen. Pleieren var godt forberedt og viste godt håndlag. Sansestimulering handler ikke bare om manuelle ferdigheter, men i like høy grad om å se personen. Det er en dynamisk interaksjonsprosess som innebærer empirisk utprøving, øyeblikkets vilje til validering og evne til løpende å justere prosessen ut fra dette. Dette nærværet kan aldri fullt ut preprogrammeres eller manualiseres. Enhver praksis må finne det optimale balansepunkt mellom metodens standardiserte kjennetegn og den individuelle tilpassningen. Innen demensfeltet er det stor aksept for å individualisere kontakten ut fra pasienten, situasjonen og pleieren selv.

Det er også en viktig del av pleiers metodeutøvelse at hun er selv-refleksiv og åpen for kritisk, kjærlig og kreativ ettertanke. I klinisk kompetansebygging er faktakunnskap, metodiske ferdigheter og positivt menneskesyn viktige byggesteiner. Men det som skaper den reelle ferdigheten, limet mellom disse, er refleksjonen. I vårt materiale var gode sekvenser oftest kjennetegnet av nyansert og åpen refleksjon hos pleier: «Jeg var redd for å være for rask...».

Dramaturgien

Begrepet dramaturgi henspeiler på sansestimuleringens oppbygning, komposisjon og virkemidler. I fortellingen om Signe tar pleieren en form for regi. Tid og sted for kontaktetableringen er gjennomtenkt og danner opp-takt til handlingen og grunnlag for videre gjennomføring og avrundning. Fordi sansestimuleringen er planlagt, kan pleieren tenke gjennom hvordan hun vil bygge opp handlingsforløpet. Hun reflekterer før handling ved å gå gjennom den metodiske delen av sansestimuleringen og tenker parallelt over hvordan hun skal møte Signe. Videre gjør hun pasienten trinnvis delaktig i prosessen og gir henne mulighet til å innstille seg på det som følger. Tempoet samreguleres og avbrytelser tåles. Når Signe er tørst, får hun vann og når hun klør, blir hun klødd. Personen Signe blir premissleverandør for dramaturgien, den blir person-orientert (4). Det var en tendens til at bevegelsene henimot avslutningen ble langsommere og «lengre», og toneleiet gikk ned som forberedelse på at det nærmet seg en avslutning. Intonasjonen fungerte strukturende når pleier sa «sånn» med et forsiktig, men tydelig ettertrykk.

Signe som til slutt dusjet

Innledningsvis ser vi god alliansebygging der pleier etablerer seg som en vennligsinnet samarbeidspartner. Sansestimuleringen med børsting og leddkompresjon skal ifølge teorien ha en beroligende og organiserende effekt og synes her å bidra til at pasienten er relativt samlet og rolig. Dette kan være et godt tidspunkt for å introdusere det mer krevende temaet «dusjing».

Pasienten godtar ikke umiddelbart dusjing. I hennes avslappede tilstand er det dog mulig å forhandle med henne. Pleier gir rom for Signes motforestillinger og nøling, men uten å slippe sitt eget fokus. Pasientens lave angstnivå, den fortrolige relasjon, fravær av press og en responsivitet på Signes kroppslige og språklige signaler synes å bidra til et vellykket morgenstell. Det er viktig å legge merke til at Signe selv er den som tar initiativet, kler av seg og setter seg til rette i dusjen.

Ferdighet og relasjon – metode og møte

Artikkelen peker på at sansestimulering er mye mer enn en interessant teknikk eller arbeidsmetode. På sitt beste kan sansestimulering utgjøre en unik form for møte mellom personen med demens og pleieren. Historien om Signe viser hvordan metoden kan være potent for å redusere angst når den utøves med metodetekniske ferdigheter i sensitivt og individualisert samspill.

■ else.lykkeslet@himolde.no

Referanser

1. Furesund AS, Lykkeslet E, Skrondal T, Wogn-Henriksen K. 2006. Lærerikt og spennende og forske sammen. Utfordringer i et forskende partnerskap. *Nordisk Tidsskrift for helseforskning*, Nr. 2 2006
2. Furesund AS, Lykkeslet E, Skrondal T, Wogn-Henriksen K. 2006. Sansestimulering metode og møte. Sendt til referee i *Nordisk tidsskrift for helseforskning*.
3. Lazarus R. 1998. Coping with aging: Individuality as a Key to Understanding. i Nordhus I og Vandenbos G (red): *Clinical Geropsychology*, Washington DC: American Psychological Association.
4. Kitwood T. 2003. *En revurdering af demens – personen kommer i første række*. København: Munksgaard.
5. Wogn-Henriksen K. 1997. «Siden blir det vel verre....?» Nærbilder av mennesker med aldersdemens. En undersøkelse av aldersdemente menneskers opplevelse av seg selv og sin situasjon. Sem: INFObanken.
6. Wogn-Henriksen K. 2006. «Hva var det jeg skulde ha sagt, vedblev han med stor omstendelighet og tidde.» Når demens gjør kommunikasjon vanskelig. I: Krüger, R.E. (red). *Evige utfordringer. Helsetjenester og omsorg for eldre*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
7. Furesund AS. 1998. Varhet, sansning og fornemmelse i kommunikasjon med aldersdemente. Avsluttende oppgave ved Viderutdanningen i psykiatrisk sykepleie. Høgskolen i Molde.
8. Gammeltoft BC. 2005. *Skjulte handcaps hos personer ramt af hjerneskade*. Høng: Forlaget FCT. Eligius.
9. Gilje F. 1992. Being There. An Analysis of the Concept of Presence. I: Gaut D. (red). *The Presence of Caring in Nursing* (pp 53-67). New York: National League for Nursing.
10. Schibbye ALL. 2002. *En dialektisk relasjonsforståelse i psykoterapi med individ, par og familie*. Oslo: Universitetsforlaget.
11. Vatne S. 2006. *Korrigere og anerkjenne*. Relasjonens betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal akademisk.
12. Benner P. og Wrubel J. 1989. *The primacy of caring*. Menlo Park, California: Addison-Wesley.
13. Martinsen K. 2006. *Samtalen, skjønnhet og evidensen*. København: Gad.



Harald A. Nygaard, professor emeritus, dr.med.

NKS Olaviken Alderspsykiatriske sykehus og Seksjon for geriatri, Universitetet i Bergen

Obstipasjon hos personer med demens

«Omkring 40 prosent av beboere i norske aldersinstitusjoner får ikke komme på toalettet når de ønsker det/har behov for det.»

Det finnes ingen allmenn definisjon av obstipasjon, eller hva folk i sin alminnelighet mener med treg mage. I klinisk praksis er det definert som færre enn to eller tre avføringer per uke. Eldre derimot synes ofte å betegne anstrengelser ved avføring som treg mage, uavhengig av avføringshyppighet (1). Treg mage øker med alderen, og det er vanligere hos sykehjemspasienter enn hos hjemmeboende eldre. Behandling av obstipasjon krever samarbeid fra pasient, og håndteringen byr på ekstra utfordring hos personer med demens. Nedenfor følger en innføring i en del problemer knyttet til obstipasjon.

Tarmens funksjon

Fordøyelsesorganenes oppgave er å ta opp tilført ernæring, løse den opp, fordøye den, det vil si suge opp næringsstoffene og kvittere slaggproduktet feces (ekskremer, avføring). Uten at tilført næring omdannes til nærmest en tynn grøt kan næringsstoffene ikke suges opp. I løpet av døgnet tar vi til oss omtrent 1,5 liter væske. I tillegg produserer kroppen ca seks liter fordøyelsessaft i form av spytt, galle og saft fra mage og bukspyttkjertel. I tarmen eltes tarminnholdet slik at mest mulig av det kommer i kontakt med tarmslimhinnen. Sammen med næringsstoffene blir mesteparten av tilført væske og fordøyelsessaft (ca 7,4 liter) reabsorbert.

Tykkarmens bevegelser styres av et nervenettsverk. Dette tilhører det autonome nervesystem, det vil si at det fungerer selvstendig uten viljens kontroll og blant annet benytter samme signalsubstanser som hjernen, for eksempel acetylkolin, serotonin og dopamin. Tiden tarminnholdet trenger for å passere gjennom magepose og tynntarm endres ikke nevneverdig med alderen, mens passasjen gjennom tykkarmen blir tydelig forlenget (2). Når mageposen utvides i forbindelse med et måltid, utløses kontraksjoner

i tykkarmen, den såkalte gastrokoliske refleks, som på sin side fører til defekasjonstrang¹. Selve defekasjonstrangen utløses av at endetarmen utvides når tarminnhold forskyves fra nedre del av tykkarmen og ned i endetarmen.

Avføringsvaner og hva som oppfattes som normal avføringshyppighet varierer. Enkeltindivider har høyst varierende oppfatning av hva de mener med «normal» og «treg» mage. Noen definerer som nevnt obstipasjon som færre enn tre eller to avføringer ukentlig. Andre hevder at man kun kan snakke om obstipasjon ved uregelmessig kvittering av hard avføring og/eller at defekasjonen er smertefull. Med sistnevnte definisjon er det vist at 26 prosent av menn og 34 prosent av kvinner over 65 år lider av obstipasjon (3).

Aldersforandringer i mage- og tarmsystemet

Det er påvist at tettheten av nettverket av nerveceller i tykkarmen avtar med alderen (4). Imidlertid har nettverket stor reservekapasitet slik at tarmfunksjonen fungerer normalt inntil tapet av nerveceller er meget stort. Det kan synes som om funksjonssvikten er mest uttalt hos personer over 85 år. Endringene i det autonome nervesystemet forverres ytterligere hos personer med nevrologiske sykdommer som for eksempel Parkinsons sykdom og demens og som følge av legemiddelbivirkninger (4) (se nedenfor). Konsekvensen av disse forandringene er langsommere tarmbevegelighet og økt obstipasjonstendens.

Forhold som kan medvirke til obstipasjonstendens

Det er sannsynlig at fiberfattig kost og lavt inntak av væske er viktige medvirkende årsaker. Obstipasjon kan forverres, men også utløses av forandringer i

¹) Defekasjon er den fysiologiske funksjon hvor organismer kvitter seg med faste eller halvaste avfallsprodukter. (<http://no.wikipedia.org>)

endetarmen som for eksempel hemorroider, rifter i endetarmens slimhinne og fremfall av endetarmen (prolaps). Svekkelse av bekkenbunnen, for eksempel etter fødsler, kan også medvirke til obstipasjonstendens.

Mange sykdommer ledsages av obstipasjon. Dette kan skyldes mekanisk obstruksjon² ved for eksempel kreft i tykktarmen, smerter grunnet rifter i endetarmens slimhinne, metabolske sykdommer som diabetes mellitus og lavt stoffskifte og sykdommer som depresjon, hjertesykdom, Parkinsons sykdom og demens. Generell nedsatt fysisk aktivitet fører også til nedsatt aktivitet i tarmene. Personer som lider av sykdommer som innskrenker førligheten, for eksempel artrose i hofter og knær, har ofte vansker med å komme seg til toalettet. Resultatet er at de blir tilbøyelige til å undertrykke defekasjonstrangen, med den følgen at den gastrokolske refleksjonen gradvis svekkes og slik baner vei for en obstipasjon. Mange legemidler har obstipasjon som vanlig bivirkning, eksempelvis kalsium, antipsykotika, Detrusitol (brukes ved urininkontinens), antidepressiver, jern, ACE-hemmere (hjertemedisin), tiazider (vanndrivende), Isoptin, Verakard (hjertemedisin), smertestillende, kolesterolsenkende, Titalac, antihistaminer, diazepam (Valium, Vival, Stesolid).

Hos mange personer med demens inntreer en tiltagende passivitet. Noen blir rullestolspasienter og andre sengeliggende store deler av dagen. Dette fører til nedsatt aktivitet i tarmene. Svekkelse av defekasjonsrefleksjonen fører til stuvning av harde avføringsklumper både i endetarmen og lenger oppover i tykktarmen. Samtidig blir endetarmens indre lukkemuskel slappere. Opphopningen av hard avføring irriterer tarmslimhinnen med utsondring av sekret som resultat. Følgen er at det begynner å sive tyntflytende feces (inkontinens for avføring). Ikke sjelden feiltolkes og behandles dette som diaré. Tilstanden forekommer dessverre ikke så sjelden hos personer som er kronisk sengeliggende. En annen komplikasjon ved obstipasjon er økt risiko for tarmblødning.

Alvorlig obstipasjon og opphopning av avføring i endetarmen kan føre til forskyvning av urinblære og avklemming av urinrøret. Dette kan føre både til urinretensjon og urininkontinens. Hos kvinner kan en oppfylt endetarm fungere som en forstørret prostata hos menn.

Hva er spesielt med personer med demens?

Aldersforandringene i tykktarmen bidrar i seg selv til svekkelse av tarmens bevegelighet og evne til å drive tarminnholdet fremover. De degenerative forandringene hos personer med Parkinsons sykdom og ved

Alzheimers sykdom kan bidra til at obstipasjon blir mer uttalt. Som følge av sykdomsutviklingen svekkes ikke

bare hukommelsen, men i mange tilfeller også evnen til å forstå og gi uttrykk for kroppens egne signaler. I mange tilfeller kan man få inntrykk av at både avføringstrang og å bli plassert på et toalett er angstskapende og at avføringstrangen blir undertrykket. Å sitte på en dostol gir heller ikke de rette assosiasjonene.

Underernæring er et problem hos mange personer med demens. På sykehjem i Helsinki fant man at svelgevansker, obstipasjon og demens var risikofaktorer for å bli underernært (6). I slike tilfeller kan personer med demens lett havne i en vond sirkel: Underernæring bidrar til obstipasjon, som igjen kan føre til nedsatt appetitt med reduksjon av nærings- og væsketilførsel, som igjen forsterker obstipasjonstendensen.

I en studie fra sykehjem, hvor man undersøkte potensielt påvirkelige faktorer som var assosiert med aggressiv atferd, fant man at personer med demens som led av obstipasjon, hadde 30 prosent større sannsynlighet for å være fysisk aggressive enn personer som ikke var obstipert (7).

Behandling

Her skal behandlingsalternativene kun summarisk skisseres. Obstipasjon er vanlig hos gamle mennesker. I sykehjem er avføringsmidler den legemiddeltypen som flest pasienter benytter (60 prosent), og bruken er vanligst blant personer med demens (8).

Prinsipielt er behandlingen av obstipasjon uavhengig av mental status. Enhver som har arbeidet med eldre pasienter vet at dette ofte er en vanskelig oppgave. Det finnes imidlertid påfallende liten dokumentasjon med hensyn til langtidseffekten av avføringsmidler. Det er ikke alltid like lett å få eldre til å øke bruken av fiberholdig kost, men det nytter. I en undersøkelse som ble utført med personer med demens som bodde på sykehjem, sammenliknet man avføringsvaner og bruk av avføringsmidler hos personer som fikk fibertilskudd, med en kontrollgruppe. I behandlingsgruppen registrerte man en økning av avføringshyppigheten samtidig som bruken av avføringsmidler ble redusert med 93 prosent (9). Samtidig ble reguleringen av sukkersyke bedret. Tilstrekkelig væsketilførsel er en forutsetning for at tiltak skal ha noen hensikt. Det må stimuleres til mest mulig fysisk aktivitet. Volumøkende, som kli og Vi-Siblin, og osmotisk³ virkende midler (for eksempel Duphalac og sorbitol, som er konsentrert kunstig sukker som ikke suges opp i tarmen⁴) er førstehåndsmidler. Dette holder avføringen myk. Bruken av legemidler som stimulerer tarmfunksjonen (for eksempel Pørsennid) har stor utbredelse. I dyreforsøk er det imidlertid vist at senna (Pørsennid) fører til svekkelse av tarmmuskulaturen (10). Det kan være en medvirkende faktor til at langtidsbruk kan føre til utvidelse av tarmen og i det lange

² Obstruksjon: forstoppelse.

løp forsterke symptomene. Disse medikamentene bør derfor kun brukes i perioder. Enkelte kan ha nytte av klystér (for eksempel Klyx). Avføringsmidlet Microlax fører også til osmotisk økning av volumet i endetarmen. Effekten av disse medikamentene avtar eller uteblir når sensitiviteten i endetarmen er nedsatt.

Når personer med demens taper kontroll over sin hverdag er det viktig at omsorgspersonene hjelper dem til å opprettholde daglige rutiner. Med hensyn til avføringsrutiner er det viktig at man forsøker å opprettholde vaner som er tilpasset fysiologiske funksjoner, for eksempel at man gjør det mulig for vedkommende å komme på toalettet i tilslutning til et måltid. På det området finnes det sikkert et forbedringspotensiale. Omkring 40 prosent av beboere i norske aldersinstitusjoner får ikke komme på toalettet når de ønsker det/har behov for det (11). I sykehjem er det ikke uvanlig med såkalte tømmingsregimer, men disse er oftere tilpasset sykehjemmets rutiner enn kroppens naturlige funksjoner. Når den fysiologiske rytmen først er forstyrret og refleksene er svekket er det vanskelig å få det hele på rett kjøll igjen.

³⁾ Osmose: Dersom to vannløsninger (tarminnhold og væsken i tarmslimhinnen) er skilt ved en halvgjennomtrengelig membran (tarmslimhinnen), vil vann bevege seg fra stedet med lavere saltkonsentrasjon (tarmslimhinnen) til stedet med høyere saltkonsentrasjon (tarminnholdet). Dette øker tarmvolumet og fører til at tarminnholdet blir mer flytende.

⁴⁾ Flere sukkerfrie drops inneholder sorbitol og kan føre til diaré ved inntak av større mengder.

Referanser

1. Harari D et al. How do older persons define constipation? Implication for therapeutic management. *Journal of General Internal Medicine* 1997; 12: 63-66.
2. Madsen J, Graff J. Effects of ageing on gastrointestinal motor function. *Age and Ageing* 2004; 33:154-159.
3. Romero Y et al. Constipation and fecal incontinence in the elderly population. Symposium on Geriatric - part VII. Mayo Clinic Proceedings 1996; 71: 81-82.
4. Wade P. Aging and neural control of the GI tract I. Age-related changes in the enteric nervous system. *American Journal of Physiology. Gastrointestinal and liver physiology* 2002; 283: G489-G495.
5. Hall K. Aging and neural control of the GI tract II. Neural control of the aging gut: can an old dog learn new tricks? *American Journal of Physiology. Gastrointestinal and liver physiology* 2002; 283: G827-832.
6. Suominen M et al. Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *European Journal of Clinical Nutrition* 2005; 59:578-583.
7. Leonard R et al. Potentially modifiable resident characteristics that are associated with physical or verbal aggression among nursing home residents with dementia. *Archives of Internal Medicine* 2006; 166:1295-1300.
8. Nygaard HA et al. Nursing home residents and their drug use: a comparison between mentally intact and mentally impaired residents. The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) Study. *European Journal of Clinical Pharmacology* 2003; 59:463-469.
9. Sandman P-O et al. Treatment of constipation with high-bran bread in long-term care of severely demented elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 1983; 31: 289-293.
10. Nadal SR et al. Effects of long-term administration of senna occidentalis seeds in the large bowel of rats. *Pathology Research and Practice* 2003; 199: 733-737.
11. Engedal K et al. *Skal, skal ikke...* Rettighetsbegrensninger og bruk av tvangstiltak i behandling og omsorg av personer med demens. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2001.

NORDISK KONFERANSE om aldring hos mennesker med utviklingshemning

29. og 30. mai 2007

En nordisk konferanse om aldring hos mennesker med utviklingshemning arrangeres 29. og 30. mai på Holmenkollen Park Hotel Rica i Oslo.

Konferansen arrangeres i et samarbeid mellom Utviklingsprogrammet

Aldring hos mennesker med utviklingshemning (UAU) og Nordiska samarbetsorganet för handikappfrågor (NSH). Målet med konferansen er å fremme samarbeid og kunnskapsutveksling om aldring hos mennesker med utviklingshemning i de nordiske landene.



UAU

Aldring hos mennesker
med utviklingshemning

Britt Evy Westergård, prosjektleder i UAU,
britt-evy.westergaard@aldringoghelse.no
Tlf. +47 993 56 380.

For mer informasjon: www.aldringoghelse.no/uau/pdf/Nordisk.pdf



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

GLIMT FRA *Demensdagene* *2006*

SAMHANDLING ELLER KANSKJE OVERSTYRING?

Demensdagene i regi av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse trekker folk som aldri før. I begynnelsen av desember var omkring 700 personer samlet i Oslo kongressenter til det tiende arrangementet i rekken, og mange måtte ta til takke med plass på venteliste. Hovedtema var «Fra utredning til omsorg i praksis – samhandling på alle plan?» Flere av foredragsholderne vektla samhandling med den enkelte person med demens, men også de forskjellige etater og nivåer i helse- og omsorgsvesen må tenke og handle med felles utgangspunkt og mål for at hjelpen de yter skal bli god.

Tenk på individet!

– Både personer med demens og deres pårørende trenger en vifte av tilbud, og tilbudene skal ikke være like til alle, sa professor Bob Woods fra University of Wales. Han gikk gjennom to metaanalyser som til sammen omfattet omkring 100 studier. De viste at støttende intervensjon i forhold til pårørende kan gi gode resultater:



Bob Woods og Ingun Ulstein har mange felles erfaringer og synspunkter på støttende innsats overfor personer med demens og deres pårørende. Ulsteins doktorarbeid «Demens i familien» har dette som et vesentlig punkt. (Se for øvrig intervju s. 28)

- Best effekt og varig virkning ga mestringslæring (psykoedukativ tilnærming) og psykoterapi for pårørende
- Psykisk nedtrykthet minsket hos omsorgsgivere
- I fire av sju studier utsatte intervensjonen innleggelse i sykehjem
- I Australia viste to ukers intens mestrings- og sykdomslære til pasient og pårørende fremdeles resultater åtte år etter
- I New York ga et tilbud på seks samlinger pluss adgang til telefonkontakt for råd og veiledning, gjennomsnittlig 557 dagers utsettelse av sykehjemsinnleggelse.

Hele 25-40 prosent av omsorgsgivere til personer med demens har depresjon og spenninger, ifølge Bob Woods.

Han regnet opp forskjellige tilbud som burde være tilgjengelige og skreddersydde for pårørende og personer med demens, ifølge NICE's Guidelines 2006 (NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence, England). For å nevne noe:

– Dagtilbud må være tilstrekkelige og av god kvalitet for å gi resultater. Tilbudene bør blant annet omfatte dagsenter, avlastning hjemme dag og natt og avlastning på institusjon.

Da er det på sin plass å minne om at bare 3,9 prosent av hjemmeboende personer med demens i Norge har tilbud om tilrettelagt plass i dagsenter. Andelen har gått ned fra 4,4 prosent i 2000/2001¹.

Mer om NICE Guidelines 2006 på internett: www.nice.org.uk

Tenk på individets kulturelle bakgrunn!

Professor Sirkka-Liisa Ekman er ansatt på Karolinska institutet i Stockholm, seksjon for sykepleie. Hun er blant annet opptatt av hvordan vi kan gi god omsorg til

¹) Eek & Nygård (2006): Lysning i sikte? Tilbud til personer med demens i norske kommuner. Landsdekkende undersøkelse. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

personer som tilhører etniske minoriteter. Det gjelder både grupper som finnes nasjonalt, eksempelvis samer, og arbeidsinnvandrere, flyktninger og personer som kommer hit gjennom familiegjenforening. Alle grupper – og individer – har ulike problemer og behov, understreker Ekman.

– Særlig blir våre kunnskaper og holdninger satt på prøve når vi skal gi omsorg til personer med demens. Da oppstår gjerne ekstra store problemer med verbal og ikke-verbal kommunikasjon. Det sist innlærte språket forsvinner først, og ansiktsuttrykk kan bli mer og mer utydelige gjennom sykdomsutviklingen. Det er avgjørende at omsorgspersonalet lærer seg noe om vedkommende pasients kultur og livshistorie.

Det lyder selvsagt, for det er allment anerkjent at personalet må kjenne livshistorien til etnisk norske pasienter for å kunne gi dem god omsorg. Men hvordan skal man klare dette når omsorgspersonalet er norsk og pasientene kommer fra forskjellige land og kulturer?

– Dette varierer fra sted til sted, men i Stockholm har svært mange ansatte i eldreomsorgen utenlandsk opprinnelse. Dermed kan det bli svensketniske eldre som får omsorg fra ansatte med annen kulturell bakgrunn, og man får illustrert den situasjonen eldre med minoritetsetnisk bakgrunn opplever mange steder. Jeg synes man skal lage egne boenheter eller dagsentre for personer fra de enkelte land eller etniske grupper, og som de står fritt til å benytte.

Er ikke dette det motsatte av integrering?

– Jeg mener at man skal diskutere nøye hva integrering egentlig betyr. Når du likevel er segregert og isolert i et svensk- eller norskspråklig botilbud, der ingen kan snakke med deg, ser jeg ikke mitt forslag som noe negativt. Flytter du til et botilbud der alle forstår hva du sier og kjenner din kulturelle bakgrunn, blir du jo integrert i det miljøet. Når mennesker er kommet dit hen at de ikke lenger kan lære seg nye språk og kanskje har mistet de språk de har kunnet, har de et stort behov for tryggheten som kulturfellesskap kan gi. Da kan det vel ikke være riktig å tvangsintegrere dem inn i noe som oppleves fremmed for dem? Små enheter og satsning på omsorg fra pårørende er riktig for mange med minoritetsetnisk bakgrunn. Mange grupper har tradisjon for det. I boenhetene og dagsentrene kunne man satse på å bruke arbeidskraft fra de landene som enhetene er laget for, og tilby omsorgsutdanning til dem som kan tenke seg å jobbe der. Dermed skaper man arbeidsplasser til mange som nå er arbeidsledige, og man gir et godt tilbud til mennesker som ellers lett kan falle utenfor når de har behov for hjelp.



Sirkka-Liisa Ekman



Mette Søndergaard

Hvem er de klokeste?

– Skal vi lytte til pasientene, eller er vi de klokeste, spurte ergoterapeut Mette Søndergaard fra Odense i Danmark i det mest halsbrekkende innslaget på fjorårets Demensdager. Med et kroppsspråk hinsides enhver beskrivelse fikk hun jubelen i taket og stor applaus til takk. Men det hun sa, var alvorlig nok:

- «Når vi er uenige om hva en pasient trenger, hvorfor ikke flytte spørsmålet dit det hører hjemme – hos pasienten?»
- «Vi er alle omgitt av inntrykk som påvirker oss. Når vår egen hjerne er aller trettet, er den mest lik en hjerne med demens.»
- «Når Ola roper og slår i bordet – kan det være en reaksjon på altfor mange inntrykk fra omgivelsene?»
- «Aktivitet er ikke noe som skal foregå mellom håndleddet og fingertuppene. Utvid aktivitetsbegrepet – samtale er en viktig aktivitet!»
- «Nytelse er en aktivitet som krever liten hjerneaktivitet, og vi bør spørre: Hva kan Ola nyte nå?»

Mette Søndergaard har skrevet boken «Demens og aktiviteter» som blir omtalt i et senere nummer av Demens & Alderspsykiatri.

Frontallappsdemens – vanskelig for alle parter

– Frontallappsdemens rammer både unge pasienter og unge pårørende, og de trenger stor grad av oppmerksomhet.

Dosent dr. med. Ulla Passant ved Psykogeriatrisk klinikk i Lund har arbeidet i 20 år med yngre personer med demens, særlig pasienter med frontallappsdemens. Hun har erfart hvor lite helsevesen og hjelpeapparat for øvrig har å stille opp med overfor denne gruppen, og hvor liten oppmerksomhet de får fra forskerhold: 1. desember 2006 var det i databasen PubMed 50 681 artikler om Alzheimers sykdom, mens bare 1 465 omhandler frontallappsdemens (2,9 prosent). Alzheimers sykdom og omsorgsgivere var temaet i 1 804 artikler, mens frontallappsdemens og omsorgsgivere kun var omtalt i 34 artikler (1,9 prosent). Dette til tross for at omkring 20 prosent av yngre personer med demens har denne lidelsen, og at språkforstyrrelser, emosjonelle forstyrrelser og atferdsforstyrrelser som følge av sykdommen kan gjøre tilværelsen fullstendig kaotisk – ikke minst for pårørende.

I dette perspektivet er det ekstra hyggelig at Ulla Passant har lovet å skrive en artikkel om frontallappsdemens i et senere nummer av Demens & Alderspsykiatri.

Merk av på kalenderen: Demensdagene 2007 arrangeres i Oslo 4. - 5. desember!

Leon Jarners Forskningspris 2006

Prisvinner: Pårørende stiller opp!



Leon Jarners Forskningspris 2006 ble utdelt for sjuende gang under Demensdagene 2006. Vinner ble psykiater og stipendiat Ingun Ulstein ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og Sykehuset Innlandet HF. Hun fikk prisen for sitt forskningsarbeid *Demens i familien*. Prisen er på 50 000 kroner.

I nummer 4 av DEMENS 2006 skrev Ingun Ulstein artikkelen *Belastningsskala – pårørende: Et nyttig instrument i arbeidet med å kartlegge pårørendes situasjon og deres behov?*

Hun har også tidligere skrevet i DEMENS om sin studie som tar opp pårørendes situasjon, og etter en prisutdeling er det naturlig å spørre hva som er hennes hovedbudskap:

– Vi hører ofte om den travle og effektive hverdagen, om familier som splittes og der man ikke bryr seg lenger. Denne studien har vist det motsatte. Pårørende til personer med demens er i stor grad til stede, de er svært engasjerte i og opptatte av livskvaliteten til familiemedlemmet som har demens. De er villige til å strekke seg langt for at familiemedlemmet med demens skal ha det best mulig og kunne bo hjemme lengst mulig.

Hvilket inntrykk har du fått av den støtten pårørende får av hjelpeapparatet?

– Halvparten av pasientene i min studie befinner seg i tidlig sykdomsfase, der mange pårørende opp-

lever at de takler utfordringene ganske godt. Men jeg har også møtt mange pårørende som er kommet dit hen at de ber om hjelp. Mange opplever at de får svært god hjelp, mens andre opplever at de verken blir trodd eller får tilfredsstillende hjelp.

Forskjellig intervensjon til forskjellige personer!

Ingun Ulstein har gjort en studie på intervensjon i forhold til pårørende med demens¹. Tilbudet gikk ut på en individualisert tilnærming på hukommelsesklinikken og deltakelse i gruppe sammen med andre pårørende, der de får opplæring i hvordan man kan løse konkrete problemer knyttet til sykdommen. Døtre som gjerne er dobbeltarbeidende og travle, ser ut til å ha størst nytte av denne type intervensjon, ifølge Ulsteins studie.

– Det ser ut til at kvinnelige pasienter får mindre grad av problematferd når deres pårørende (ektemenn og døtre), har deltatt i problemløsningsgruppe.

¹) Artikkel i DEMENS nr. 2/2005: Demens i familien. Har kunnskapen betydning for pårørendes opplevelse av stress? (red.)

Hustruer som vanligvis er eldre og ofte har vært hjemmearbeidende, ser ut til å ha behov for et sted der de kan sette ord på følelser. Det kan hende de har mer nytte av en individuell samtalepartner. Hvis de er deprimerte må de dessuten få hjelp til å komme ut av depresjonen. Når det gjelder sønner, vet jeg ikke hva de har utbytte av, for det har vært for få av dem inkludert i min studie.

Også pårørendeskoler har vært gjenstand for Ingun Ulsteins forskning. Dette feltet har Regjeringen signalisert at det skal satses mer på, og Ulsteins funn er derfor av stor interesse.

– Deltakelse på pårørendeskole gir pårørende opplevelse av økt kompetanse, noe som både har ført til redusert belastning hos dem selv og mindre forekomst av problematferd hos pasienten. Dette finner vi ved undersøkelse etter avsluttet kurs og vel et halvt år senere. Gjennomgående hadde de pårørende som ble rekruttert til min studie gjennom pårørendeskoler, et familiemedlem som var kommet lenger i sykdomsutviklingen enn de som ble rekruttert gjennom hukommelsesklinikkene. De fleste pårørende i denne gruppen var voksne barn som ikke bodde sammen med pasienten, og det er muligens en grunn til at de profiterte på tilbudet. En annen grunn tror jeg er at denne gruppen var sulteforet på informasjon, og at de her lærte noe nyttig.

Ingun Ulstein er naturlig nok glad for den varslede satsingen på pårørendeskoler.

– Det er kjempebra. Dette åpner opp for et tettere samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er å ta lovverket på alvor, hvor det står at spesialisthelsetjenesten blant annet skal ivareta opplæring av pårørende og drive med kompetanseoverføring overfor primærhelsetjenesten. Små kommuner bør gå

sammen om å lage pårørendeskoler og stille krav til spesialisthelsetjenesten, slik at de stiller opp med fagfolk i undervisningen.

Et annet nyttig tilbud overfor pårørende har vist seg å være en pårørendekonsulent plassert i hjelpeapparatet. Dit kan pårørende ringe når det røyner på, noe som gir trygghet i en vanskelig situasjon. Dette bør kommunene satse mer på, mener Ingun Ulstein.

– Det er behov for et lavterskeltilbud. Mange opplever at tilgangen på informasjon om demens er for dårlig. Men i det store og hele er jeg enig i det professor Bob Woods sa i sitt foredrag: Det er behov for en vifte av tilbud, for alle har forskjellige behov.

Juryen for Leon Jarners Forskningspris 2006 har bestått av overlege Sigurd Sparr, UNN, professor Inger Hilde Nordhus, UiB og professor Olav Sletvold, NTNU.

Tidligere vinnere

Dag Årslund (2000), Arne Fetveit (2001), Brit Standnes (2002), Anne Rita Øksengård (2003), Øyvind Kirkevold (2004), Carmen Janvin (2005).

Artikler av Ingun Ulstein i DEMENS

Fylkeskommunal hukommelsesklinikk – erfaringer etter halvannet års drift.

(DEMENS nr. 3/2000. Medforfatter: Elin Lillehovde)

Demens i familien. Har kunnskaper betyning for pårørendes opplevelse av stress? (DEMENS nr.2/2005)

Belastningsskala pårørende: Et nyttig instrument i arbeidet med å kartlegge pårørendes situasjon og deres behov? (DEMENS nr. 4/2006)



Carmen Janvin, psykolog, Alderspsykiatrisk poliklinikk, Stavanger universitetssykehus.

Nevropsykologiske forandringer hos pasienter med Parkinsons sykdom – konsekvenser for behandling og prognose

Kognitiv svikt er vanlig hos pasienter med Parkinsons sykdom (PS). Både hos personer med mild kognitiv svikt og ved demens er svikt i eksekutive¹ og visuospatiale² funksjoner det typiske, men undergrupper med ulik kognitiv profil er beskrevet. Dårlig prestasjon ved enkle nevropsykologiske tester (for eksempel Stroop³), gir økt risiko for senere utvikling av demens. Kognitiv testing bør følgelig utføres regelmessig på pasienter med PS.

Parkinsons sykdom kjennetegnes av et motorisk syndrom karakterisert av hviletremor, bradykinesi⁴, rigiditet og posturale⁵ forandringer. I tillegg er PS ofte assosiert med nevropsykiatriske symptomer som kognitiv svikt og demens, depresjon, synshallusinasjoner og apati. PS betraktes derfor i dag som et nevropsykiatrisk syndrom⁶ heller enn en ren nevrologisk sykdom. Denne endring av fokus har ført til et bedre tilbud med hensyn til behandling og oppfølging av pasienter med PS. Samtidig har det bidratt til å stimulere forskning på ulike aspekter ved PS.

Hyppigheten av demens ved PS er cirka 30 prosent (1). I et senere arbeid angis prevalensen til nærmere 80 prosent alt etter hvor lenge pasientene lever (2), og pasienter med PS har seks ganger større risiko for å utvikle demens enn personer uten PS (3). I en britisk populasjonsbasert studie fant man kognitiv svikt hos 36 prosent av pasienter med mindre enn to års varighet av PS (4). Eksekutiv svikt er symptomet som forekommer hyppigst ved PS etterfulgt av hukommelses-, visuospatial- og oppmerksomhetssvikt.

Resultater fra ulike studier har vist at kognitiv svikt ved PS er forbundet med økt sannsynlighet for innleggelse i sykehjem, økt pårørendebelastning og redusert livskvalitet (5,6,7). Behovet for kunnskap om ulike aspekter ved kognitiv svikt og demens ved PS er derfor stort. På bakgrunn av motoriske symptomer kan man definere ulike subgrupper av parkinsonpasienter, men få studier har undersøkt om det også finnes kognitiv heterogenitet⁷ ved PS. Identifisering av ulike kognitive profiler vil kunne ha konsekvenser for diagnostikk, prognose og behandling.

En annen uavklart problemstilling ved PS er om kognitiv svikt er en stabil tilstand eller om den kan betraktes som en tidlig manifestasjon av demens.

Målsetting

Prosjektet om nevropsykologiske forandringer ved PS er en del av Stavanger Parkinsonsstudie som startet i 1992. Arbeidet med prosjektet er blitt gjennomført ved Senter for klinisk neuroforskning ved Stavanger universitetssykehus og ved Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser. Professor Dag Aarsland (Senter for klinisk neuroforskning) og professor Jan Petter Larsen (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser) har vært primus motor for Stavanger Parkinsonsstudie og har bidratt med verdifulle innspill til mitt forskningsprosjekt.

Mitt prosjekt hadde som formål å studere 1) hyppigheten og typen av kognitive symptomer ved PS, 2) hvilke kognitive symp-

7) Heterogenitet: uensartethet.

1) Eksekutiv funksjon: evne til å planlegge, tenke fremover, treffe adekvate avgjørelser og styre pågående aktivitet.

2) Visuospatial funksjon: har med romoppfatning å gjøre.

3) Stroop test: en test på mentalt tempo og oppmerksomhet.

4) Bradykinesi: langsomhet i bevegelser.

5) Postural: som har å gjøre med kroppstilling eller holdning.

6) Syndrom: sammenstilling av karakteristiske symptomer og tegn som ofte forekommer samtidig.

tomer som kan predikere senere demensutvikling, 3) forholdet mellom mild kognitiv svikt og senere demensutvikling, og 4) kognitive profiler innen gruppen av pasienter med PS og demens og sammenligne dem med kognitive profiler ved demens ved Lewy-legemer og Alzheimers sykdom.

Metoder

Utvalget på 139 pasienter ble rekruttert fra en epidemiologisk studie om PS i Rogaland som ble påbegynt i 1992 (8). I løpet av 1996/1997 ble disse pasientene invitert til å delta i dette prosjektet. Pasientene gjennomgikk nevrologisk, nevropsykologisk og psykiatrisk undersøkelse. Av 139 pasienter var 76 uten demens, mens 58 hadde demens og fem fikk diagnosen mulig demens. Av de 76 pasientene uten demens ble 60 undersøkt på nytt fire år senere. I tillegg ble 38 eldre friske personer, 62 pasienter med demens med Lewy-legemer fra San Diego, USA, og 39 pasienter med Alzheimers sykdom fra Alderspsykiatrisk poliklinikk, Stavanger universitetssykehus, undersøkt.

Diagnostikk og undersøkelse

Diagnosen PS ble stilt basert på anerkjente kriterier (9) etter nevrologisk undersøkelse. Alvorlighetsgraden av motoriske symptomer ble vurdert ved hjelp av Unified Parkinson's Disease Rating Scale (10), mens stadiet av PS ble vurdert ved hjelp av Hoehn og Yahr skala (11).

Deltakerne gjennomførte Mini Mental Status Examination (MMSE) (12) og Dementia Rating Scale (DRS) (13). DRS er en kognitiv screeningtest som ofte anvendes til vurdering av kognitiv fungering ved subkortikal demens. DRS måler oppmerksomhet, initiering og perseverering⁸, begrepsdannelse, konstruksjon og hukommelse.

Pasienter med PS og MMSE-skåre over 16, samt de friske kontrollene, gjennomførte et nevropsykologisk testbatteri bestående av tester følsomme for kognitiv svikt som er typisk for PS: 1) Benton Visual Retention Test (BVRT) (14): visuell hukommelse, testpersonen gjenkjenner figurer som ble vist tidligere, 2) Judgment of Line Orientation (JLO) (15): visuospatiale evner, testpersoner bedømmer vinkel og avstand, 3) Stroop Word Test (SWT) (16): eksekutive funksjoner, testpersonen får se navn på farger som er trykket med blekk med ulike farger. Oppgaven er å si navnet på fargen ordet er trykket med i stedet for det som faktisk står skrevet.

Diagnosen demens ble stilt basert på DSM-IIIIR kriterier (17), strukturert intervju med pårørende samt prestasjon ved kognitiv screening og nevropsykologiske tester.

Mild kognitiv svikt ved PS ble definert med bakgrunn i begrepet «mild cognitive impairment» (MCI) som anvendes for å beskrive det prekliniske stadiet av Alzheimers sykdom (18). Pasientene hadde MCI dersom følgende kriterier ble tilfredstilt:

- Prestasjon på minst 1,5 standard avvik under gjennomsnittet for kontrollgruppen på en, to eller alle de tre nevropsykologiske tester
- Intakt ADL fungering
- Demenskriteriene ikke til stede.

Basert på prestasjonen ved de nevropsykologiske testene og med utgangspunkt i typer MCI beskrevet i litteraturen (18), ble tre typer MCI identifisert: amnestisk MCI (redusert prestasjon kun ved hukommelsestesten), enkelt domene MCI (redusert prestasjon enten ved den visuospatiale testen eller den eksekutive testen med intakt prestasjon ved hukommelsestesten) og global MCI (redusert prestasjon ved alle testene).

Resultater

Våre resultater viser at 42 prosent av pasientene hadde utviklet demens i løpet av en fireårs periode. Prestasjonen ved Stroop var assosiert med senere utvikling av demens. Denne sammenhengen var signifikant også etter kontroll for alder, kjønn, utdanning og alvorlighetsgrad av motoriske symptomer ($p=0,005$).

Vi fant at 53 prosent av pasientene med PS uten demens ble diagnostisert med MCI. Av disse ble 16 prosent diagnostisert med amnestisk MCI, 45 prosent med enkelt domene MCI, og 39 prosent med global MCI. Fire år senere hadde 62 prosent av pasientene med MCI utviklet demens, sammenlignet med kun 20 prosent av de kognitivt intakte pasientene ($p=0,001$).

:kort om

Parkinsons sykdom og kognitiv svikt:

Parkinsons sykdom kjennetegnes av et motorisk syndrom karakterisert av skjelving, langsomme bevegelser, stivhet og forandringer i kroppsholdning.

Sykdommen er ofte assosiert med nevropsykiatriske symptomer som kognitiv svikt og demens, depresjon, synshallusinasjoner og apati.

Cirka 30 prosent av personer med Parkinsons sykdom har demens.

I studien som beskrives i artikkelen hadde 42 prosent av pasientene utviklet demens i løpet av en fireårs periode. Kognitiv svikt er vanlig også hos pasienter med Parkinsons sykdom uten demens.

Tidlig identifisering av pasienter med kognitiv svikt og mild demens kan ha viktige konsekvenser for prediksjon av demens, diagnostikk, videre oppfølging og eventuell behandling.

⁸) Perseverering: tendens til ufrivillig å gjenta eller repetere ord, setninger eller handling.

Denne forskjellen var statistisk signifikant, også etter kontroll av alder, kjønn, utdanning og alvorlighetsgrad av motoriske symptomer ($P=0,006$). Altså utvikler cirka 15 prosent av pasientene med PS og MCI demens hvert år. Dette tilsvarer konverteringsraten fra MCI til Alzheimers sykdom i den generelle befolkningen. Dessuten var enkelt domene MCI ($p=0,006$) assosiert med demens etter fire år. Verken global MCI eller amnestisk⁹ MCI var assosiert med senere demens-utvikling ($p=0,46$, $p=0,7$).

Et annet spennende og nytt funn var at vi fant kognitiv heterogenitet også innen gruppen av pasienter med PS og demens. Ved bruk av klyngeanalyse basert på delskårer fra DRS, identifiserte vi blant pasientene med PS, demens med Lewy-legemer og Alzheimers sykdom fire subgrupper med ulik kognitiv profil og grad av demens:

- 31 prosent av pasientene hadde en mild demens og en subkortikal kognitiv profil (svekket prestasjon ved deltestene oppmerksomhet, initiering og perseverering og konstruksjon men bedre prestasjon ved hukommelsesdeltesten)
- 19 prosent av pasientene hadde også en subkortikal kognitiv profil, men moderat grad av demens
- 38 prosent av pasientene hadde moderat demens og en kortikal kognitiv profil (dårlig prestasjon ved hukommelsesdeltesten, men bedre prestasjon med hensyn til oppmerksomhet, initiering og perseverering og konstruksjonsdeltestene)
- 12 prosent av pasientene hadde en alvorlig demens og nedsatt prestasjon ved alle DRS deltestene.

I henhold til vår hypotese om at flertallet av pasientene med PS og demens vil utvise en subkortikal kognitiv profil, fant vi at 56 prosent av pasientene med PS og demens og 55 prosent av pasientene med demens med Lewy-legemer var inkludert i en av subgruppene med subkortikal kognitiv profil sammenlignet med kun 30 prosent av pasientene med Alzheimers sykdom. På den annen side ble 67 prosent av pasientene med Alzheimers sykdom inkludert i subgruppen med kortikal kognitiv profil sammenlignet med 30 prosent av pasientene med PS og demens og 26 prosent av pasientene med demens med Lewy-legemer. Vi fant også at en diagnose av enten PS med demens eller demens med Lewy-legemer var sterkt assosiert med en subkortikal kognitiv profil ($p=0,007$).

Diskusjon

Våre resultater bekrefter at kognitiv svikt er vanlig hos pasienter med PS uten demens, og at den er heterogen i sin presentasjon. Kognitiv heterogenitet var til stede

også hos pasienter med PS og demens, og vår studie er den første som viser dette. De fleste pasientene med mild til moderat demens hadde

en subkortikal kognitiv profil, men en betydelig andel hadde en kortikal kognitiv profil. Pasienter med demens med Lewy-legemer hadde en lignende kognitiv profil, noe som støtter tidligere funn om både klinisk og nevrobiologisk likhet mellom demens med Lewy-legemer og PS med demens (19).

Dårlig prestasjon ved en eksekutiv test (Stroop) ble i vår studie den eneste uavhengige risikofaktoren assosiert med demens. Dette tyder på at eksekutiv svikt er den første manifestasjonen av demens ved PS og at den patologiske prosessen i hjernen sprer seg fra fronto-striatale kretser til hippocampus for til slutt å involvere viktige hjernebarkområder (tinning- og isselappen).

Av pasientene med PS uten demens oppfylte 53 prosent våre kriterier for MCI. De fleste av pasientene med MCI (62 prosent) utviklet demens i løpet av den fire års oppfølgingsperioden sammenlignet med kun en liten andel (20 prosent) av de kognitivt intakte pasientene med PS. Dette er et nytt funn som aldri før er blitt rapportert, og det viser at pasienter med PS og MCI konverterer til demens med en rate som tilsvarer den som man ser i normalbefolkningen. Våre resultater viser at MCI ikke er en stasjonær tilstand ved PS, men at den derimot representerer en tidlig manifestasjon av demens. Pasienter med PS og ikke-amnestisk MCI har større risiko for å få demens sammenlignet med pasienter med PS og amnestisk MCI. Det relativt lave antall pasienter i vår studie gir imidlertid ikke grunnlag for å generalisere våre funn. Store longitudinelle studier er påkrevet for å undersøke om det er forskjeller med hensyn til hvordan ulike typer MCI predikerer senere demensutvikling.

Konklusjon

Kognitiv svikt er vanlig hos pasienter med PS. Dårlig prestasjon ved enkle nevropsykologiske tester (for eksempel Stroop) kan predikere utvikling av demens. Ulike subtyper MCI kan beskrives ved PS. Pasienter med PS og MCI har større risiko for å utvikle demens sammenlignet med kognitivt intakte pasienter. De kognitive profilene beskrevet hos pasienter med PS både med og uten demens, bekrefter at det finnes kognitiv heterogenitet ved PS. I tillegg indikerer disse profilene at det er fronto-subkortikale forandringer som i hovedsak bidrar til demens hos de fleste pasienter med PS.

Implikasjoner

Tidlig identifisering av pasienter med kognitiv svikt og mild demens kan ha viktige konsekvenser for prediksjon av demens, diagnostikk, videre oppfølging og eventuell behandling. Kognitiv testing bør derfor utføres regelmessig på pasienter med PS, da en enkel test, for eksempel Stroop, kan avsløre pasienter med risiko for å utvikle demens. Dessuten vil den nevro-

⁹) Amnestisk: som har med hukommelsestap å gjøre.

psykologiske undersøkelser supplere både pasienter og pårørende med viktig informasjon om hvordan man på best mulig måte kan ivareta pasientens fremtidige behov for pleie og omsorg.

MCI-begrepet ved PS er nytt, og det pågår arbeid for å utarbeide nye kriterier for klassifikasjon av MCI ved PS. Dersom dette blir validert gjennom andre studier kan det gi grunnlag for en bedre forståelse av de ulike nevrokjemiske og nevropatologiske mekanismene som bidrar til kognitiv svikt og demens ved PS. Dessuten kan MCI-begrepet brukes som en teoretisk modell for å utvikle forebyggende farmakologisk

behandling av kognitiv svikt ved PS: ulik behandling for ulike subtyper MCI.

■ caj@sus.no

(Alle fotnoter er ved redaktør)

Carmen Janvin ble tildelt Leon Jarners Forskningspris 2005 for dette emnet. Den 25. januar i år disputerte hun for den medisinske doktorgrad. Demens & Alderspsykiatri gratulerer!

Referanser

1. Aarsland D et al. A systematic review of prevalence studies of dementia in Parkinson's disease. *Movement Disorders* 2005; 20: 1255-1263.
2. Aarsland D et al. Prevalence and characteristics of dementia in Parkinson's disease: an 8-year prospective study. *Archives of Neurology* 2003;60:387-92.
3. Aarsland D et al. Risk of dementia in Parkinson's disease: a community-based, prospective study. *Neurology* 2001; 56: 730-736.
4. Foltynie T et al. The cognitive ability of an incident cohort of Parkinson's patients in the UK. The CamPaIGN study. *Brain* 2004; 127: 550-560.
5. Aarsland D et al. Predictors of nursing home placement in Parkinson's disease: a population-based, prospective study. *Journal of the American Geriatrics Society* 2000; 48: 938-942.
6. Aarsland D et al. Mental symptoms in Parkinson's disease are important contributors to caregiver distress. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1999; 14: 866-874.
7. Schrag A et al. What contributes to quality of life in patients with Parkinson's disease? *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 2000; 69: 308-312.
8. Tandberg E et al. The epidemiology of Parkinson's disease in the county of Rogaland, Norway. *Movement Disorders* 1995;10: 541-549.
9. Larsen J Pet al. Clinical diagnosis of Parkinson's disease. Proposal of diagnostic subgroups classified at different levels of confidence. *Acta Neurologica Scandinavica* 1994; 89:242-251.
10. Fahn S, Elton RL Unified Parkinson's Disease Rating Scale. I S Fahn, Marsden CD, Calne DB, Lieberman A (Red) *Recent development in Parkinson's disease*. Florham Park: Macmillan Health Care Information, 1987; 153-163.
11. Hoehn M M, Yahr MD Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology* 1967; 17: 427-442.
12. Folstein M F et al. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975; 12: 189-198.
13. Mattis S Dementia Rating Scale. I L Bellak, Karasu TB (Red), *Geriatric Psychiatry. A Handbook for Psychiatrists and Primary Care Physicians*. New York, Grune & Stratton, 1976: 108-121.
14. Benton AL *The revised visual retention test* (4.utg.) New York, Psychological Corporation, 1974.
15. Benton AL et al. Visuospatial judgement. A clinical test. *Archives of Neurology*, 1978; 35: 364-367.
16. Golden. *Stroop color and word test*. Chicago IL, Stoelting.
17. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3. utg.). Washington DC: American Psychiatric Association, 1987.
18. Petersen RC et al. Current concepts in mild cognitive impairment. *Archives of Neurology* 2001; 58: 1985-1992.
19. Ballard CG et al. Fluctuations in attention: PD dementia vs DLB with parkinsonism. *Neurology* 2002; 59: 1714-1720.

Nyttig informasjon

Hjelpemidler for personer med kognitiv svikt

GERIA, Oslo kommunes ressurscenter for demens og alderspsykiatri, har laget nettside om teknologiske hjelpemidler for personer med kognitiv svikt. Gå inn på **www.geria.no**
GERIA har dessuten laget en perm om samme tema. Begge steder tas blant annet disse spørsmålene opp:

- Hvordan vurdere og dokumentere behov for hjelpemiddel?
- Hvordan velge hjelpemidler?
- Hvor kan man finne egnede hjelpemidler?
- Lover og regler som regulerer hva man kan få støtte til.



Mer informasjon fås hos sidse.l.bjorneby@uus.no – tlf: 92 89 58 62

La de tusen blomster fortsette å blomstre! Vedlikehold av demensnettverk

«Mange sier at nettverket er blitt det eneste stedet der de kan ha faglige diskusjoner.»

Nettverk skal ikke bare bygges, de må pleies og vedlikeholdes. Under trange økonomiske tider i kommunene, stadige omorganiseringer og mange stillingsendringer blant de ansatte, krever det både tid, energi og kreativitet å opprettholde et demensnettverk.

– I forbindelse med omorganiseringer må vi jobbe ekstra aktivt for å finne personene som kan være nettverkskontakter, sier undervisningsleder Marianne Munch på NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS. Undervisningsavdelingen på Olaviken startet Demensnettverket i Hordaland i 1998 og har fremdeles en nøkkelrolle.

– Når en nettvertskontakt slutter og før en annen overtar, kan det oppstå hull i nettverket. Hvis ikke vi aktivt følger opp kommunen i slike faser, kan det være vanskeligere å få den inn i nettverket igjen, legger fagkonsulent Elisabeth Moen til.

De to ildsjelene har tydeligvis opprettholdt kontakten godt med de 33 kommunene og åtte bydelene i fylket, for på slutten av 2006 var alle kommuner og bydeler i Hordaland med i nettverket, bortsett fra to som av geografiske årsaker er med i rogalandsnettverket. Til gjengjeld har nettverket i Hordaland med én rogalandskommune. Aktivt motivasjonsarbeid i forhold til kommuner og demenskontakter står høyt på timeplanen hos Munch og Moen.

Muligheter, kreativitet og mestring

Nettverket ble opprettet som en følge av den store satsingen på eldreomsorgen gjennom 1990-tallet, og målet var å

- kvalitetssikre tilbudet til personer med demens
- utvikle ressurspersoner for demensarbeidet i kommunene/bydelene
- øke kommunenes/bydelenes kompetanse på feltet.

Det skal ifølge målsettingen være en demenskontakt i hver kommune/bydel. Etter hvert har det dannet seg spesialiserte grupper av demenskontakter. Det arrangeres fire-fem samlinger i året for hver av de ulike gruppene, og nettverkskontaktene er vertskap på omgang. I tillegg arrangeres en årlig fylkeskonferanse

Undervisningsleder Marianne Munch (t.v.) og fagkonsulent Elisabeth Moen.



for alle nettverkskontaktene. Den er delvis subsidiert av de 1,5 millioner kronene undervisningsavdelingen årlig mottar fra fylkesmannen. Dette er skjønnsmidler som gis for å øke kompetansen om demens i kommunene.

– *Vi er selvfølgelig glade for at fylkesmannen velger å bruke pengene slik, i stedet for å gi mindre summer til hver kommune. I år er skjønnsmidlene for NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS kommet på statsbudsjettet.*

Fjorårets fylkeskonferanse fant sted i Bergen i slutten av september og var ifølge evalueringen svært vellykket. Tema var Muligheter, kreativitet og mestring.

– *På konferansen la flere av nettverkskontaktene frem gode eksempler på innhold og kvalitet i tiltak for personer med demens i sin kommune. Slik ble konferansen en læringsarena og en erfaringsoverføring som kan gi idéer til flere.*

Omorganiseringer og nye utfordringer

Når en kommune omorganiserer, flyttes folk fra A via G til B, ledere forsvinner og ansvarslinjene endres. Helse- og sosialsjefstillinger er fjernet i mange kommuner som resultat av den såkalte to-nivåledelsen som Kommunenes Sentralforbund har bifalt. I tillegg er mange pleie- og omsorgssjefstillinger fjernet. Dermed blir det enhetslederne i hjemmesykepleie og sykehjem som er nettverkskontakter og som skal ha oversikt over tiltakene for personer med demens i egen kommune.

– *Ansaret for å ha overblikk over organisasjonen er svekket i mange kommuner gjennom den nye ledelsesformen. Noen kommuner omorganiserer til stadighet, og da blir det vanskeligere både for nettverkskontaktene å være synlige i forhold til de rette personene, og for oss når det gjelder å sikre at nettverket består. Helhetsbildet forsvinner lett når det ikke er en samlende person som har total oversikt over tjenestene.*

Fag ut – økonomistyring inn?

Dårlig kommuneøkonomi har vært svøpen i mange år, og mange norske kommuner har knepet inn på alt som ikke er lovbestemt. Gode og veldokumenterte tiltak innenfor demensomsorgen er blitt lagt ned eller kuttet til beinet, og en del nettverkskontakter har i årenes løp måttet argumentere livlig for å få fortsette.

– *Nettverkskontaktene har i stor grad fått aksept for sitt arbeid. Mange av dem har vært i virksomhet i*

opptil åtte år og har oppnådd status innenfor kommunene. Men fremdeles er det stor forskjell på hvordan kommunene ser på arbeidet demenskontaktene gjør. Noen kommuner ønsker at nettverkskontakter skal gjøre denne delen av jobben på fritiden, og de må selv skaffe vikar hvis de skal på samling. Generelt sett er det blitt vanskeligere å få anledning til faglig diskusjon, for det er ikke en del av budsjettet! Og når den faglige diskusjonen forsvinner, blir det økonomien og ikke kvalitet og faglighet som styrer.

Mange sier at nettverket er blitt det eneste stedet der de kan ha faglige diskusjoner. Derfor oppleves det som viktig å få delta på samlingene, men det er alltid noen som ringer og sier «dessverre, jeg skulle så gjerne deltatt, men jeg får ikke lov, det er ikke penger til vikar.» Noen steder har det slitt såpass på de personene det gjelder at det går på utholdenheten løs.

La de tusen blomster blomstre!

Konkrete eksempler på hva nettverkskontaktene har oppnådd gjennom disse åtte årene? Marianne Munch og Elisabeth Moen har listen klar:

– *Da nettverket startet, var det ingen systematisk utredning og diagnostisering av demens i Bergen kommune. Nå har fem av de åtte bydelene i Bergen opprettet tverrfaglige hukommelsesteam, og dette har nettverkskontaktene jobbet frem. Hukommelsesteamene har nå sitt eget nettverk som arbeider med å utvikle mer ensartete tjenester.*

Gjennom disse åtte årene har nettverkskontaktene utvekslet kunnskap og gode ideer til tiltak som har smittet til andre kommuner. Et eksempel er organisering av dagsentre.

Etter hvert som grunnkompetansen om demens øker, blir folk opptatt av å spisse kompetansen i forhold til det de selv jobber med. Det har dannet seg nye, spesialiserte nettverk ut fra det opprinnelige, eksempelvis i forhold til miljøterapi, dagsenterdrift og hukommelsesteam. Det er kommet et musikknettverk med egne samlinger, og det er opprettet skrivegrupper for personer med demens.

Det blomstrer der nettverkskontaktene får lov til å utfolde seg, og vi må arbeide for at blomstringen kan fortsette.

Flere opplysninger om nettverksarbeidet i Hordaland:

■ marianne.munch@olaviken.no

■ elisabeth.moen@olaviken.no



Mona Elin Krogrud og Marit Sjørengen,
fagkonsulenter i demensenheten i Ringsaker kommune.

Demensuka i Ringsaker 2006

«Det er ikke bare flere hender som trengs i demensomsorgen, det må drives kompetanseutvikling og organiseres og tilrettelegges for at personer med demens skal få et trygt og stabilt tjenestetilbud i alle faser av sykdomsutviklingen.»

I 2006 ble det gitt muligheter i Ringsaker kommune for å søke om ekstra midler til å starte prosjekter med faglig innhold. Det var da tanken om å arrangere demensuke i Ringsaker for første gang ble tenkt.

I jobben som fagkonsulenter har vi erfart at kompetanseutvikling er viktig på alle nivåer for at personer med demens skal få et så optimalt tilbud som mulig.

Kommunen

Etter statistikk om forekomst av demens fra 1999, har Ringsaker ca 500 personer med demens. En stor del av dem mangler diagnose. I kommunen er det 47 tilrettelagte sykehjemsplasser og to dagsentre for personer med demens. De tilrettelagte plassene gir en dekningsgrad på 13,5 prosent. Landsgjennomsnittet er på 20 prosent. På dagsenteret i Brumunddal er det åtte plasser fem dager per uke og i Moelv seks til åtte plasser fire dager per uke, litt avhengig av funksjonsnivået til brukerne. Åpningstider på dagsentrene er fra 08-15.

Som fagkonsulenter i demensenheten har vi ansvar for å drive undervisning og veiledning, både innad i enheten og ute i distriktene.

Ringsaker kommune er organisert i ni omsorgsdistrikter. Fordi kommunen er stor både i innbyggertall (i underkant av 32 000) og flateinnhold, har vi opprettet demenskontakter i hvert distrikt. Gjennom samarbeid med disse driver vi kompetanseutvikling innen fagfeltet demens.

Bakgrunn

Det er ikke bare flere hender som trengs i demensomsorgen, det må drives kompetanseutvikling og organiseres og tilrettelegges for at personer med demens skal få et trygt og stabilt tjenestetilbud i alle faser av sykdomsutviklingen. Dette innebærer at de enkelte distriktene i vår store kommune må organiseres slik at det opprettes små enheter for personer med demens. For å få til en god eldreomsorg må vi ha en god demensomsorg!

Hvorfor demensuke?

Det overordnede målet vårt var å spre informasjon og kunnskap om demenssykdommer. Nå hadde vi muligheter til å gjøre dette overfor både pårørende og pleiepersonale. Det handlet om å sette demens på agendaen og få større åpenhet og kunnskap om sykdommene, hos «mannen i gata», politikere og andre som foretar økonomiske prioriteringer og organisering av pleie- og omsorgstjenesten.

Demensomsorgen er et svært interessant fagfelt med komplekse utfordringer. Vi må ha kunnskap om somatiske lidelser, demens, alderspsykiatri og mellommenneskelig tilnærming og samhandling. Det ser ut til at det er et problem å rekruttere fagfolk til eldreomsorgen. Trolig skyldes det at vi ikke er flinke nok til å fokusere på de positive hendelsene. For personale som har ønske om å bruke og videreutvikle sin kunnskap på de områder som er nevnt ovenfor, er demensomsorgen den rette plassen!

Forberedelser

Vi startet med idémyldring: Hva skulle vi ha som tema? Hvem skulle vi ha til forelesere? Hvordan skulle det hele organiseres?

Vi bestemte tidlig at Demensuka 2006 skulle være i uke 39, i slutten av september.

Det ble opprettet en ressursgruppe på 13 personer som skulle planlegge og organisere denne faguken. Ulike profesjoner var med: assistent, omsorgsarbeider, hjelpepleier, sykepleier og vernepleier. I tillegg deltok de tre lederne i demensenheten, alle like viktige for å få til en innholdsrik og spennende faguke.

Det første møte i gruppen hadde vi i juni for å kunne skaffe til veie aktuelle forelesere. Vi fant fort ut at hvis vi skulle nå målsetningen vår med denne uken, måtte vi ha et tilbud både til befolkningen generelt, pleiepersonalet og legene.

I forkant hadde vi utarbeidet brosjyre med egen logo for demensenheten i Ringsaker kommune. Demensuka var en fin anledning til å presentere denne.

Vi er stolte av logoen vår. Enkelt forklart mener vi at de begrepene som danner DEMENS vertikalt, er egenskaper og kvaliteter som personale innen demensomsorgen skal inneha. I tillegg vises løvetannen med en frisk del som symboliserer pasientens ressurser, og en avblomstret del som symboliserer begrensningene hos personer med demens.



Før ferien ble fagtemaer bestemt og eksterne forelesere bestilt. Etter ferien hadde vi møte 7. august. Da var det ordnet med forelesere og lokaler. Det ble bestemt at det skulle være hyggekveld for pasientene på de tre demensenhetene våre i løpet av faguken. Vi utarbeidet både ukesprogram og dagsprogram. Vi fikk laget egne krus med logoen vår, som vi brukte som gave til de eksterne foreleserne. Noen fikk ansvar for å kontakte media.

Programmene for Demensuka 2006 ble lagt ut på intranett og distribuert til ulike samarbeidspartnere. Informasjonsbrosjyrer og program ble kopiert for utdeling på stands. Lokalavisen hadde en artikkel om målet og innholdet med Demensuka i forkant.

Gjennomføringsfasen

Lørdag i Demensuka hadde vi sju stands med utdeling av informasjonsbrosjyrer og program. Samme lørdag hadde fagkonsulentene tematime på biblioteket, om *Utfordrende atferd hos personer med demens*. Vi hadde på forhånd forespurt biblioteket om å få ha bokutstilling om temaet demens. Personalet på biblioteket stilte velvillig opp og bestilte de bøkene vi ønsket å ha med. En takk til dem for godt samarbeid og fin bokutstilling.

Mandagen hadde vi åpen dag på de to dagsentrene for omvisning og informasjon til kommunenes innbyggere. Mandag kveld hadde fagkonsulentene forelesning om ulike demenssykdommer, samt en pårørende historie om hvordan livet med en person med demens kan arte seg. Denne kvelden var åpen for alle.

På tirsdag hadde vi fagdag for pleiepersonale i omsorgstjenesten, med temaet *Demens og ulike tilnærmingsmetoder*. Foredragsholder var sykepleier Liv Karin Kval. Onsdag var det fagdag med leger og

andre interesserte som målgruppe. Temaet var *Tidlig diagnostisering og medisiner av personer med demens* ved lege Peter O. Horndalssveen. Torsdag var det igjen fagdag for pleiepersonalet i omsorgstjenesten, med psykiatrisk sykepleier MPH Birger Lillesveen som foreleser. Temaene var *Tvang eller omsorg?* og *Omsorgstilbud til personer med demens*.

Vellykket, men hvor ble legene og beslutningstakerne av?

Arrangementet var vellykket, vi fikk god omtale i media og mye positiv tilbakemelding fra dem som møtte på kurs, både fra personale, pårørende og «mannen i gata». Stort sett var det bra frammøte. Vi var spesielt fornøyde med åpen kveld, med temaet *Ulike demenssykdommer*. Da var 60 personer til stede.

På forelesningen som spesielt var rettet mot legene, var det minimalt oppmøte av denne faggruppen, men det var bra frammøte av andre interesserte, som sykepleiere og vernepleiere. Årsaken til at vi hadde et foredrag hvor legene var målgruppen, var blant annet at vi har fått tilbakemeldinger fra pårørende som følger at legen ikke tar bekymringsmeldinger om kognitiv svikt på alvor.

Med tanke på å få til en god demensomsorg i distriktene, kunne vi ønsket at flere ledere i pleie- og omsorgstjenesten hadde vist større interesse og brukt muligheten til å få mer faglig påfyll om demens. Det hadde også vært ønskelig at flere med politisk beslutningsmyndighet hadde vist interesse for Demensuka. Spesielt når vi vet at demenssykdommene vil øke formidabelt de neste årene, og at demensomsorgen er et satsingsområde for den sittende regjeringen. Det er vanskelig å peke på årsaken til fraværet av nevnte grupper, det skortet i hvert fall ikke på informasjon. For å sitere Peter Horndalssveen fra Hukommelsesklinikken på Sanderud: «Dere har fått så vid omtale av Demensuka gjennom lokalradio, TV og aviser, at den som ikke har fått med seg at Ringsaker arrangerer demensuke, må ta seg en tur til meg!»

Gruppen som arrangerte Demensuka 2006 sitter i igjen med en god følelse av å ha satt demensomsorgen på dagsorden og demensenheten i Ringsaker på kartet.

Demensuka 2006 var pilotprosjekt, og konklusjonen er at dette må bli en årlig forekomst. En stor takk til alle som medvirket til et vellykket arrangement!

■ marit.sjorengen@ringsaker.kommune.no



*Per Nortvedt, professor og prosjektleder, Seksjon for medisinsk etikk, UiO
Reidar Pedersen, stipendiat og koordinator, Seksjon for medisinsk etikk, UiO
Åshild Slettebø, førsteamanuensis, Høgskolen i Oslo
Kristin Halvorsen Grøthe, Stipendat, Seksjon for medisinsk etikk, Høgskolen i Akershus
Marita Nordhaug, forsker, Seksjon for medisinsk etikk, UiO
Berit Andersen, Høgskolelektor, Høgskolen i Bodø*

For gammel og syk?

Prioriteringer av helsetjenester til eldre

«...syke gamle synes å få for lite av enkelte helsetjenester, for eksempel pleie, omsorg og rehabilitering, mens de kan få for mye av andre helsetjenester, for eksempel ved at livsforlengende behandling blir gitt for lenge.»

Det har i lengre tid vært kjent at helsetjenesten til syke eldre på noen viktige områder ikke er fordelt på en måte som tilgodeser eldres behov for helsetjenester på lik linje med yngre pasientgrupper. For eksempel vet vi at eldre personer er underrepresentert ved kliniske studier vedrørende akutt hjerteinfarkt (1). Vi vet at eldre sjeldnere mottar trombolytisk behandling og angiografi enn yngre, og at de ikke blir tilbudt samme kvalitet på akutt slagrehabilitering som det yngre pasienter gjør (2,3). Ved et norsk universitets-sykehus er det også dokumentert en tendens til lengre ventetid for pasienter over 70 år som er henvist til generell indremedisinsk, ortopedisk og gynekologisk avdeling (4). Vi vet at noe av dette kan være begrunnet i de eldres medisinske tilstand, mer komplekse sykdomsbilder, lavere funksjonsnivå og lavere rehabiliteringspotensiale. Likevel viser både nasjonale og internasjonale studier at eldre nedprioriteres med hensyn til en del vitale helsetjenester, og at dette ikke bare er begrunnet i pasientens medisinske tilstand. Blant annet dokumenterte Statens helsetilsyn i 1998 at 35 prosent av fylkeslegenes tilsyn avdekket mangelfull ivaretagelse av personlig hygiene og naturlige funksjoner blant eldre pasienter i sykehus. Internasjonalt kan det tyde på at mental svikt, demens og begynnende kognitiv svikt er en viktig kontraindikasjon når det gjelder tilbud om vitale medisinske tjenester, så som dialyse (5). Særlig kombinasjonen høy alder, betydelig komorbiditet og/eller mental svikt ser ut til å være en indikasjon for nedprioritering av helsetjenester til eldre personer (6).

Slike fakta og spørsmålet om eldre får den nødvendige behandling og pleie de har behov for, var foranledningen til et oppdrag Sosial- og helsedirektoratet ga Seksjon for medisinsk etikk ved Universitetet i

Oslo ved årsskiftet 2004-2005. Oppdraget var å undersøke hvordan prioriteringer av helsetjenesten til eldre kommer til uttrykk i legers og sykepleieres kliniske virksomhet. Det var særlig to hensyn direktoratet ønsket å kartlegge. Det ene var hvorvidt en ofte legger større vekt på livsforlengende behandling enn livskvalitetsforbedrende tiltak for eldre, og i så fall berettigelsen av en slik prioritering. Det andre var å kartlegge hvorvidt pasientens alder var ansett å være relevant i klinikers prioriteringer, uavhengig av pasientens øvrige medisinske tilstand og prognose. Funnene i undersøkelsen synes å peke på viktige spørsmål i dagens eldreomsorg. Viktigst er: I hvilken grad får syke gamle en medisinsk behandling og omsorg som er tilpasset deres funksjonsnivå og individuelle behov? På hvilke måter kan eventuelle mangler skyldes systemsvikt på statlig/kommunalt eller institusjonelt nivå?

Undersøkelsens gjennomføring og metode

Prosjektet inkluderte leger og sykepleiere i sykehjem og somatiske sykehusavdelinger gjennom en spørreskjemaundersøkelse og kvalitative dybdeintervjuer. Følgende spesialiteter og arbeidsområder ble inkludert: generell kirurgi, ortopedi, generell indremedisin, geriatri, hjertemedisin, nyremedisin, fastleger og ansatte ved sykehjem. Spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført i samarbeid med Legeforeningens forskningsinstitutt som høsten 2005 sendte ut spørreskjema til 2 103 personer, hvorav 1 129 leger og 974 sykepleiere. Vi ba om erfaringer fra arbeidet med pasienter over 75 år, og at de som ikke arbeidet med denne pasientgruppen returnerte skjemaene ubesvart.

I den kvalitative undersøkelsen ønsket vi å sikre tilstrekkelig variasjon og bredde i datamengden fra de utvalgte fagområdene. Dette medførte gjennomføring av i alt 45 intervjuer med leger og sykepleiere i sykehjem og sykehus, i store og middels store kommuner på Østlandet, Vestlandet og i Nord-Norge. Det ble brukt en semistrukturert intervjuguide. Av legene var 15 menn og fem kvinner, sykepleierne fordelte seg med to menn og 23 kvinner.

Intervjuene startet med et åpent spørsmål der leger og sykepleiere ble oppfordret til å beskrive prioriteringsdilemmaer i sitt arbeid med gamle pasienter. Videre fokuserte intervjuguiden på kriterier, verdier og andre forhold som var relevante for kliniske prioriteringer. Det ble spurt om alder i seg selv var ansett som et prioriteringskriterium. Det ble også spurt om hvordan prioriteringsbeslutninger ble dokumentert, samt hvem som deltok i beslutningene. Intervjuene ble analysert i henhold til metoder for kvalitativ innholdsanalyse. Studien var i sin helhet godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste og Personvernombud for forskning.

Sentrale funn og konklusjoner i undersøkelsen

Vi vil i det følgende trekke frem noen av de mest sentrale funnene i denne undersøkelsen som kan ha relevans for tidsskriftets lesere. Det første er hvorvidt og hvordan pasientenes alder og aldersrelaterte fenomener som for eksempel demens influerer på klinisk beslutninger om prioriteringer. Det andre er at syke gamle synes å få for lite av enkelte helsetjenester, for eksempel pleie, omsorg og rehabilitering, mens de kan få for mye av andre helsetjenester, for eksempel ved at livsforlengende behandling blir gitt for lenge. For det tredje vil vi ta opp familiens rolle i beslutninger om pasientens helse og omsorgsbehov, samt hvordan kliniske og etiske beslutningsprosesser blir mer krevende og kompliserte fordi de i større grad enn før involverer (og må involvere) pasientens familie som «sterke» og velinformerte beslutningstakere. Et viktig spørsmål er i hvilken grad sviktende kvalitet på behandling og pleie av dagens gamle grunner i organisatoriske forhold, økonomi og systemsvikt, eller manglende profesjonell bevissthet. Deler av undersøkelsen er i skrivende stund publisert i artikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforening 2006 (6) og i en foreløpig intern rapport til Sosial- og helsedirektoratet i forbindelse med en konferanse høsten 2006 (7).

Skal alder telle?

Et prinsipp det er enighet om i prioriteringer, er at pasientens alder alene ikke skal avgjøre en pasients

rett til behandling (8). Alder må derimot sees i sammenheng med det totale sykdomsbildet og pasientens prognose og kan derved innvirke på prioriteringer. I vår undersøkelse sier også alle at pasientens kronologiske alder alene har liten eller ingen betydning for prioriteringer, men at faktorer som er relatert til høy alder, for eksempel mer sammensatt sykdomsbilde, reduserte samarbeidsevner og økt medisinsk risiko, har betydning. I tillegg sier noen at ved meget høy alder eller der forventet levetid er kort, vil yngre prioriteres. En vil for eksempel mer kritisk vurdere hvor aktivt en skal satse på videre behandling (som dialyse) i enkelte situasjoner når pasienten er meget gammel. Noen peker også i vår undersøkelse på forekomsten av skjulte eller ubevisste prioriteringer der diskriminering av pasienter kan forekomme med bakgrunn i pasientens alder.

Det som imidlertid er verdt å merke seg spesielt, er at kognitiv svikt ser ut til å bli vektlagt ulikt. For eksempel beskriver noen dette som en absolutt kontraindikasjon mens andre i relativt like situasjoner beskriver det som en relativ kontraindikasjon som fordrer økt oppfølging og samarbeid. Dialyse er et eksempel, men dette kan også gjelde andre former for behandling der særlig pasientens samarbeid og forståelsesevne er viktig for gjennomføring av og samarbeid om behandling. Noen informanter nevner at det er mindre vanskelig å ikke igangsette livsforlengende behandling eller å avslutte den, dersom pasienten har demens. Noen sykehjemsinformanter sier det er vanskeligere å få innlagt eller henvist en pasient til sykehus dersom pasienten har demens eller bor på sykehjem.

Samtidig nevner flere at det er lettere nå enn tidligere å få henvist til eller lagt inn eldre pasienter på sykehus, og at det i noen situasjoner er for lett å legge pasienten inn på sykehus i stedet for å behandle på lavere nivå.

Antakelig er mange av de kliniske vurderingene som gjøres med hensyn til alder og det totale sykdomsbildet faglig forsvarlige og etisk riktige. Likevel er det verdt å undersøke og diskutere nærmere hvilken rolle kognitiv svikt bør spille i prioriteringer av helsetjenester og hvorvidt skjulte prioriteringer med bakgrunn i pasientens alder kan forekomme. En bør være oppmerksom på om behandlingstilbudene er tilpasset de særskilte individuelle behov som kjennetegner pasienter med kognitiv svikt. Trolig bør en da vurdere å inkludere andre informanter, for eksempel brukerne, og flere forskningsmetoder, for eksempel deltakende observasjon, og sammenligne diagnostikk og behandling av ulike aldersgrupper.

Hva med pleie og omsorg?

Et av de viktigste og kanskje mest alarmerende funn i undersøkelsen vår (både spørreskjema og intervjuundersøkelsen) var tendensen til at viktige deler av syke eldres behov ikke blir dekket. Vi fant at gamles vitale medisinske behov for behandling og medisiner- ing stort sett ble ivaretatt på en forsvarlig måte, men at psykososiale behov, kommunikasjon, fysisk aktivitet, rehabilitering, sårprofylakse og ernæring ofte ble ned- prioritert. Det ser ut til at tidspress og personalmangel er viktige faktorer som fører til forsømmelser av pleie- behov hos syke gamle. Nærmere 90 prosent av syke- pleierne og 80 prosent av legene rapporterte at begrensede ressurser og mangel på tid er en stor belastning i deres daglige arbeid med syke gamle pasienter (6). Det alvorlige i dette er at gamle antake- lig ikke får en helsehjelp som er godt nok tilpasset deres behov for pleie og behandling. Den mest nød- vendige behandlingen og spesialiserte medisinske til- tak, for eksempel ortopedi, blir stort sett dekket, mens de tiltak som krever mer helhetlige tilnærminger eller tilfredsstillende tilbud i kommunehelsetjenesten, oftere forsømmes. Et viktig funn er at tid til kommuni- kasjon er mangelvare. Leger overlater kommunika- sjon med pasientene til sykepleiere, som igjen rappor- terer å ha for liten tid til kommunikasjon og ivaretagelse av pasienters behov for sosial kontakt. Dette fører til mangelfull utredning og behandling og vilkårlige og til dels urettferdige prioriteringer. Mangel på tid til kommunikasjon kan også føre til at pasienten får medisinsk behandling som kanskje er hensiktsløs eller mot pasientens ønske (se neste avsnitt). Usikker- het om pasientens eller pårørendes preferanser er ofte et argument for å fortsette en påbegynt behand- ling, snarere enn å begrense den. Dette kan redusere pasientens livskvalitet i livets slutfase, heller enn å øke den.

År til livet eller liv til årene?

Når en snakker om prioriteringer er kanskje prinsipper som rettferdighet og likebehandling det en først og fremst tenker på. Særlig sykepleierne i undersøkelsen rapporterte at de svakeste pasientene blant de mest pleietrengende ofte kommer bakerst i køen og blir pri- oritert sist i stell. De med størst pleietyngde kommer sist ut av sengen og de som roper høyest eller som har pårørende som sterke talspersoner, får mest opp- merksomhet og et bedre tilbud. Dette strider klart mot etablerte rettferdighetshensyn i prioriteringer. Vårt materiale indikerte også at prinsippet om rettferdighet i noen tilfelle var forstått veldig snevert ut fra den enkelte klinikers faglige ståsted når det gjaldt prioriter- inger. Klinikerne vi intervjuet, særlig leger i spesialist- helsetjenesten, snakket mye om å prioritere blant sine

enkeltpasienter og noen mente også at deres spesia- litet ble nedprioritert til fordel for mer akutte tilstan- der, som nevrokirurgi og hjertekirurgi.

Mange klinikere beskrev at det forekom over- behandling, for eksempel at gamle syke noen ganger får medisinsk behandling som er meningsløs eller som øker deres lidelser mer enn å bedre deres livs- kvalitet. En sykehjemslege nevnte at det for enkelte pasienter ble ordinert kostbar og kanskje marginalt effektiv medisin på sykehuset, hvor sykehjemmet ikke alltid hadde økonomi til å opprettholde medisiner- ingen. Legen kunne da i samråd med pårørende avslutte aktiv medikamentell behandling av hensyn til kostnader og effektivitet. Demensmedikamenter ble spesielt nevnt i denne sammenheng.

Paradoksalt nok ser det ut til at mangel på tid til klinisk kommunikasjon, kompetanse i sykehjem og rehabiliteringstilbud forsterker en tendens til over- behandling og unødvendige og langvarige sykehus- innleggelser. Når man ikke har tid til å gjøre en skikkelig kartlegging, synes behandlingsimperativer å få større kraft. Igjen så man en klar tendens til at problemet ikke er at syke gamle ikke får den mest moderne og nødvendige medisinske behandling hvis de trenger den. Problemet er snarere at de ikke får et helhetlig tilbud som tar høyde for dere individuelle behov og preferanser, grunnet knapphet på tid og personell med fagkompetanse. Særlig synes dette å gjelde i sykehjem.

Hvem skal bestemme og hva med pasientens stemme?

Både leger og sykepleiere nevnte respekt for pasient- ens selvbestemmelse som en viktig verdi i deres virksomhet. Men igjen var mangel på tid til klinisk kommunikasjon en mangelvare som medførte problemer i forhold til å få kunnskap om den enkelte pasientens behov og ønsker. «Klare» pasienter deltar ifølge mange av informantene i kliniske prioriterings- beslutninger, men det er ofte vanskelig og tidkrevende å finne ut hva eldre pasienter egentlig ønsker. Pasi- entens deltakelse blir hovedsakelig beskrevet som å få muligheten til å akseptere eller avslå behandling som klinikerne mener pasienten bør tilbys. Imidlertid sier en god del av informantene at pasienten ofte ikke blir spurt direkte om hva de ønsker, eller at den profe- sjonelle vurderingen av pasientens beste begrenser pasientens selvbestemmelse i for stor grad.

Mange beskrev også dagens pårørende som kunn- skapsrike, bevisste og kravfulle, noe som stiller store krav til helsepersonells informasjon, deres faglige bevissthet og kompetanse. Det hender pårørende presser igjennom behandling som ikke alltid er i pasi- entens beste interesser, siden helsepersonell og leger

synes det er vanskelig å gå på tvers av pårørendes ønsker. Hva som virkelig er pasientens ønsker kan også mange ganger være vanskelig å vite. Hovedfokus for kommunikasjonen med pårørende blir ofte pårørendes egne ønsker og preferanser, mer enn å klargjøre pasientens aktuelle og tidligere verdier og preferanser (7).

Noen konklusjoner

Undersøkelsen synes å indikere at vesentlige deler av helsehjelpen til de gamle og syke ikke er tilfredsstillende ivarettatt i dag. De eldre får biomedisinske og vitale behov dekket i større grad enn andre behov. Et forsvarlig helsetilbud til de gamle syke bør trolig ha mer ressurser totalt sett, men det er også viktig at kommunehelsetjenester, rehabilitering og helhetlige tilnærminger prioriteres i større grad, blant annet for å unngå unødvendige sykehusinnleggelser og overbehandling. Videre synes det å være nødvendig at alle nivåer i helsetjenesten i større grad tilpasser seg eldres behov, for eksempel gjennom økt geriatrisk kompetanse. Ikke minst bør det utarbeides prinsipper for prioritering som i større grad enn eksisterende prioriteringsverktøy kan ivareta de spesielle hensyn som en rettferdig helsetjeneste til de eldre forutsetter.

Referanser

1. Eritsland, J og medarbeidere. Primær angioplastikk ved akutt ST-hevningsinfarkt hos eldre. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2005; 125(21): 2922-2924.
2. Melberg, T og medarbeidere. Hvordan behandles pasienter med akutt koronarsykdom i norske sykehus? *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2005; 125 (21): 2925 -2928.
3. Senter for medisinsk metodevurdering 2002. *Helsetjenester og gamle – hva er kunnskapsgrunnlaget?* Oslo: Rapport nr. 11.
4. Arnesen, K.E og medarbeidere. Factors influencing physicians' assessment of urgency for inpatient surgery. *Journal of Health Services Research* 2001; 6 (4): 214-219.
5. Statens helsetilsyn 2000. *Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling* 1998. Oslo: Utredningsserie.
6. Førde, R og medarbeidere. Får eldreomsorgen nok ressurser? *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2006; 126 (15): 1913-1916.
7. Seksjon for medisinsk etikk, Sosial og helsedirektoratet 2006. Liv til årene eller år til livene – prioriteringer i helsetjenesten til syke gamle, Oslo: Intern og foreløpig rapport, upublisert
8. NOU 18 1997. Prioritering på ny, Oslo: Dep.

Reidun Ingebretsen

Flytting til institusjon

Demens i parforhold

Utgitt 2006 – 74 sider
ISBN: 978-82-8061-058-4
Pris kr 100,-



Hovedmålsettingen med prosjektet er å få kunnskap om hvordan demens hos den ene av partene påvirker parforhold og mestring gjennom overgangen og etter flytting til institusjon. En er også opptatt av hvordan hjelpeapparatet kan styrkes i sine tilnærmingsmåter i forhold til pårørende.

Se mer på: www.aldringoghelse.no/

Informasjon til barn av yngre personer med demens: brosjyre, nettside, Demenslinjen og SMS-mulighet



Nasjonalforeningen for folkehelsen har laget opplysningsmateriale for barn av yngre personer med demens. Brosjyren *Når mamma glemmer* inneholder blant annet informasjon om tegn på demens, hva demens er og om vanlige reaksjoner hos barn og ungdom når mor eller far forandrer oppførsel.

Informasjon finnes også på nettsiden www.nasjonalforeningen.no/demens/ung. Her kan man få svar på spørsmål av kvalifisert helsepersonell eller chatte med andre i samme situasjon.

Man kan dessuten sende spørsmål på **SMS til 1933**, kodeord demens, eller ringe **Demenslinjen 815 33 032** for å få noen å snakke med.

Else Melin og Rolf Bang Olsen

Frontaldemens – en håndbog

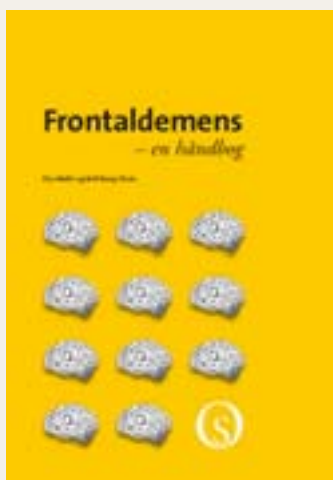
Tor Rosness, stipendiat, lege, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Endelig en håndbok i det vanskelige, men svært spennende området frontotemporallappdemens. Det står i den danske pressemeldingen at fagfolk og pårørende lenge har etterspurt mer kunnskap om denne formen for demens. Jeg tror situasjonen er den samme i Norge.

Bokens forfattere er henholdsvis psykolog og psykiater, og arbeider innen demensområdet i Danmark. Til sammen dekker de mange idéer og teorier om alt fra hvordan hjernen er oppbygget, kjernesymptomer på frontale utfall, demensutredning, seksualitet og demens, stress, utbrenthet, humor og omsorg. Dilemmaet ved å drøfte flere forskjellige fagtemaer er at man sjelden kommer helt til bunns i hovedtemaet boken skal omhandle, i dette tilfellet frontotemporallappdemens. Denne fallgruben har forfatterne delvis klart å unngå.

Boken begynner godt med å forklare på en oversiktlig måte oppbygningen av hjerneceller, hvordan hjernen er inndelt og hvilke anatomiske områder i hjernen som styrer de forskjellige prosessene. Dette er basal kunnskap som er viktig å få repetert for fagfolk og nyttig for alle som ønsker å forstå mer av de fysiologiske hendelser i hjernen. Fremstillingen relateres hele tiden til hvordan forskjellige områder i hjernen oppfører seg hos personer med frontotemporallappdemens. Dermed får leseren innsikt i hvor reell denne lite håndgripelige sykdommen er.

Boken krydres med å fortelle om kjente historiske skikkelser som hadde en atferd i sitt senere livsløp som kunne minne om frontalproblematikk. Her er symptomer ramset opp på en enkel måte og man sitter igjen med gode anekdoter. Et vanskelig spørsmål å besvare godt er: Hva er demens? Spørsmålet kan ikke svares på ved kun å bruke medisinske briller. Det er tross alt menneskelige forandringer som skjer,



forandringer i hjernen. Forfatterne tar for seg flere aspekter av det som skjer ved frontotemporallappdemens og forklarer dem ut fra forskjellige ståsteder.

Psykometrisk testing og nevrologisk undersøkelse kommer ofte til kort overfor denne pasientgruppen. Dette illustreres godt i boken og det fortelles informativt om hvilke tester som er egnet og hvilke som er av mindre

relevans. Boken tar opp det vanskelige og nesten tabubelagte temaet seksualitet og demens. Denne delen er viktig når man vil beskrive den helhetlige situasjonen til pasienten, og det gjøres på en skikkelig og verdig måte i boken.

Fallgruben i boken kommer mot slutten. Kapitlene om stress, humor og flere av delene som omhandler omsorg og miljø, synes jeg faller utenfor rammen for boken. Her tas det grundig for seg av forskjellige aspekter som håndtering av hverdagen, utbrenthet, humor i hverdagen, forsvarsmekanismer og revir. Sentrale begreper i psykologien, men jeg ser ikke betydningen av å ta dem med i boken. Selv om disse kapitlene ikke er store, svikter de den ellers gode røde tråden der fag og fakta knyttes til frontotemporallappdemens. Og når det ikke refereres tilbake til en aktuell pasientgruppe blir dette for min del ulogisk å ta med i en håndbok. Jeg savner i stedet informasjon om genetikk, forekomst, behandling og forebygging, samt det siste innenfor forskningen.

Boken kan imidlertid anbefales til helsepersonell, pårørende og andre som ønsker en dypere forståelse av dette området, men lesingen bør absolutt suppleres med andre fagbøker.

Vanløse: Omsorgsorganisationernes samråd, 2006
ISBN: 87-87651-43-3

Arbeidsglede, humor, kvalitet og høy etisk standard – er det mulig i en travel hverdag?

Dette er i hvert fall nøkkelbegreper for personalet på Rosetten i Løten kommune. Rosetten er en skjermet enhet på Løten Helsetun. Vi har delt avdelingen i to grupper med henholdsvis sju og åtte beboere. Døren mellom gruppene er åpen og lukket etter behov.

Vi har en bemanningsfaktor på 0,9 utenom avdelingsleder, fordelt med fem på dagvakt, fire på kveldsvakt og en på nattevakt. Femtemann på dagvakt går mellom gruppene og ordner slike praktiske gjøremål som beboerne ikke kan være med på. De to av personalet som er igjen på hver gruppe, har ansvar for å skape ro i gruppen ved å være til stede og gi trygghet og sette i gang aktiviteter for og med beboerne.

Beboerne er med i alle gjøremål hvor det er mulig, som å hente klær, levere matbestilling, dekke og rydde bord. Vi har allsang, høytlesning, kryssord, vi legger sammen tøy, baker, jobber med garn og enkel matlagning, går turer, går på kafé og deltar når det er underholdning i kantine.

Pårørende inviteres til inntakssamtale. Den følges opp med en årlig samtale. Dialogen med pårørende er åpen, og vi inviterer til kontakt for å gjøre livet så godt som mulig for beboeren. Endringer i medisiner og akutt oppståtte situasjoner for beboere blir tatt opp med pårørende, og personalet har et åpent blikk for å fange opp deres behov for å ventilere sorg og fortvilelse.

Vi har to katter på avdelingen. De har positiv effekt i miljøet og gir oss noe å snakke om og le av sammen. Dessuten får de frem minner fra tidligere år. Vi har hønsehus med seks høner og en hane. Det gir også beboerne gjenkjenning og erindring, og det er stor stas å plukke varme egg fra rugekassen, som resulterer i deilig eggerøre til kveldsmaten.

Arbeidsmiljøet er preget av åpenhet, godt humør, humor, demokratiske prosesser, godt samarbeid og fruktbare drøftinger om hvordan vi kan frigjøre tid til å gi beboerne de gode øyeblikkene. Vi har hyppige samtaler om etiske dilemmaer.

Vi har en demokratisk leder som inspirerer oss i vårt arbeid. Vår avdeling bærer preg av dette og fører til at mange og ulike ideer blir iverksatt.

Hvorfor skriver vi alt dette?

Mennesker med demens trenger mye hjelp for å ha et godt liv. Dette gir oss en stor faglig utfordring på mange ulike områder.

Vi er en glad flokk som drar lasset sammen i samme retning i et blidt og lett miljø.

Hilsen Personalet på Rosetten

Løken Helsetun

2340 Løten

(Innlegget er noe forkortet. Red.)

Anne Marie Mork Rokstad

Kommunikasjon på kollisjonskurs



190 sider
ISBN-13: 978-82-8061-049-2
ISBN-10: 82-8061-049-9

Pris kr 230,-

Temaboken beskriver atferdsendringer som kan oppstå hos personer med demens. Atferd er ofte et uttrykk for at pasienten selv ikke har det bra, og er en måte å meddele seg til andre på. Boken beskriver alternative innfallsvinkler for å forstå pasientens atferd. I denne prosessen vil systematisk utredning og kartlegging være en forutsetning for å komme frem til denne forståelsen. Behandlingen må bygge på en antakelse om hva som ligger til grunn for den atferd vi ser. Det settes søkelys på hvordan pårørende kan få hjelp til forståelse og mestring.

Kommunikasjon på kollisjonskurs kom første gang ut i 1996. Denne utgaven er oppdatert i forhold til nyere viten på feltet. Boken vil være til god hjelp for helsepersonell som arbeider med eldre både innenfor somatisk og psykiatrisk helsetjeneste.

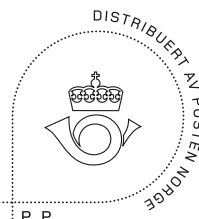
Bestill boken fra:

Forlaget Aldring og helse, Postboks 2136, 3103 Tønsberg

Tlf.: 33 34 19 50, Faks: 33 33 21 53, E-post: post@nordemens.no

 **Aldring og helse**

B ØKONOMI
ÉCONOMIQUE



NORGE

P. P.

Returadresse:

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
Postboks 2136, N-3103 Tønsberg

:aktuell informasjon – debatt



: neste nummer

vol. 11 – nr. 2 – 2007

- ◆ Den nakne sannhet.
Hvem eier demensdiagnosen?
- ◆ Depresjon hos eldre skal
behandles
- ◆ DPS'ene og alderspsykiatri:
Ikke fast følge.
- ◆ Stjernestunder på sykehjem



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Ullevål universitetssykehus
Medisinsk divisjon, Geriatrik avdeling
0407 OSLO
Tlf: 22 11 77 28/33 34 19 50
Fax: 23 01 61 61

Psykiatrien i Vestfold HF, Psykiatrisk fylkesavdeling
Postboks 2136
3103 TØNSBERG
Tlf.: 33 34 19 50
Fax: 33 33 21 53

E-post: post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no

ISSN: 0809-3520

Medlem av:

Fagpressen



www.aldringoghelse.no