



vol. 13 – nr. 1 – 2009

Demens&Alderspsykiatri

- ◆ Antipsykotika til eldre: Farene er kjent – forskrivningspraksis fortsetter som før
- ◆ Ny landsdekkende kartlegging av tilbud til personer med demens
- ◆ Kunst? Ja!
- ◆ Kunnskap får oss til å spørre hvorfor!



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter



Demens&Alderspsykiatri

Demens&Alderspsykiatri utkommer fire ganger i året.
Abonnement koster per år: Norge: kr 320 Norden: kr 390

Utgiver

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

Layout/trykk

BK Gruppen, Tove Aasrum, Sandefjord

Det redaksjonelle arbeidet er avsluttet 14. februar 2009.



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 i samråd med forfatterne. 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 meningsyttringer. 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
Mobil: 915 39 065
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, dr.philos
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, PhD
Sykehuset Innlandet HF, Tlf. 96 88 35 35

Anne Marie Mork Rokstad, enhetsleder
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
Tlf. 22 11 77 27

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
Oslo universitetssykehus, Ullevål
Medisinsk divisjon, Bygning 37
N-0407 OSLO
Tlf: 22 11 77 28 / 33 34 19 50
e-mail: tidsskriftet@aldringoghelse.no

www.aldringoghelse.no

Fagpressen



- 4 Antipsykotika til eldre: Farene er kjent – forskrivningspraksis fortsetter som før
Geir Selbæk, Harald A. Nygaard
- 8 Hva sier legene, og hva sier myndighetene?
- 10 Tilbud til personer med demens i norske kommuner
- 12 Hvor bindende er et vedtak om sosiale tjenester?
- 13 Delirium – en vanlig og farlig tilstand blant eldre
Vibeke Juliebø
- 17 Betydningen av kognitiv profil for ADL-ferdigheter
Kolbjørn S. Brønnick
- 20 Kronikk: Mellomlederens ledelsesfilosofi – avgjørende for kvaliteten i demensomsorgen
Rita Jakobsen
- 23 Leserbreve: Hva vi gjorde med Foffa da Mimmi døde
- 24 KUNST? JA! En opplevelsesrunde tilrettelagt for personer med hukommelsessvikt
- 27 Oldemors hage – nytt tilbud til personer med demens i Oslo
Ellen-Louise Wasserfall
- 29 Frie midler – en modell som fremmer fagutvikling i sykehjem
Liv-Berit Knudsen, Toril Agnete Larsen, Toril B. Mobakken
- 33 Undervisningssykehjem i Songdalen – et demensfyrtårn
Kari Brodtkorb, Arild Nilsen
- 37 Kunnskap får oss til å spørre hvorfor! Studentsamling på Fagskole i demensomsorg og alderspsykiatri
- 39 Leon Jarners forskningspris for genforskning
- 41 Fins det Lewy body demens på Toten? Glimt fra demensdager med deltakerrekord og spennende program
- 43 Bokanmeldelse

Å vite det, kunne det, ønske det med – men gjøre det?

Vi vrir friskt på lpsen, for dette nummeret av Demens& Alderspsykiatri viser alvorlig sprik mellom kunnskap og praksis på flere områder.

Når over 30 000 personer i gruppen 70 år og eldre får forskrevet antipsykotika i Norge, strider det mot terapi-anbefalingene. «*Det økte fokuset på farene ved å bruke disse medikamentene hos eldre ser ikke ut til å ha medført noen vesentlige endringer i forskrivningspraksis.*» Dette står å lese i artikkelen av Geir Selbæk og Harald A. Nygaard.

Norsk forening for allmennmedisin innrømmer forbedringspotensial, men påpeker at ressursene i hjemmesykepleien og sykehjemmene må bli bedre. Myndighetene sier at de jobber med saken, og at blant annet normene for legetjenesten i sykehjem må oppjusteres. Tilsynsfokuset på sykehjem skal dessuten økes. Men hva med eldre som bor hjemme og forholder seg til sin fastlege – hvilket tilsyn har de? Og ville noe lignende ha kunnet pågå år etter år hvis pasientene hadde vært unge og taleføre?

En ny landsdekkende kartleggingsundersøkelse viser blant annet at dekningsgraden for tilrettelagte dagtilbud for personer med demens kun er på 6,8 prosent. Undersøkelser viser at dette er et godt tilbud for denne gruppen, kan være en kostnadseffektiv måte å tilrettelegge tjenester på og kan gi hensiktsmessig avlastning for pårørende. Støtte til pårørende kan utsette sykehjemsinnleggelse av den syke. Vanlig hode-regning skulle dermed tilsi at kommunene satset sterkt på dagsentre for personer med demens, men bare 30 prosent av landets kommuner har et tilbud, og antall plasser er beskjedent. Hva er jokeren i denne kabalen?

I sin kronikk om lederansvar viser Rita Jakobsen at den kunnskapen mange ansatte har, ikke alltid kommer til anvendelse i praksis. Hvorfor er det slik? For kunnskap kan endre praksis – det forteller entusiastiske studenter på Fagskolen.

Ragnhild M. Eidem Krüger

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





Geir Selbæk, Psykiater PhD, Alderspsykiatrisk kompetansesenter,
Sykehuset Innlandet HF og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
Harald A. Nygaard, professor emeritus, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus

Antipsykotika til eldre: Farene er kjent – forskrivningspraksis fortsetter som før

Over 30 000 personer i gruppen 70 år og eldre bruker antipsykotika i Norge. Terapi anbefalingen advarer mot bruk av antipsykotika hos eldre. Det økte fokuset på farene ved å bruke disse medikamentene hos eldre ser ikke ut til å ha medført noen vesentlige endringer i forskrivningspraksis. Dette kommer frem i artikkelen nedenfor, som gir et skremmende bilde av manglende sammenheng mellom forskrivningspraksis og det man vet om virkninger og bivirkninger hos eldre. (Red.)

Høsten 2008 bragte svenske riksmidia nyheten om at forbruket av antipsykotika blant eldre var svært høyt sammenlignet med yngre aldersgrupper. Sentrale fagpersoner i Sverige uttrykte fortvilelse over situasjonen. De pekte på at medikamentene har usikker effekt og kan gi omfattende bivirkninger hos eldre. De svenske tallene fra 2007 viste at mer enn 45 884 personer over 75 år brukte antipsykotiske medikamenter (1). Det tilsvarer 56,5 personer per 1 000 innbyggere.

Antipsykotika er først og fremst indisert ved psykiske tilstander som schizofreni, paranoid psykose, akutte psykoser og schizofrenilignende tilstander. Med unntak for paranoide psykoser forekommer disse tilstandene fortrinnsvis i yngre aldersgrupper (2). Det er derfor rimelig å anta at mange eldre får antipsykotika som behandling for andre tilstander. Demens er en vanlig sykdom hos eldre med forekomsttall på 25-35 prosent i gruppen over 85 år (3). I populasjonsstudier har man funnet at omkring 25 prosent av personer med demens har psykotiske symptomer (4).

Tekstboks 1

Risk Ratio (relativ risiko) er et forholdstall som angir hvor mye større sannsynlighet det er for en hendelse i én gruppe sammenlignet med en annen.

Et konfidensintervall er en måte å angi usikkerheten i en måling på. Et 95 prosent konfidensintervall angir det område som den virkelige verdien med 95 prosent sannsynlighet befinner seg innenfor.

En rekke kliniske studier har undersøkt effekten av antipsykotika ved psykose og agitasjon hos personer med demens. I metaanalyser konkluderes det med at effekten er begrenset og at behandlingen er beheftet med risiko for alvorlige bivirkninger, som ufrivillige bevegelser, slag og økt dødelighet (5). Økt mortalitet ser ut til å gjelde både for de tradisjonelle og de nyere, såkalte atypiske antipsykotika (6).

Vi vil beskrive bruk av antipsykotika blant eldre i Norge i forhold til alder, kjønn og utvikling over de siste fire årene.

Materiale/metode

Tallene i denne artikkelen er hentet fra Nasjonalt reseptbasert legemiddelregister (Reseptregisteret) (7). Tallene er fritt tilgjengelige på internett med adresse: <http://www.reseptregisteret.no/>. I reseptregisteret registreres alle som henter legemidler på resept i Norge. Bruk av legemidler i sykehus eller sykehjem er ikke inkludert i registeret.

Antall doser er angitt i form av definerte døgndoser (DDD) pr år. Måleenheten DDD er definert som den antatt gjennomsnittlige døgndosen ved medikamentets hovedbruksområde hos voksne (8).

For kategoriske variabler er resultatene lest inn i Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 15.0. Sammenheng mellom bruk av antipsykotika og henholdsvis kjønn og aldersgrupper, samt endringer i andel brukere av antipsykotika fra 2004 til 2007, er analysert ved hjelp av Risk Ratio med et 95 prosent konfidensintervall (KI) (se tekstboks 1).

Resultater

I 2007 var det 521 457 personer i Norge som var 70 år eller eldre. Av disse brukte 25 581, eller 49,1 per 1 000 innbyggere, antipsykotika. Fordelt på kvinner og menn var det henholdsvis 56,3 og 38,6 brukere av antipsykotika per 1 000 innbyggere (RR=1,46 [95 prosent KI 1,4 -1,5]).

Tabell 1 viser antall brukere av antipsykotika per 1 000 innbyggere i forskjellige aldersgrupper.

Det er størst andel brukere av antipsykotika i de eldste aldersgruppene. For Risperdal og Haldol er det henholdsvis fire ganger (RR=4,13 [95 prosent KI 3,6-4,7]) og ti ganger (RR=10,40 [95 prosent KI 9,2-11,7]) større sjanse for å bruke medikamentet hvis man er i gruppen 90+ sammenlignet med aldersgruppen 50-59 år. Andelen brukere av Stemetil er høyest i aldersgruppen 80-89 år med fem ganger større andel brukere enn i aldersgruppen 50-59 år (RR=5,47 [95 prosent KI 5,2-5,8]).

Antall doser per bruker målt i DDD (definert døgndose) er 56,4 i gruppen 70 år eller eldre, 135,7 i gruppen 60-69 år og 181,2 i gruppen 50-59 år.

Figur 1 (s. 6) viser utvikling i antall brukere av antipsykotika per 1 000 innbyggere i perioden 2004-2007. Fra 2004 til 2007 har det vært en nedgang i andel brukere for antipsykotika totalt (RR=0,90 [95 prosent KI 0,89-0,92], Risperdal (RR=0,89 [95 prosent KI 0,84-0,95], Stemetil (RR=0,85 [95 prosent KI 0,83-0,88], Nozinan (RR=0,90 [95 prosent KI 0,87-0,94] og ingen endring for Haldol (RR=0,98 [95 prosent KI 0,97, 1,00]).

Figur 2 (s. 6) viser utvikling i antall doser (DDD) per bruker per år i perioden 2004-2007. Ingen enkeltmedikamenter viste en endring på mer enn ti prosent i antall doser (DDD) per bruker per år.

Diskusjon

I gruppen 70 år og eldre har nær fem prosent av innbyggerne i Norge fått utskrevet antipsykotika i 2007. Det tilsvarer over 25 000 personer. Tall fra Statens läkemedelsregister i Sverige viser at 5,6 prosent av personer i gruppen 75 år og eldre fikk utskrevet antipsykotika. I og med at forskrivningen øker med høyere alder tyder dette på at tallene fra Norge og Sverige er sammenlignbare. Bruk av antipsykotika blant pasienter i sykehjem er ikke registrert i Reseptregisteret. Omkring 25 prosent av sykehjemspasienter bruker antipsykotika (9). Da det bor nær 40 000 personer i sykehjem, vil mellom 5 000 og 10 000 personer i sykehjem bruke antipsykotika. Det betyr at over 30 000 personer i gruppen 70 år og eldre bruker antipsykotika i Norge.

Kjønn

Vi finner at en høyere andel av kvinner enn menn får utskrevet antipsykotika. Dette gjelder også i Sverige. Kjønnforskjellen kan skyldes at flere tilstander som kan gi psykotiske symptomer, som sent debuterende schizofreni, Alzheimers sykdom og depresjoner, er vanligere blant eldre kvinner enn menn (2).

Økende alder

For de fleste typer antipsykotika øker andel brukere med høyere alder. Eksempelvis er andelen brukere av Haldol i gruppen 90 år og eldre ti ganger høyere enn i gruppen 50-59 år. Risperdal brukes mer enn fire ganger så ofte i gruppen 90 år og eldre som i gruppen 50-59 år. Det er også verdt å merke seg at Nozinan, som er særlig ugunstig for eldre på grunn av antikolinerge og antiadrenerge bivirkninger, er den nest vanligste typen antipsykotika i gruppen 70 år og eldre, og har en høyere andel brukere i gruppen 80-89 år enn i gruppen 50-59 år.

Effekt og bivirkninger

Med unntak for eldre med demens er det gjort få studier av effekt og bivirkninger ved bruk av antipsykotika hos eldre. Konklusjonen fra metaanalyser er at antipsykotika i beste fall har moderat effekt ved behandling av psykose hos eldre med demens (10). En rekke studier har vist at eldre med demens er utsatt for alvorlige bivirkninger i form av slag og økt dødelighet (11). Dette gjelder for gamle så vel som nye antipsykotika. I tillegg vet vi at eldre er mer utsatt for ekstrapyramidale (parkinsonlignende) bivirkninger enn yngre personer som bruker antipsykotika (12). Dette har resultert i at de fleste behandlingsanbefalinger advarer mot bruk av antipsykotika ved demens.

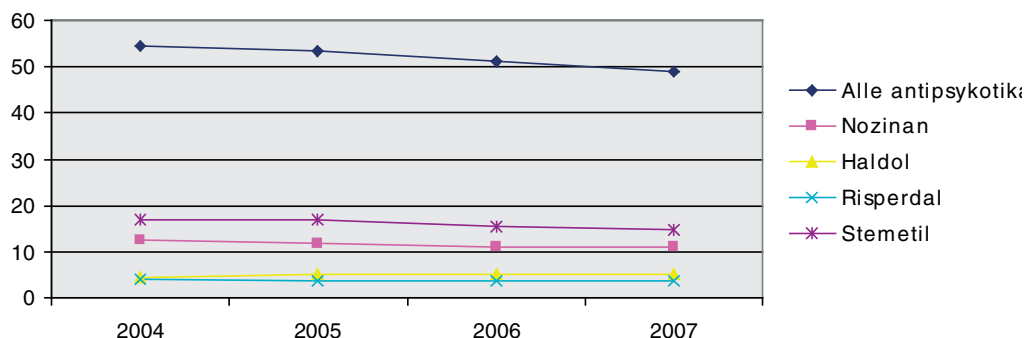
Tabell 1. Antall brukere av antipsykotika per 1 000 innbyggere i 2007

	Alle	50-59	60-69	70-79	80-89	90 +
Alle antipsykotika	22.4	32.8	34.5	43.7	56.4	52.7
Nozinan	5.7	9.7	10.3	11.5	11.4	8.2
Trilafon	1.3	2.5	2.5	2.4	2.1	1.7
Stemetil	3.5	3.5	5.4	11.3	19.2	15.8
Haldol	1.0	1.0	1.5	3.2	7.0	10.7
Truxal	3.4	5.7	5.4	4.8	3.9	3.1
Zyprexa	3.3	5.0	4.0	3.8	3.9	3.2
Risperdal	1.7	1.8	1.7	2.3	5.0	7.4
Seroquel	1.8	2.0	1.5	1.7	2.3	1.9

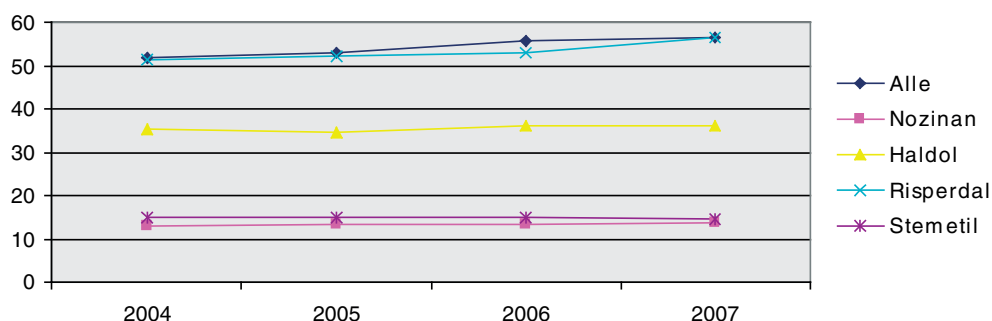
Tall fra Reseptregisteret, Nasjonalt folkehelseinstitutt
(www.reseptregisteret.no)

Fig 1.

Antall brukere pr 1000 innbyggere 70 år eller eldre i perioden 2004-2007


Fig 2.

Antall doser (DDD) pr bruker 70 år eller eldre pr år i perioden 2004-2007



Ved psykose eller agitasjon skal psykososiale tiltak forsøkes først. Hvis man starter med antipsykotika og oppnår effekt, bør prøveseponering skje etter tre måneder (13).

Utvikling over tid

De fire siste årene har det vært økt fokus på ulempene ved bruk av antipsykotika hos eldre, både i fagtidsskrifter og i media forøvrig. Selv om det har vært en liten nedgang i forskrivning av de fleste typer anti-

psykotika, ser det økte fokuset på farene ved å bruke disse medikamentene hos eldre ikke ut til å ha medført noen vesentlige endringer i forskrivningspraksis.

Doser

De eldste aldersgruppene får forskrevet færre doser (målt ved DDD) med antipsykotika enn de yngre. Årsaken kan være at de bruker lavere daglig dose eller at de får forskrevet antipsykotika over kortere tid. Dette funnet må tolkes med forsiktighet. I eldre

aldersgrupper forsvinner personene raskere ut av Reseptregisteret på grunn av at de blir lagt inn på sykehjem, sykehus eller fordi de dør. Mange vil dermed ikke rekke å hente ut flere doser av den forskrevne medikasjonen. Hvis vi sammenligner med data fra studier av medikamentbruk i sykehjem, er det likevel grunn til å anta at antipsykotika hos eldre forskrives i noe lavere daglig dosering. For sykehjemspasienter er det påvist at doseringen av antipsykotika kun er 43 prosent av DDD (14). Det er liten endring i antall doser antipsykotika per bruker i perioden 2004-2007. Dette styrker antagelsen om at forskrivningspraksis er relativt konstant til tross for økt oppmerksomhet i media og fagtidsskrifter.

Tekstboks 2. Indikasjoner for bruk av antipsykotika hos eldre, ifølge Felleskatalogen 2008

Trilafon	Senile psykoser, senil uro.
Haldol	Senil konfusjon. Lettere psykiske insuffisiens-tilstander med drag av uro, agitasjon...
Fluanxol	Senile atferdsforstyrrelser. Senile psykoser
Cisordinol	Konfusjons- og urotilstander ved senil demens
Risperdal	Alvorlige adferdsforstyrrelser hos pasienter med demens hvor aggresjon, agitasjon eller psykotiske symptomer er uttalte og fører til økt lidelse, økt grad av invaliditet for pasienten eller at pasienten representerer en fare for seg selv eller andre.
Seroquel	Ingen indikasjoner angitt for eldre
Stemetil	Kvalme, brekninger, svimmelhet

Tekst i Felleskatalogen

Den utbredte forskrivningen av antipsykotika for eldre er ikke basert på funn i kliniske studier. Den er heller ikke på linje med de rådende behandlingsanbefalinger. Årsakene kan være mange, men et blikk på de gjeldende behandlingsanbefalinger for antipsykotika avdekker flere merkelige formuleringer som kanskje kan bidra til den høye bruken av antipsykotika blant eldre (tekstboks 2). Uklare begrep som senil uro, senile atferdsforstyrrelser og senile psykoser er egnet til å skape forvirring, og det foreligger etter vår kunnskap ingen dokumentasjon for at medikamentene med disse uklare indikasjonene har effekt på uro, atferdsforstyrrelser eller psykoser hos eldre. Tvert imot er de forbundet med til dels alvorlige bivirkninger og vil i liten grad bli anbefalt for behandling hos eldre i det hele tatt. Risperdal har en spesifisert indikasjon mot alvorlige atferdsforstyrrelser ved demens, og er det eneste av disse medikamentene som har dokumentert effekt. Når man vet hvor nøye overveielserne var som lå bak Risperdals indikasjon, er det merkelig å konstatere at andre formuleringer, som er egnet til forvirring og malpraksis, fortsetter å stå i Felleskatalogen.

Stemetil er det hyppigst brukte antipsykotiske legemiddel. Det fremgår ikke av reseptregisteret hvilke indikasjoner som ligger til grunn for forskrivning av Stemetil. Erfaringer fra sykehjem tyder på at svimmelhet er den vanligste indikasjonen. En studie av 1 552 sykehjemspasienter viste at halvparten av de som brukte Stemetil, fikk det på indikasjonen svimmelhet (Sabine Ruths, personlig kommunikasjon). Dokumentasjonen for denne bruken er imidlertid uklar (15).

Sammendrag

Forskriving av antipsykotika er utbredt blant eldre. Over 25 000 personer i gruppen 70 år og eldre fikk forskrevet slike medikamenter i fjor. I tillegg vet vi at 25 prosent av sykehjemspasienter bruker slike medikamenter. Enkeltmedikamenter er opptil ti ganger mer vanlig i den eldste aldersgruppen sammenlignet med yngre aldersgrupper. Effekten av antipsykotika hos eldre er usikker, og behandlingen er beheftet med risiko for alvorlige bivirkninger. Terapi anbefalinger advarer mot bruk av antipsykotika hos eldre. Teksten i Felleskatalogen er for flere typer antipsykotika egnet til å skape forvirring. Dagens praksis for forskrivning av antipsykotika for eldre ser ikke ut til å være i tråd med de gjeldende behandlingsanbefalinger.

■ geir.selbaek@aldringoghelse.no
harald.nygaard@isf.uib.no

Referanser

1. Sosialstyrelsen. Läkemedel - statistik för år 2007. 2008. Report No.: 2008-46-1.
2. Hybels CF, Blazer DG. Epidemiology of late-life mental disorders. Clin Geriatr Med 2003;19(4):663-96, v.
3. Ferri CP, Prince M et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet 2005;366(9503):2112-7.
4. Leroi I, Voulgari A et al. The epidemiology of psychosis in dementia. Am J Geriatr Psychiatry 2003;11(1):83-91.
5. Schneider LS, Dagerman KS et al. Efficacy and Adverse Effects of Atypical Antipsychotics for Dementia: Meta-analysis of Randomized, Placebo-Controlled Trials. American Journal of Geriatric Psychiatry 2006;14(3):191-210.
6. Wang PS, Schneeweiss S et al. Risk of death in elderly users of conventional vs. atypical antipsychotic medications. N Engl J Med 2005;353(22):2335-41.
7. Reseptregisteret. 2008. Oslo, Nasjonalt folkehelseinstitutt. Ref Type: Generic.
8. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2007. Oslo: 2007.
9. Selbaek G, Kirkevold O et al. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. International Journal of Geriatric Psychiatry 2007;22(9):843-9.
10. Ballard C, Waite J. The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev 2006;(1):CD003476.
11. Schneider LS, Dagerman KS et al. Risk of Death With Atypical Antipsychotic Drug Treatment for Dementia: Meta-analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. JAMA: The Journal of the American Medical Association 2005;294(15):1934-43.
12. Jeste DV, Caligiuri MP et al. Risk of tardive dyskinesia in older patients. A prospective longitudinal study of 266 outpatients. Archives of General Psychiatry 1995;52(9):756-65.
13. Statens legemiddelverk. Medikamentell behandling av atferdsforstyrrelser og psykologiske symptomer (BPSD) hos personer med demens. 2005.
14. Nygaard HA, Bakke KJ et al. Mental and physical capacity and consumption of neuroleptic drugs in residents of homes for aged people. Acta Psychiatr Scand 1989;80(2):170-3.
15. Hanley K, O'Dowd T et al. A systematic review of vertigo in primary care. British Journal of General Practice 2001;51(469):666-71.

Rettelse

I artikkelen Bivirkninger ved bruk av acetylkolinesterasehemmere av Harald A. Nygaard, D&A nr 4-2008, har det sneket seg inn en feil: *Demens er et samlebegrep for lidelser som er kjennetegnet ved kronisk, reversibel og vanligvis progredierende svekkelse av kognitive funksjoner.*

Det riktige er*irreversibel og vanligvis progredierende svekkelse...*

Redaksjonen beklager feilen.



Tekst: Ragnhild M. Eidem Krüger

Hva sier legene, og hva sier myndighetene?

Vi har bedt om kommentarer til artikkelen foran, både fra legehold, myndighetene og Felleskatalogen. Kontakten har skjedd via e-post.

Forbedringspotensial, men rammene må også endres

Leder av Norsk forening for allmennmedisin, Gisle Roksund, mener legene har et forbedringspotensial:

– Det er uheldig å gi medisiner med en rekke potensielle bivirkninger, slik disse medikamentene har. Undersøkelsen er gjort på pasienter utenom sykehjem, men det er dessverre grunn til å tro at bruken av antipsykotika til gamle, svake, multimedisinerte pasienter med flere sykdommer er vel så stor i sykehjem som i hjemmebasert omsorg. Antipsykotika er sannsynligvis hyppigste årsak til legemiddelrelaterte problemer i sykehjem, og vi arbeider for å få bruken av slike medisiner ned. For eksempel har vi samarbeid med Universitetet i Oslo om prosjektet Kollegabasert Terapiveiledning (KTV-prosjektet), hvor spesialutdannede allmennleger reiser rundt til kolleger og underviser blant annet om slike medikamenter og deres bivirkninger. Riktig bruk av legemidler er et satsningsområde i vår videre- og etterutdanning av allmennleger. KTV-prosjektet har vist at et pedagogisk tilrettelagt kollegabasert etterutdannelseprogram reduserte feilforskrivning med 17 prosent. Et slikt opplegg bør derfor videreutvikles.

Men: jeg tror at de aller fleste allmennlegene nok er klar over de mulige bivirkningene, men vurderer situasjonen dithen at medisinerings likevel kan være «det minste av flere onder». Situasjonen i så vel hjemmebasert omsorg som i sykehjemmene er at urolige og uklare eldre ikke får den menneskelige hjelp og bistand de trenger. Det kan være urolige og aggressive menn hvor kona ikke får nødvendig bistand eller sykehjemsplass til mannen. Og det kan være på sykehjem hvor bemanningen er marginal og en derfor mer eller mindre tvinges til å medicinere. Det er svært uheldig, men krever tiltak av en helt annen type.

Har ikke leger et selvstendig ansvar for å påpeke forhold som tvinger dem til å utføre behandling som ikke er medisinsk forsvarlig? Har Norsk forening for allmennmedisin tatt dette opp med sentrale helsemyndigheter?

– Legeforeningen har arbeidet med dette i ulike sammenhenger i lang tid. Foreningen har dokumentert behov for bemanning og kompetanse en rekke ganger vis-à-vis myndighetene.

Statens helsetilsyn: Økt tilsynsfokus på tjenester til eldre

Statens helsetilsyn opplyser at tilsynsfokuset på tjenester til eldre skal økes i årene fremover. I fjor utviklet Helsetilsynet en veileder for tilsyn med legemiddelbehandlingen i sykehjem.

– I veilederen legges det opp til at tilsynet skal ha fokus på om de systemmessige forholdene ved sykehjemmet sikrer at legemiddelbehandlingen som gis er forsvarlig. I dette ligger blant annet om kommunen og ledelsen ved sykehjemmet har lagt forholdene til rette slik at det enkelte helsepersonell kan utføre oppgavene sine på en forsvarlig måte. Sykehjemslegens medisinskfaglige skjønn knyttet til behandlingen av den enkelte pasient er ikke en del av denne type tilsyn. Men det må kunne forventes at sykehjemmet har etablert rutiner for kritiske trinn i legemiddelbehandlingen og at ledelsen følger med på om rutinene fungerer. Dette gjelder for eksempel rutiner for oppfølgingen av sårbare grupper som pasienter med mental svikt, uro og andre atferdsproblemer som behandles med antipsykotiske midler og/eller andre psykofarmaka. Avvik som blir avdekket ved disse tilsynene vil bidra til å sette fokus på rammebetingelsene for legemiddelbehandlingen i sykehjem, herunder på betydningen av god styring og ledelse.

Helsedirektoratet: Viktig fokus

Helsedirektoratet understreker at det er viktig å sette fokus på legemiddelbehandling av personer med demens.

– Direktoratet er kjent med at flere undersøkelser de senere år har avdekket et for høyt bruk av antipsykotiske legemidler til eldre, opplyser avdelingsdirektør Kristin Mehre, avdeling Omsorg og tannhelse.

– Saken er satt på dagsorden som en del av de tiltakene en ønsker å følge opp i Demensplan 2015. Dette gjelder både rutiner for legemiddelhåndtering til personer med demens og legemiddelbehandling. I direktoratets oppfølging av tiltak fra legemiddelmeldingen er det i 2009 satt spesielt fokus på eldre og utfordringene knyttet til skifte av omsorgsnivå, samt at det arbeides videre med tiltak for å stimulere til økt bruk av multidoser. Multidose kan bidra til at bruken og håndteringen av legemidler blir enklere og mer oversiktlig.

Mehre påpeker at sykehjemslegene har en viktig rolle i oppfølgingen av pasienter med demens.

– Kommunenes lokale normering av legetjenesten i sykehjem 2007 viste et udekket behov som tilsvarer 111 årsverk. Helsedirektoratet skal i 2009 følge opp kommunenes arbeid med og realiseringen av de lokale normene for legetjenesten i sykehjem.

Felleskatalogtekstene

I artikkelen foran kommer det frem kritiske synspunkter på enkelte av tekstene som omhandler antipsykotika. Redaktør Bente By Jansen i Felleskatalogen peker på at av de 25 felleskatalogtekstene som omtaler prepa-

rater klassifisert som antipsykotika, er det fire tekster i tillegg til Risperdal, som inneholder en eller flere av de nevnte begrepene (senil uro, senile atferdsforstyrrelser og senile psykoser) eller lignende under avsnittet Indikasjoner.

– Indikasjonsordlyden i de aktuelle felleskatalogtekstene er sjekket mot siste godkjente preparatomtaler (SPC) på Legemiddelverkets hjemmeside og funnet å være i tråd med disse. Ifølge Legemiddelforskriften skal felleskatalogtekstene være i samsvar med siste godkjente SPC.

Hva vil dere gjøre for å oppdatere teksten, og hvor raskt vil det skje?

– Felleskatalogtekstene kan ikke oppdateres med mindre SPC oppdateres. Endring av informasjonen i SPC kan initieres enten av legemiddelfirmaene eller av myndighetene. Alle endringer i SPC må vurderes og godkjennes av Legemiddelverket før felleskatalogteksten kan oppdateres. Denne vurderingen gjøres for mange legemidler gjennom et samarbeid med europeiske legemiddelmyndigheter, for å sikre lik informasjon i alle land. Endring av SPC er derfor i mange tilfeller en omfattende og tidkrevende prosess. Felleskatalogen er ikke kjent med hvilke endringer som er søkt, men ønsker selvsagt at felleskatalogtekstene i så stor grad som mulig skal gjenspeile de aksepterte behandlingsanbefalinger. Felleskatalogen vil derfor i denne saken kontakte de aktuelle legemiddelfirmaene. Firmaene kan deretter vurdere hvorvidt endringer er aktuelt eller påkrevd og eventuelt diskutere dette med myndighetene.

Landskonferansen i alderspsykiatri 2009

Den årlige landskonferansen i alderspsykiatri går av stabelen i Oslo 15.-17. juni. Konferansen henvender seg i hovedsak til den alderspsykiatriske spesialisthelsetjenesten.



I tilknytning til Landskonferansen arrangerer NorAge – Nordic Society for Research in Brain Ageing, sin konferanse 14.-15. juni samme sted. Konferansen foregår på engelsk.

Informasjon om kongressene finner du på vår hjemmeside www.aldringoghelse.no



LOVISENBERG
DIAKONALE HØGSKOLE



Øk din kompetanse - ta videreutdanning!

- Aldring og eldreomsorg, 60 stp
- Aldersdemens, 30 stp
- Palliativ omsorg, 30 stp

Søknadsfrist: 1. mai 2009

www.ldh.no Tlf 22 35 82 00 admin@ldh.no



Tekst: Ragnhild M. Eidem Krüger

Tilbud til personer med demens i norske kommuner – ny landsdekkende kartleggingsundersøkelse

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har gjennomført sin fjerde landsdekkende undersøkelse av tilbud til personer med demens i norske kommuner. De forrige ble gjennomført 1996-1997 (1), 2000-2001 (2), 2004-2005 (3).

Kompetansesenteret skal de nærmeste årene arbeide med utviklingsprogrammer innen fagområdet demens, om utredning og diagnostikk, tilrettelagte dagtilbud og avlastningsordninger for personer med demens og om tilbud til pårørende. Utviklingsprogrammene er initiert gjennom Demensplan 2015 *Den gode dagen* (4).

I denne sammenheng er det viktig å få kartlagt omfanget av

- kommunale demensteam og demenskoordinatorer (tilbud om utredning)
- dagtilbud og avlastningsordninger for personer med demens og pårørende
- pårørendeskoler, samtalegrupper og kurs for pårørende
- planer om utvikling av nye tilbud til personer med demens og pårørende i kommunene.

Rapporten fra undersøkelsen blir publisert våren 2009 på Forlaget Aldring og helse, og i det følgende tas bare frem enkelte resultater. Kartleggingen har bestått av to spørreundersøkelser i 2007, først gjennom et skriftlig spørreskjema og deretter gjennom telefonintervjuer. Det foreligger svar fra alle landets 431 kommuner.

Utredning og diagnostikk

I Demensplan 2015 heter det: «Når demensplanen er gjennomført i 2015 skal den enkelte bruker være sikret utredning og diagnostisering ved mistanke om demens» (Ibid., s. 19). Kartleggingen viser blant annet at

- demensteam og/eller demenskoordinator som driver demensutredning fins i bare 25 prosent av kommunene

- det er store forskjeller mellom regionene med hensyn til hvor stor andel av kommunene som har tilbud om utredning
- omkring halvparten av utredningstilbudene utreder yngre personer (under 65 år)
- både hjemmeboende, pasienter i korttidsopphold på sykehjem og pasienter i langtidsopphold utredes.

Rapporten konkluderer blant annet slik:

«Det er fortsatt stort behov for å bygge opp tilbud om demensutredning i kommunene for å nå målsettingene i Demensplan 2015. (...) Geografiske forskjeller tilsier at man må ta i bruk modeller som er tilpasset lokale forhold. For en del kommuner kan interkommunalt samarbeid være en god løsning.» (s. 22)

Dagtilbud og avlastningsordninger tilrettelagt for personer med demens

Rapporten påpeker at internasjonale og nasjonale undersøkelser viser at spesielt tilrettelagte dagtilbud for personer med demens både er et godt tilbud for denne gruppen, kan være en kostnadseffektiv måte å tilrettelegge tjenester på, og ikke minst kan gi hensiktsmessig avlastning for pårørende. I utviklingsprogrammet skal tilrettelagte tilbud vurderes spesielt, og rapporten definerer nærmere hva som menes med tilrettelagte tilbud. Kartleggingen viser at

- kun 30 prosent av kommunene har tilrettelagte plasser i dagtilbud, og antallet plasser er lavt
- dekningsgraden av tilrettelagte plasser i dagtilbud er på bare 6,8 prosent
- kun 1,5 prosent av kommunene har dagtilbud i eget hjem.

Rapporten slår fast at:

«I årene fra 2000 og frem til 2005 var det svært liten endring i dekningsgraden, men i de siste 2-3 årene har det vært en liten økning. (...) Fortsatt er det likevel en svært liten andel av hjemmeboende personer med demens som har et tilrettelagt tilbud. Dette innebærer at det mangler et viktig ledd i omsorgskjeden i ca. 70 prosent av kommunene i Norge.» (s. 25)

Målsettingen ifølge Demensplan 2015 er at dekningsgraden skal være stor nok til at alle som har behov er sikret et slikt tilbud.

Kartleggingen viser ellers at det fortsatt bare er svært få tilbud som har åpent hele uken og på ettermiddager. Når det gjelder kompetansehevede tiltak for personalet får hele 85 prosent tilbud om fagdager og/eller kurs.

Rapporten konkluderer blant annet slik:

«Dagtilbud spesielt tilrettelagt for personer med demens er lite utbygd i Norge. (...) Alt for få av dem som får tildelt et dagtilbud er utredet med hensyn til demens før tilbudet gis, og det bør være et mål at alle utredes før eller i det minste i forbindelse med enkeltvedtaket om tildeling av et dagtilbud. Man bør oppmuntre primærhelsetjenesten ved demensteam/koordinator og fastlegen til å gjøre utredningen. (...) Individuell plan bør tas i bruk i større grad for brukere med behov for sammensatte helsetjenester (...). Det må være tilstrekkelig kapasitet i dagtilbudene til at man kan tildele brukere det antall dager per uke de har behov for. Også åpningstidene bør utvides og gjøres mer fleksible for å dekke brukernes og pårørendes behov.» (s. 33)

Tilbud til pårørende

I Demensplan 2015 står det: «Pårørende til mennesker med demens står ofte i en svært krevende omsorgssituasjon over flere år. De som påtar seg tunge omsorgsoppgaver skal få tilbud om omfattende avlastning og faglig støtte. (...) Pårørende skal få faglig veiledning om demenssykdommen (...). I planperiodens første fire år vil regjeringen sikre spredning av pårørendeskoler og samtalegrupper (...).» (s. 20, 21)

Kartleggingen viser at

- kun 15 prosent av kommunene har ett eller flere tilbud til pårørende
- 1,5 prosent av kommuner med færre enn 1500 innbyggere har slike tilbud
- nesten 60 prosent av kommuner med mer enn 25 000 innbyggere har slike tilbud
- nesten 20 prosent av kommunene har pårørendeskole, mens 41 prosent har samtalegrupper for pårørende
- kun ca. 20 prosent av pårørendetilbudene inneholder avlastning for pårørende for å gjøre det mulig for dem å delta
- 61 prosent av tilbudene finansieres av kommunale midler, 17 prosent av frivillige organisasjoner og 21 prosent av Demensforbundet.

Rapporten konkluderer blant annet slik:

«Kun 15 prosent av norske kommuner har tilbud om pårørendeskole, samtalegrupper eller kurs for pårørende til personer med demens. Særlig i små og mellomstore kommuner er det viktig å arbeide for å få igangsatt slike tilbud, siden få av disse har dette i dag. (...) Interkommunale løsninger kan etableres i mye større utstrekning enn i dag.»

Det må med andre ord gjøres et solid stykke arbeid i mange kommuner for at Regjeringens målsettinger i Demensplan 2015 skal bli oppfylt.

Referanser

1. Eek A, Nygård Aa-M. Innsyn og utsyn. Tilbud til personer med demens i norske kommuner. INFO-banken, Tønsberg, 1999.
2. Eek A, Nygård Aa-M. Et hjem for deg et sted for oss. Kommunenes botilbud til personer med demens. DEMENS vol 7, nr. 1, 2003.
3. Eek A., Nygård Aa-M. Lysning i sikte? Tilbud til personer med demens i norske kommuner. Forlaget Aldring og helse, Tønsberg 2006.
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2015 «Den gode dagen». 2007.

Revidert utgave av utredningsverktøyet er kommet!

Verktøyet for demensutredning i kommunehelsetjenesten er revidert og foreligger nå med nytt innhold. Det kan kjøpes ved henvendelse til **Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, telefon 33 34 19 50** eller lastes ned fra hjemmesiden **www.aldringoghelse.no**.

Pris for papirutgaven: **kr 75,-** per pakke
(5 stk. legeskjemaer, 5 stk. helse-/omsorgskjema, 1 stk. veileder, 1 stk. sjekkliste)

Ny utgave



Tekst: Ragnhild M. Eidem Krüger

Hvor bindende er et vedtak om sosiale tjenester?

Hvor står brukerne når et kommunalt tiltak legges ned? Kari Hansen, 75 år og med begynnende demens, har vedtak om plass på dagsenter for å få mental stimulans, men kommunen legger ned dagsenteret. Har Kari Hansen noen rettigheter, og hvilke plikter har kommunen?

Sentrale myndigheter legger stor vekt på at dag-sentertilbud er nødvendige i en omsorgskjede. Et av punktene i Demensplan 2015 som det bevilges penger til over statsbudsjettet for inne-værende år, er nettopp utvikling av gode modeller for dagtilbud til personer med demens.

Dagsentre er imidlertid ikke en lovpå-lagt tjeneste, og enkelte kommuner legger ned dagsenterdrift for å spare penger. Hva da med brukerne som har vedtak om plass i dagsenter? Demens& Alderspsykiatri har henvendt seg til Aslak Syse, professor i offentlig rett ved Universitetet i Oslo og ekspert på velferdsrett.

– Det er ikke ulovlig å nedlegge dagsenteret, men fordi Kari Hansen har vedtak på en kommunal tjeneste, ville det være ulovlig å ikke fatte et nytt vedtak som tar hensyn til hennes behov for tjenester.

Det er hennes konkrete hjelpebehov som avgjør hvilken hjelp hun har rett til etter kommunehelse-tjenesteloven eller sosialtjenesteloven, og kommunen skal vurdere omfanget av tjenesten hun skal ha. Hvis man har ment at et dagsentertilbud er nødvendig for Kari Hansen, må kommunen bestemme hvilket tilbud som kan være tjenlig for henne når dagsenteret ikke fins lenger.

Alle som mister dette dagtilbudet må vurderes individuelt i forhold til sosialtjenesteloven, og det må fattes nytt vedtak for hver enkelt. Hvis det er personer som går på dagsenteret uten å ha vedtak, er de svakere stilt rettslig i denne situasjonen.

Hvem skal vurdere kvaliteten på det ene tilbudet sett i forhold til det andre?

– Fagskjønnet skal i utgangspunktet utøves av kommunen. Kari Hansen har på sin side rett til å

påklage vedtaket til Fylkesmannen, enten selv eller ved hjelp av pårørende.

En av fem klager fører til omgjøring

Det er vedtatt ved lov at også pasientombudene skal kunne ta imot klager på vedtak, men det er ikke bestemt når loven trer i kraft. Pasientombudene vil kunne være behjelpelige med å utforme klager til

Fylkesmannen og ivareta klagerens interesser.

Aslak Syse viser til at omkring 20 prosent av klagene på sosiale tjenester blir omgjort.

– Fylkesmannen kan vurdere om det nye tilbudet til Kari Hansen er godt nok. Hvis ikke, kan kommunen pålegges å gjøre det godt nok.

Kvalitetsforskriften er viktig!

Aslak Syse fremhever betydningen av Kvalitetsforskriften når tiltakenes kvalitet skal vurderes. Sosialtjenesteloven pålegger kommunene å ha tjenester som praktisk bistand og opplæring, avlastningstiltak, støttekontakt, plass i institusjon eller bolig med heldøgns tjenester og omsorgslønn. Den sier ikke hvordan den enkelte tjenesten skal utformes.

– Jeg tror ikke alle kommuner har klart for seg at Kvalitetsforskriften gjelder som norm for alt som gis av sosialtjenester i kommunene.

I forskriften heter det blant annet: «...klienten skal oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet, selvstendighet og styring av eget liv, få dekket (...) sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet (...).»

Det er neppe vill gjetning å tro at ikke alle tjeneste-mottakere opplever dette. Er det like alvorlig å bryte Kvalitetsforskriften som å bryte sosialtjenesteloven?

– Sosialtjenesteloven gir Kari Hansen rettigheter. Dermed kan vedtak etter loven overprøves rettslig på en annen måte enn Kvalitetsforskriften, som pålegger kommunene å gi tjenester av en viss kvalitet. Tilsyns-myndigheten som utøves av fylkesmennene og Statens helsetilsyn vil imidlertid være opptatt av om Kvalitetsforskriftens krav oppfylles.



Aslak Syse



Vibeke Juliebø, lege og stipendiat, Universitetsseksjonen,
Geriatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål

Delirium – en vanlig og farlig tilstand blant eldre

Delirium kommer av greske lira, plogfure, spor, og betyr «av sporet». Avsporingen er et tegn på en overbelastning av hjernen, en akutt «hjernesvikt».

Betegnelsen delirium ble første gang brukt i en medisinsk tekst av Celsus i det første århundre e. Kr., og sammen med mani og melankoli var delirium blant de første mentale lidelser som ble beskrevet (1-3). Hippokrates har også mange referanser til delirium i sine arbeider, men til tross for nærmere 3 000 år med forskning er delirium fremdeles vanskelig å definere og forstå (1, 4, 5).

Delirium (tidligere kalt akutt forvirring eller akutt konfusjon) er et klinisk syndrom kjennetegnet av endret mental status. (Tekstboks 1) Endringene oppstår brått og symptomene er svingende. Pasienten kan være nærmest helt uten symptomer på dagtid, for så å bli veldig forvirret og urolig om natten. Tilstanden kan vare fra noen få timer til flere måneder, men den skal

per definisjon være forbigående. Delirium er utløst av en somatisk sykdom eller skade og er ikke en primær hjernesykdom. Mange forbinder begrepet delirium med delirium tremens (alkoholisk delirium), men selv om delirium også kan utløses av alkohol eller alkoholabstinens, er syndromet i utgangspunktet definert som en ikke-alkoholutløst tilstand. Kjernesymptomene ved delirium er uoppmerksomhet og kognitiv svikt, men man ser også endringer i bevissthetsnivå, desorganisert tankegang, persepsjonsforstyrrelser, vrangforestillinger, hallusinasjoner og endringer i søvn-/våkenhetssyklus (6). Atferdsendring og forverring av kognitiv funksjon kan være uttrykk for delirium hos pasienter med demenssykdom.

Delirium kan deles inn i to hovedgrupper basert på psykomotoriske symptomer: 1) hyperaktive symptomer (agitasjon, hyperreaktivitet, aggressivitet, hallusinasjoner, vrangforestillinger) og 2) hypoaktive symptomer (nedsatt reaksjonsevne, retardasjon¹⁾ av tale og motoriske funksjoner, mimikkfattige ansiktsuttrykk) (7). Omtrent 26 prosent av pasientene har et hypoaktivt delirium, 22 prosent har et hyperaktivt delirium, 42 prosent har et blandet delirium, mens 10 prosent av pasientene med delirium ikke er psykomotorisk påvirket (8).

Forekomst og komplikasjoner

Delirium rammer svært mange eldre mennesker. Ved innleggelse i sykehus har 14-24 prosent av pasientene delirium. Opptil 50 prosent av alle eldre utvikler delirium etter en operasjon, og blant eldre pasienter innlagt i en intensivenhet utvikler 70-87 prosent av pasientene delirium (9). Selv om forekomsten av delirium i befolkningen generelt er lav, er forekomsten raskt stigende med alderen, og 14 prosent av alle mennesker over

Tekstboks 1

Diagnosekriterier DSM-IV

Alle kriteriene A-D må være oppfylt.

A Forstyrret bevissthet med nedsatt evne til å fokusere, opprettholde og endre oppmerksomhet, særlig i relasjon til stimuli fra omgivelsene.

B Forstyrret kognisjon (særlig redusert hukommelse, desorientering eller påvirket talefunksjon) eller utvikling av persepsjonsforstyrrelser som ikke kan forklares av en allerede kjent demenstilstand.

C Akutt debut (timer, dager) av symptomer som fluktuerer gjennom døgnet og fra dag til dag.

D Fra anamnese, klinisk undersøkelse og/eller laboratorieundersøkelser kan **en eller flere etiologiske faktorer** identifiseres.

¹⁾ Retardasjon: Nedsatt tempo.

85 år lider av delirium (9). I en svensk studie blant eldre i sykehjem og aldershjem fikk 44 prosent av beboerne diagnostisert delirium på undersøkelsestidspunktet (8).

De fleste forbinder delirium med hyperaktive symptomer, og mange pasienter med hypoaktive symptomer forblir derfor udiagnostisert. Konsekvensen av denne underdiagnostiseringen er at pasientene påføres unødige lidelser og komplikasjoner. Alle som arbeider med eldre bør ha kjennskap til diagnosen og gjenkjenne symptomene på delirium. Eldre med akutt sykdom og eldre som legges inn i sykehus bør vurderes med tanke på delirium minst én gang per skift. Confusion assesment method (CAM) er et nyttig hjelpemiddel for å vurdere om det er sannsynlig at pasienten lider av delirium (10). CAM er godt validert og kan brukes både av sykepleiere og leger. Se tekstboks 2.

Det er gjerne sykepleierne, andre pleiere og pårørende som kjenner pasienten best og som derfor er best egnet til å vurdere om pasientens kognitive funksjon er endret. Spesielt hos pasienter med demenssykdom kan det være vanskelig å vurdere endringer i kognitiv funksjon uten opplysninger fra pårørende eller andre som kjenner pasienten godt. Ved delirium kommer endringene i løpet av timer eller dager og er karakterisert av et svingende forløp, uoppmerksomhet, desorganisert tankegang og/eller endret bevissthetsnivå.

Delirium er assosiert med kognitiv svikt, førstegangs plassering i sykehjem og død (11-13). En studie som fulgte hoftebruddspasienter i fem år, viste at blant pasienter som utviklet delirium i forbindelse med bruddet var 72 prosent døde etter fem år, mot 35 prosent av pasientene som ikke utviklet delirium i forbindelse med bruddet (14). Det er holdepunkter for at delirium er en skadelig tilstand i seg selv, samtidig som det er en viktig markør på en underliggende sårbarhet eller skrøpelighet. Studier har vist at delirium til en viss grad kan forebygges og behandles, og det er rimelig å anta at man ved å forebygge tilstanden også kan redusere dødelighet og andre komplikasjoner som man ser i forbindelse med delirium (15-17). Delirium kan forebygges ved å optimalisere medisinsk behandling samt sørge for god ernæring, smertelindring, mobilisering og generelt god pleie.

Tekstboks 2

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM) KORTVERSJON

Inouye et al. Ann Int Med 1990; 113: 941-948. Norsk oversettelse ved Anette Hylen Ranhoff, Marianne Hjermstad og Jon Håvard Loge, 2004

INTERVJUER:

DATO:

I AKUTT DEBUT OG VEKSLLENDE FORLØP		BOKS 1	
a) Finnes det tegn på akutte endringer i pasientens mentale tilstand i forhold til hvordan han/hun er til vanlig?	Nei ☐	Ja ☐	
b) Vekslet den (unormale) atferden i løpet av dagen, det vil si, hadde tegnene en tendens til å komme og gå eller øke eller avta i styrke?	Nei ☐	Ja ☐	
II UOPPMERKSOMHET			
Hadde pasienten problemer med å holde oppmerksomheten, for eksempel ble han/hun lett distraert, eller hadde han/hun problemer med å få med seg det som ble sagt?	Nei ☐	Ja ☐	
III DESORGANISERT TANKEGANG		BOKS 2	
Var pasientens tankegang desorganisert eller usammenhengende, for eksempel usammenhengende eller irrelevant konversasjon, uklare eller ulogiske tankerekker, uforutsigbar endring fra tema til tema?	Nei ☐	Ja ☐	
IV ENDRET BEVISSTHETSNIVÅ			
Generelt sett, hvordan vurderer du pasientens bevissthetsnivå?			
☐ Våken (normal) ☐ Oppspilt (anspent) ☐ Somnolent (sovning, lett å vekke) ☐ Stuporøs (omtåket, vanskelig å vekke) ☐ Komatøs (umulig å vekke)			
Er det noen kryss i det grå feltet?		Nei ☐	Ja ☐

Hvis alle punktene i Boks 1 og minst ett i Boks 2 er besvart med JA, er diagnosen delirium sannsynlig.

Tekstboks 3

Alvorlige årsaker til delirium

Hypoksi, blødningsanemi
 Urinretensjon
 Frakturer
 Hjerneslag
 Hjerteinfarkt
 Lungeemboli
 Intoksikasjoner
 Akutt abdomen
 Infeksjoner (meningitt, sepsis, pneumoni)
 Endokrinologi (hypoglykemi, binyresvikt)
 Elektrolyttforstyrrelser

Tekstboks 4

Hvordan sikre oksygenering av hjernen?

Adekvat oksygenering av hjernen

- Gi oksygen
- Systolisk blodtrykk >100
- Gi blod ved anemi
- CPAP ved behov

Blodsukker mellom 6 og 12

Gi febernedssettende

Intravenøs væske ved dehydrering

Korrigere elektrolytter

Aktiv forebygging og behandlig av komplikasjoner

Risikofaktorer

Delirium kan ramme alle mennesker hvis traumet eller belastningen blir stor nok, men tilstanden er vanligst hos barn og eldre. Alle medisinske tilstander og skader kan utløse delirium og årsaken er ofte multifaktoriell (9, 18). Utvikling av delirium er forårsaket av en kompleks interaksjon mellom predisponerende faktorer som kognitiv svikt, kroniske sykdommer, multifarmasi og sansesvikt, og utløsende faktorer. For pasienter med mange eller alvorlige predisponerende faktorer kan deliriet bli utløst av en liten belastning (som for eksempel urinveisinfeksjon), mens det må en større belastning til hos mennesker med liten grad av predisponerende faktorer. Demenssykdom, høy alder, alkoholmisbruk, feber, hjertesykdom, KOLS, smerte, lavt blodtrykk og enkelte legemidler er alle risikofaktorer som har blitt assosiert med delirium (12, 18-22). Det er spesielt legemidler med sterk antikolinerg effekt, så som tricykliske antidepressiva og høydoseantipsykotika (for eksempel levomepromazin, klorpromazin og klorprotiksen) som er blitt assosiert med delirium, men midler mot urininkontinens og en rekke vanlige legemidler som furosemid (vanndrivende medikament), morfin og antihistaminer har også en svak antikolinerg effekt og kan bidra til å utløse eller vedlikeholde et delirium. Svært mange faktorer er assosiert med delirium, men det gjenstår fremdeles å forstå hvordan en gruppe med så heterogene risikofaktorer kan lede til det samme kliniske syndromet.

Delirium er kjennetegnet av akutt kognitiv svikt, til forskjell fra demens som er preget av en kronisk kognitiv svikt. Uoppmerksomhet er også et mer fremtredende trekk hos pasienter med delirium. Mennesker som har en nevrodegenerativ lidelse, som Alzheimers demens og vaskulær demens, har øket risiko for å utvikle delirium (6). Demenssykdom er den predisponerende faktoren som har vist sterkest assosiasjon med delirium. Blant eldre i sykehjem vil ca. 40 prosent av beboerne med delirium ha en demenssykdom. Demens er følgelig en betydelig risikofaktor for delirium, men de fleste pasienter som utvikler delirium har ikke en demenssykdom. Pasienter uten demenssykdom har imidlertid en betydelig øket risiko for å utvikle demenssykdom etter å ha gjennomgått et delirium. Etter fem år oppfyller nærmere 70 prosent av pasientene som har gjennomgått delirium kriteriene for demens, mot 20 prosent av pasientene som ikke har gjennomgått delirium (14).

Behandling

Eldre har ofte en annen og mindre organspesifikk sykdomspresentasjon enn yngre voksne, og delirium kan være det eneste symptom på en alvorlig underliggende sykdom som hjerneblødning eller hjerteinfarkt (tekstboks 3).

Pasienter med delirium bør derfor alltid utredes i sykehus. Et unntak kan være pasienter med kjent

demenssykdom der det skal mindre til for å utløse et delirium. Disse pasientene kan behandles i hjemmet eller på sykehjem dersom man er rimelig sikker på utløsende årsak og omsorgssituasjonen er tilfredsstillende. Spesielt hos pasienter med moderat til alvorlig demens må man vurdere nøye om det er sannsynlig at den underliggende medisinske tilstanden er så alvorlig at den krever behandling i sykehus. Skifte av miljø vil kunne forverre og forlenge et delirium hos disse pasientene.

Delirium behandles ved at man 1) behandler utløsende årsak, 2) sikrer god blodtilførsel til hjernen (tekstboks 4), 3) seponerer alle medikamenter som ikke er absolutt nødvendige i akutsituasjonen og 4) sørger for god pleie. Det er viktig å skjerme pasienten fra inntrykk, samtidig som man må unngå at han eller hun blir liggende alene på et rom. Tilstanden kan oppleves som svært skremmende, og pasienten bør ha fastvakt eller en pårørende hos seg hvis det er praktisk mulig. Pårørende må informeres om tilstanden og at det er av stor betydning for pasienten å ha kjente personer hos seg. Sørg ellers for god ernæring, tidlig mobilisering, synlige klokker, stimulering av døgnrytme med dagslys om dagen og søvn om natten og bruk av syns- og hørselshjelpemiddel. Vær oppmerksom på at det kan ta noe tid før pasienten klarer opp etter at man har startet behandlingen. Ingen medikamenter har i vitenskapelige studier vist god forebyggende eller behandlende effekt av delirium. Søvn kan induseres ved bruk av klomethiazol (300-600 mg) om kvelden, og psykotiske symptomer kan behandles med antipsykotika, haloperidol (0,5-2 mg po x 2-4) eller risperidon (0,5-1 mg inntil x 2) hvis man ikke kommer til målet med skjerming og god pleie (23). Klomethiazol må bare gis til pasienter som er respiratorisk og sirkulatorisk stabile, og pasienter med demens med Lewy legemer eller tidligere malignt nevroleptikasyndrom skal ikke behandles med antipsykotika. Medikamentell behandling skal kun benyttes i akutfasen og langvarig bruk øker faren for bivirkninger.

Konklusjon

Delirium er en akutt og forbigående kognitiv svikt som rammer mange eldre. Årsaken er en interaksjon mellom predisponerende faktorer og utløsende somatisk sykdom eller skade, og behandlingen rettes i første omgang mot utløsende årsak. Enhver somatisk tilstand kan utløse et delirium, og delirium kan være det eneste tegnet på alvorlig sykdom. Pasienter med demenssykdom har øket risiko for å utvikle delirium, men de fleste pasientene som utvikler delirium har ikke en demenssykdom. Delirium fører til øket risiko for komplikasjoner, demenssykdom og død. Tilstanden kan forebygges og behandles.

■ vibeke.juliebo@medisin.uio.no

Referanser

1. Adamis D, Treloar A, et al. A brief review of the history of delirium as a mental disorder. *History of Psychiatry* 2007; 18: 459-69.
2. Lindsay J. The concept of delirium. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders* 1999; 10 :310-4.
3. Ranhoff AH. Aldring og hjernesykdommer. Delirium: epidemiologi, diagnostiske kriterier og patofysiologi. Engedal K, Wyller TB, editors. 2003; 245-277.
4. Francis J. Three millennia of delirium research: moving beyond echoes of the past. *Journal of the American Geriatrics Society* 1999; 47:1382.
5. Francis J. A half-century of delirium research: time to close the gap. *Journal of the American Geriatrics Society* 1995;43:585-6.
6. MacLulich AMJ, Ferguson KJ, et al. Unravelling the pathophysiology of delirium: A focus on the role of aberrant stress responses. *Journal of Psychosomatic Research* 2008; 65:229-38.
7. Camus V, Gonthier R, Dubos G, et al. Etiologic and outcome profiles in hypoactive and hyperactive subtypes of delirium. *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology* 2000; 13:38-42.
8. Sandberg O, Gustafson Y, et al. Clinical profile of delirium in older patients.[see comment]. *Journal of the American Geriatrics Society* 1999; 47:1300-6.
9. Inouye SK. Delirium in older persons. *New England Journal of Medicine* 2006 ; 354: 1157-1165+1116.
10. Inouye SK, van Dyck CH, et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine* 1990; 113 :941-8.
11. Inouye SK. Prevention of delirium in hospitalized older patients: risk factors and targeted intervention strategies. *Annals of Medicine* 2000; 32:257-63.
12. Edlund A, Lundström M, et al. Clinical profile of delirium in patients treated for femoral neck fractures. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders* 1999; 10:325-9.
13. Lundström M, Edlund A, et al. Reorganization of nursing and medical care to reduce the incidence of postoperative delirium and improve rehabilitation outcome in elderly patients treated for femoral neck fractures. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 1999;13:193-200.
14. Lundström M, Edlund A, et al. Dementia after delirium in patients with femoral neck fractures. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2003; 51:1002-6
15. Lundström M, Edlund A, et al. A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. *J Am Geriatr Soc* 2005 Apr;53(4):622-8.
16. Lundström M, Olofsson B, et al. Postoperative delirium in old patients with femoral neck fracture: a randomized intervention study. *Aging-Clinical & Experimental Research* 2007;19:178-86.
17. Pitkälä KH, Laurila JV, et al. Multicomponent geriatric intervention for elderly inpatients with delirium: a randomized, controlled trial. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences* 2006; 61:176-81.
18. Inouye SK. Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized older patients. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders* 1999; 10:393-400.
19. Dasgupta M, Dumbrell AC. Preoperative risk assessment for delirium after noncardiac surgery: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society* 2006; 54:1578-89.
20. Bruce AJ, Ritchie CW, et al. The incidence of delirium associated with orthopedic surgery: a meta-analytic review. *International Psychogeriatrics* 2007;2:197-214.
21. Bitsch M, Foss N, et al. Pathogenesis of and management strategies for postoperative delirium after hip fracture: a review. [see comment]. [Review] [53 refs]. *Acta Orthopaedica Scandinavica* 2004; 75:378-89.
22. Elie M, Cole MG, et al. Delirium risk factors in elderly hospitalized patients. *Journal of General Internal Medicine* 1998; 13:204-12.
23. Ranhoff AH. Drug therapy of delirium in the elderly. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 2004, 124:3072-4.



www.aldringoghelse.no

Bruk hjemmesidene!

Vi minner om at det ligger nyttig informasjon på våre hjemmesider. På www.aldringoghelse.no finnes informasjon om kurs og konferanser, bibliotekstjenester og mye mer. Klikker du deg videre til Tidsskrift, finnes oversikt over alle numre av Demens&Alderspsykiatri siden starten i 1997, med innholdsfortegnelse. Noen av våre artikler ligger i fulltekst på nett, og oversikt over samtlige artikler finnes ved å gå gjennom innholdsfortegnelsene. Vi legger fortløpende inn smakebiter fra kommende nummer.

For dette nummeret vil du dessuten finne referanser til artikkelen «Betydning av kognitiv profil for ADL-ferdigheter ved demens». (Red.)



Psykolog PhD Kolbjørn S. Brønnick, Nasjonalt Kompetansesenter for Bevegelsesforstyrrelser, Stavanger Universitetssjukehus

Betydningen av kognitiv profil for ADL-ferdigheter ved demens

Felles for demensdiagnosene er at de krever en varig, ervervet kognitiv svikt som følge av hjernesykdom, samt at denne svikten er alvorlig nok til at den influerer på dagliglivets funksjoner (1).

Det er velkjent at ulike demenstilstander i ulik grad vil påvirke forskjellige kognitive funksjonsdomener. For eksempel er Alzheimers sykdom nesten alltid karakterisert ved en tidlig markert hukommelsessvikt der pasienter har vansker med ny læring og episodisk minne (2). Vi vet at denne typen kognitiv svikt er forårsaket av patologi som rammer deler av temporal-lappene (blant annet hippocampus, entorinalkortex og parahippocampale gyri) i storehjernen (Ibid.). Ved demens med Lewy legemer og demens ved Parkinsons sykdom ser man en langt mer uttalt eksekutiv svikt og oppmerksomhetssvikt, samt svikt i visuospatiale¹⁾ funksjoner (3). Ved de fleste demenstilstander vil det være slik at en ser en global kognitiv svikt etter som sykdommen forverres, men likevel kan det være betydelige forskjeller i kognitiv profil (4).

Et sentralt spørsmål relatert til forekomsten av slike ulike kognitive funksjonsprofiler, er om dette også lar seg relatere til forskjeller i dagligdags funksjonsnivå (activities of daily living, ADL). Er det slik at ulike kognitive funksjoner har ulik betydning for ADL-ferdigheter, og er det slik at dette systematisk er assosiert med ulike typer ADL-ferdigheter ved ulike demenstilstander? Dette er viktige spørsmål, for hvis det kan dokumenteres at ulike kognitive funksjoner har ulik effekt på ADL-ferdigheter, vil det kunne tilsi at en bør ha et særskilt fokus på de viktigste kognitive funksjonene ved utredning av demens og ved medisinsk oppfølging av den enkelte pasient. Det kan også ha konsekvenser for behandling og for hvilke støtte-tiltak pasienter vil trenge.

Dagliglivets funksjoner (ADL)

Det er vanlig å dele dagliglivets aktiviteter inn i «grunnleggende» ADL-ferdigheter (5) og «instrumentelle» ADL-ferdigheter (IADL) (6). Grunnleggende ADL inkluderer ferdigheter som er nødvendige for å klare seg i eget hjem, som bading, av- og påkledning, spising, toalettbruk og å kunne gå uten hjelp. IADL inkluderer ferdigheter som kreves for å kunne leve uavhengig i samfunnet. Eksempler er å kunne bruke telefon, økonomistyring, å kunne bruke transportmidler osv.

Ved demenstilstander finner en vanligvis først svikt i IADL-ferdigheter (7, 8) og generelt er IADL i større grad korrelert med kognitivt funksjonsnivå enn generelle ADL-ferdigheter (9).

Kognitive funksjoner

Kognitive funksjoner relatert til hjernens funksjoner kan deles inn i følgende hovedkategorier (10):

- Hukommelse
- Språk
- Motorikk
- Persepsjon
- Eksekutive kontrollfunksjoner og oppmerksomhet.

I tillegg vil en ofte se begrepet «visuospatiale funksjoner». I demenslitteraturen er disse ofte uklart definert og blir vanligvis målt ved bruk av tegneoppgaver der figurer skal kopieres. Slike tester kalles gjerne «visuokonstruksjonstester». Resultater fra slike tester lar seg ikke enkelt tolke, for de krever vanligvis betydelige innslag av eksekutive kontrollfunksjoner i tillegg til den rent visuelle kognisjon som er involvert.

I denne sammenhengen fokuseres det på hukommelse og eksekutive funksjoner/oppmerksomhet, siden dette er funksjoner som i størst grad skiller de ulike nevrodegenerative demenssykdommene.

¹⁾ Visuospatiale funksjoner: Funksjoner som krever evne til å forstå rom og handle i forhold til rom (red.)

Hukommelse

Hukommelse er et sentralt begrep i demenslitteraturen, siden diagnosesystemene ICD10 og DSM-IV krever hukommelsessvikt for at en skal kunne sette demensdiagnose. Dette vil trolig endres ettersom det kommer en økt kunnskap om demenstilstander der hukommelsessvikt kan være lite uttalt tidlig i forløpet, som ved demens med Lewy legemer (11).

Hukommelse er et svært sammensatt fenomen, men i forhold til demens er det spesielt evne til ny læring av deklarativ informasjon (som man har bevisst tilgang til og kan henvise til verbalt) og lagring (retensjon) av denne, som er viktig. Som nevnt ovenfor er dette det mest sentrale tidlige kognitive problemet ved Alzheimers sykdom (2). De fleste hukommelsestester som anvendes ved demensmisstande måler disse ferdighetene.

Eksekutive kontrollfunksjoner og oppmerksomhet

De eksekutive kontrollfunksjonene omfatter flere typer kognitive ferdigheter som muliggjør planlegging, initiering, sekvensering²⁾ og monitorering (kontroll av egen atferd for å oppdage eventuelle feilhandlinger eller uhensiktsmessigheter) av komplisert, målrettet atferd (12). I tillegg er det vanlig å kategorisere begreper som vilje, vurderingsevne, innsikt og abstraksjonsevne som eksekutive funksjoner (12).

Historisk sett er begrepet «eksekutive funksjoner» ofte brukt bortimot synonymt med «frontale funksjoner». Årsaken til dette er at skader i hjernens frontallapper og assosierte fronto-subkortikale baner er nært assosiert med eksekutiv dysfunksjon. Imidlertid er det misvisende å bruke disse begrepene synonymt, fordi en kan observere eksekutiv svikt også ved mer diffus hjerneskade som ikke rammer frontallappene.

Begrepet «oppmerksomhet» overlapper delvis med eksekutive funksjoner, men er mer generelt. Ofte vil begrepet «kontrollert oppmerksomhet» eller «oppmerksomhetsk kontroll» være ensbetydende med eksekutiv kontroll. I tillegg omfatter oppmerksomhetsbegrepet fenomener som vigilans og selektiv oppmerksomhet. Vigilans viser enten til evnen til å vedlikeholde oppmerksomhet over tid, eller en generell grad av årvåkenhet («alertness»). Selektiv oppmerksomhet viser til evnen til å fokusere på avgrensede deler av omgivelsene og til å filtrere bort distraherende elementer av de samme omgivelsene.

Siden kognitive funksjoner er direkte relatert til atferdsmessig kapasitet, synes det opplagt at de må ha en nær forbindelse til dagligdagse funksjoner. For eksempel er de eksekutive funksjonene definert som

sentrale for kontroll av kompleks atferd. Imidlertid er relasjonen mellom kognisjon, operasjonalisert ved kognitiv testing, og ADL-funksjoner mer uklar enn en skulle tro, og forskningen er ikke så omfattende og systematisk som ønskelig.

Generell innflytelse av kognitive funksjoner på ADL

Forskningskomitéen til «The American Neuropsychiatric Association» publiserte i 2007 en oversiktsartikkel der de undersøkte betydningen av kognitive funksjoner for ADL og IADL (13). Oversikten inkluderte 100 artikler som ble funnet av tilfredsstillende kvalitet, hvorav 27 artikler omhandlet nevropsykiatriske problemstillinger, 34 var fra den geriatrike litteraturen og syv fra rehabiliteringslitteratur eller annet. Man inkluderte kun studier som undersøkte flere kognitive funksjoner og rapporterte ved bruk av multivariate³⁾ analyser hvor mye av varians⁴⁾ i ADL eller IADL som kunne relateres unikt til hver kognitive funksjon. Man fant at det hadde liten betydning om en studerte ADL og IADL separat, og derfor valgte en å ikke skille mellom disse i analysene.

Når en skal tolke resultatene fra denne oversiktsartikkelen vil en støte på begrepet «forklart varians». I denne sammenhengen viser det til hvor stor andel av resultatene på ulike ADL-mål som kan relateres til de kognitive domeneskårene, etter at effekten av andre kognitive domeneskåre er kontrollert for.

Hovedfunnet var at eksekutive kontrollfunksjoner hadde størst betydning for ADL, med en gjennomsnittlig forklart varians på 6,5 prosent. Av alle kognitive tester kom «The executive interview» (EXIT25) (14) best ut, med en gjennomsnittlig forklart varians som var høyere enn 20 prosent (13). Mye brukte tester som «Tower of London» (15), Wisconsin Card Sorting Test (16), Trail making del B (17) og Stroop (Ibid.) kom alle sammen vesentlig dårligere ut, med en forklart varians på mellom 0 og ca. syv prosent.

Det viste seg at hukommelse hadde vesentlig mindre betydning for ADL/IADL enn eksekutive funksjoner. Gjennomsnittlig forklarte hukommelse bare omtrent to prosent av variansen i ADL/IADL. Av enkelttester kom Hopkins Verbal Learning Test (HVLT) (18) best ut med en forklart varians på ca. 14 prosent. Imidlertid er det grunn til å være skeptisk til dette resultatet, siden andre tester som ligner mye på HVLT kom svært mye dårligere ut. Eksempler på dette er

²⁾ Sekvensering: Å gjennomføre aktiviteter i riktig rekkefølge (forf.)

³⁾ Multivariate: som omfatter mer enn én variabel.

⁴⁾ Varians: Varians refererer i dette tilfellet til en måling man foretar av samme fenomen for flere ulike individer og der resultatene varierer fra individ til individ. En variabel refererer til et slikt målt fenomen som viser varians. (forf.)

California Verbal Learning Test (19) og Rey Auditory Learning Test (25).

Av de øvrige undersøkte kognitive domener fant en følgende forklart varians:

- Visuospasiale funksjoner: 3 prosent
- Oppmerksomhet: 2 prosent
- Verbale funksjoner: 3.5 prosent

En må tolke disse resultatene med forsiktighet, for her omhandlet en betydelig andel av studiene andre problemstillinger enn demens. En stor andel av studiene fokuserte for eksempel på pasienter med schizofreni.

Betydningen av oppmerksomhetssvikt ved demens assosiert med Parkinsons sykdom

Undertegnede har deltatt i en studie som tar for seg betydningen av ulike kognitive funksjoner for ADL og IADL ved demens ved Parkinsons sykdom (20). I denne studien ble 461 pasienter undersøkt med et relativt omfattende nevropsykologisk batteri og med Alzheimer's Disease Cooperative Study-Activities of Daily Living (ADCS-ADL) (21) som mål på ADL/IADL. Det viste seg at et sett oppmerksomhetstester var den klart beste kognitive prediktoren på ADL (12 prosent uavhengig forklart varians). IADL var vanskelig å tolke siden en andel av pasientene ikke bodde i egen bolig. Oppmerksomhet hadde like stor betydning som motorikk for ADL-funksjonene til disse pasientene med Parkinsons sykdom og demens. Det var presisjonsnivå på en computerbasert oppmerksomhetstest kalt «digit vigilance» som viste sterkest sammenheng med ADL. I denne testen skulle pasientene trykke på en knapp når et siffer på en dataskjerm var identisk med et målstimulus.

Det kan være flere forklaringer på at oppmerksomhet er så sterkt assosiert med ADL-funksjoner ved Parkinsons sykdom. Det er mulig at oppmerksomhet er av spesielt stor betydning akkurat for denne gruppen fordi evnen til å bevege seg påvirkes av sviktende oppmerksomhet. Spesielt ser det ut til at forekomst av fall er assosiert med oppmerksomhetssvikt (22, 23) av lignende type som i undertegnede studie som referert ovenfor (20). Årsaken til dette kan være at sviktende oppmerksomhet kan påvirke evnen til å registrere hindringer som kan føre til fall, men det er også sannsynlig at sviktende oppmerksomhet fører til fall ved at motoriske funksjoner og balanse ikke kontrolleres adekvat via oppmerksomhet. Pasienter med Parkinsons sykdom er også svært sårbare for oppmerksomhetssvikt siden deres motoriske problemer til dels representerer en reduksjon av motorisk «automatikk». Bevegelser som for friske kan utføres uten bevisst oppmerksomhetskontroll, krever for disse pasientene betydelig konsentrasjonsevne. Dette kan redusere oppmerksomhetsressurser tilgjengelige for mentale operasjoner og øvrig aktivitet.

Ressurskrav ved Alzheimers sykdom versus demens med Lewy legemer

Et mer indirekte mål på betydningen av kognitive funksjoner for ADL er hvilke ressurskrav (for eksempel pleietjenester, hjemmehjelp, helsevesen osv.) ulike demenssykdommer medfører. I denne sammenheng er de relative ressurskravene assosiert med Alzheimers sykdom (AS) interessante når en sammenligner dem med demens med Lewy legemer (DLB). Sistnevnte medfører oppmerksomhetssvikt i langt større grad enn AS, og oppmerksomhetssvikt er et diagnostisk kjernekraterium for DLB. Bostrøm og kollegaer gjennomførte i 2007 en studie der 34 DLB- og 34 AS-pasienter ble undersøkt, matchet for kjønn, alder og total MMS (Mini Mental Status) skåre (24). En fant at DLB medførte betydelig høyere ressursbruk (384 000 svenske kroner per år) enn Alzheimers sykdom (169 000 svenske kroner per år). Det viste seg at hovedutgiftene for DLB-pasienter var knyttet til omsorgs- og boligkostnader. De trengte mer hjelp i hjemmet og var oftere bosatt i omsorgsboliger enn tilfellet var for personer med AS.

Siden DLB i større grad enn AS også er assosiert med hallusinasjoner og parkinsonisme, kan en ikke være sikker på at oppmerksomhetssvikt er hovedårsaken til de observerte forskjellene i ressursbruk, men det er et sterkt indisium som passer godt inn med den øvrige litteraturen.

Oppsummering og konklusjon

Forskningslitteraturen viser at eksekutive funksjoner og oppmerksomhet er de viktigste kognitive prediktorene på ADL-svikt når en ser ulike nevropsykiatriske og geriatrike problemstillinger under ett. Hukommelse og andre funksjoner har relativt sett klart mindre betydning for ADL enn eksekutive funksjoner. Dette bør føre til at en i utredning av demens fokuserer spesielt på eksekutiv svikt og oppmerksomhetssvikt, samt at dette vektlegges særskilt når en utreder og vurderer pasientens behov.

■ bronnick@gmail.com

Referanser

Referansene til artikkelen ligger som pdf-fil på vår nettside www.aldringoghelse.no

Mellomlederens ledelsesfilosofi – avgjørende for kvaliteten i demensomsorgen

Det ytes uten tvil mye god omsorg i norske sykehjem. Mennesker som velger slikt arbeid gjør det gjerne fordi de ønsker å arbeide med mennesker som trenger hjelp.

De bærer med seg fra egen oppvekst og eget liv moralske egenskaper som er nødvendige for å yte omsorg. Å være profesjonell omsorgsyter er både givende og krevende. Å arbeide med personer som har en demenssykdom er særdeles utfordrende fordi symptomene og reaksjonene ofte kan virke uhåndterlige (1). Mange som har fått diagnosen alderdemens blir behandlet på sykehjem. Tidlig på 1980-tallet ble idéen om skjermede enheter lansert som en profesjonell løsning som skulle imøtekomme behovene hos personer med demens. Kjennetegn på skjermede enheter var at de var små og oversiktlige, at de hadde høyere bemanningsfaktor og at de var skjermet fra ytre stimuli og uro. Videre ble personalet skolert til å håndtere de spesielle utfordringene møtet med demenspasienter gir. I mellomtiden har utviklingen ført til at mellom 70-80 prosent av pasienter på norske sykehjem har en mental reduksjon, hvilket gjør at de fleste personer med demens på et sykehjem ikke får plass i en skjermet enhet (2). Spesialkunnskapen blir således eksklusiv og står ikke i forhold til det reelle behovet for denne kunnskapen, som er like stort på de andre enhetene i sykehjemmet. De ansatte gjør så godt de kan, men den kunnskapsbaserte handling mangler ofte. Når kunnskap om for eksempel aldersdemens etterspørres, kommer gjerne de riktige svarene, blant annet fordi mange har vært på kurs eller tatt utdanning. Ved observasjon av rutiner, handlingsvalg og kommunikasjon på avdelingene finner en imidlertid ikke bestandig igjen disse kunnskapene (1). I forhold til personer med demens burde fagkunnskap være en naturlig del av hverdagen slik at personens liv og verdighet ivaretas.

Markedsøkonomi som ledelsesstruktur

I norsk helsetjeneste har markedsøkonomiske ledelsesstrukturer fått stadig større plass. Markedsøkonomiens begrepsbruk, for eksempel *strategisk tenkning, produksjon, effektivitet, kvalitetssikring og budsjett* er styrende for virksomhetene, i stedet for pasientenes behov for omsorg. De målbare størrelsene blir mer avgjørende for hvilket handlingsrom den enkelte aktør har, enn de etiske og faglige vurderinger som burde være grunnleggende for handlingen (1, 3).

Henriksen og Vetlesen (4) hevder at omsorg for den avhengige er selve kjernen i menneskers liv. Omsorg som velferdsstatens kjerneoppgave kan kun lykkes dersom handlingene styres av de omsorgsverdier samfunnet er bygget på. Omsorgsyterne har med seg inn i arbeidet et sett av normer som er nødvendig. Når dette området overlates til markedet og dets logikk, løsrives det fra sitt normative grunnlag, noe som skaper dårlige kår for omsorgshandlingene. Livsverdier og tjenester utvikles til å bli målt i penger (1, 3, 7). Rettigheter og ansvar blir til juridiske spørsmål. I norsk helsetjeneste fikk vi i 2001 et nytt sett av lovverk som illustrerer dette. Pasientrettighetsloven (5) og Lov om helsepersonell (6) er begge juridiske dokumenter som tilbyr og pålegger en minstestandard på helsetjenester. I arbeidskulturen viser dette seg ved at

- effektivitet er målet
- drift blir viktigere enn omsorg
- rutiner gjennomføres uavhengig av om de er gode eller dårlige for pasientene
- belønning knyttes til drift og lydighet til kulturens rituale.

Det inviteres til effektiv drift uten at kunnskaper om målgruppen er styrende for driften. Myndighetene gir ut et dobbelt budskap: kvalitet og kvantitet, men når de konkurrerer i samme budsjett er det ofte slik at den kvalitative omsorgen til den enkelte beboer ofres for budsjettbalansen. Målet blir gjerne ikke kvalitet, men *forsvarlighet* i betydningen «juridisk ryggdekning». Institusjonene underlegges sterk kontroll, for eksempel gjennom å definere omsorgsoppgaver i tilmålt tid. Personalets grunnleggende, individuelle verdier overskygges av kravet om effektivitet og oppgaveløsning. Personalet kan enten tilpasse seg systemet, eller ikke. De som gjør det første, vil i mange tilfeller til slutt bli det man kaller «fanget av systemet» og dermed ikke stille spørsmål ved de rutiner og ritualer som driften legger opp til. De som ikke tilpasser seg vil enten bli frustrert eller sykmeldt, alternativt definert som «hår i suppen», bli utbrent eller søke seg vekk fra institusjonen (3). Det kompliserte i denne måten å tenke institusjonell omsorg på er at omsorgens vesen, ønsket om å hjelpe den andre, kommer i annen rekke. De lydige vil således overføre effektivitet, drift og målbarhet til nye generasjoner i kulturen, og slik vil det bare tilfeldigvis være den enkeltes behov for profesjonell omsorg som danner grunnlaget for avdelingens virksomhet.

Hva er lederens oppdrag?

Ideelt sett er oppdraget å skape et verdig omsorgstilbud til personer med demens, en personorientert demensomsorg (1). Det dreier seg om å skape betingelser og rammer for at slik omsorg utvikles og ytes, det dreier seg om å håndtere de rammebetingelser som er gitt eller faglig å argumentere for å endre dem (3). En personorientert demensomsorg krever en ledelse som er opptatt av at pasientenes behov for omsorg skal styre driften og ikke omvendt. Helse-tjenestens systemer er basert på at pasienter og pårørende kan tilpasse seg systemets rutiner og ritualer. For personer med demens er dette nærmest en umulig oppgave, da tilpasning krever en kognitiv kapasitet som på grunn av demenssykdommen ofte er begrenset. Man kan ikke forvente tilpasning og mestring ved innleggelse i sykehjem (8). Dette er en kunnskap det i mange tilfeller ikke er tatt høyde for når institusjonens systemer og organisasjon etableres. Mellomlederens utfordring er å ha pasientenes behov som styrende i stedet for systemets. Målet er å tilrettelegge for en demensomsorg i tråd med den enkelte pasients behov og faglig anerkjente prinsipper. En av betingelsene for å lykkes med dette er at mellomlederen har gode kunnskaper om aldersdemens og konsekvensene av sykdommen, men også om ledelse og organisasjon. Kitwood (8) snakker om den kulturelle transformasjonsoppgave. Den kulturendring han viser til

handler om endringer av samfunnets syn på demens, men også om endringer av institusjonen som kultur.

Pleiekulturen

Demensomsorgen på sykehjem utøves i en arbeidskultur – mange vil kalle den en pleiekultur. Hva ligger i begrepet *pleiekultur*? Hvor godt kjenner vi den kulturen som omsorgen skal utfolde seg i? Pleiekulturen handler om tradisjonelle verdier og normer innenfor pleie- og omsorgsarbeidet, og om sammenhengen mellom disse verdiene og organiseringen av arbeidet. To aspekter er viktige i forhold til kultur i denne sammenheng:

- *Organisasjonen som maktfaktor, tradisjonsbærer og sannhetsregime*
- *Normer – betydningsfulle standarder, aksepterte atferdsmønstre og overbevisninger om hva som er sant og hva som ikke er det (3, 7, 8).*

Pleiekulturen reproducerer seg selv ved at menneskene i kulturen skaper rutiner og ritualer som overføres i generasjoner, gjerne uten at det stilles spørsmål ved rutinens egnethet i forhold til pasientgruppen. Kulturer har inklusjonskriterier og koder (3).

Kulturen må forstås for å påvirkes. Fenomenet kultur er reelt og har betydelig innvirkning på våre handlingsvalg. Hvis vi vil forstå den enkeltes og organisasjonens prestasjoner og de følelsene folk i organisasjonene har i forhold til dette, må vi ta kulturen i betraktning. Det er holdepunkter for å anta at kulturen er avgjørende både for kvaliteten og effektiviteten i en organisasjon. Kravet til hurtig å skifte perspektiv fordrer god organisatorisk innsikt og god evne til å skaffe seg overblikk for å kunne sikre forsvarlig omsorg. Kulturkunnskap er således vesentlig for å påvirke og forbedre aktiviteten i tjenesten. Kulturen må beskrives for å forstås, påvirkes eller kontrolleres (3, 8, 9).

Helsetjenestens kultur er, som tidligere sagt, ofte knyttet opp mot produksjon, effektivitet og drift. En slik kultur stiller tilsynelatende umulige krav til personer med demens, og kan i verste fall skape angst, forvirring og krise. Personalets engasjement i forhold til den enkelte pasient kan oppfattes som en plage fordi det forstyrrer drift, gjøremål og planene for dagen. På denne måten kan en såkalt driftsorientert kultur også virke fremmedgjørende både for pasienter, pårørende og personale (3, 7). Ledelse krever således innsikt i kulturen og kulturens mekanismer.

Hva opplever pleierne?

Jakobsen (7) har gjort en studie hvor 23 ansatte ved sykehjem ble stilt ett spørsmål: *Fortell om etisk vanskelige situasjoner i ditt arbeid på sykehjemmet*. Resultatene bekrefter i stor grad det som her er

beskrevet. Deres erfaringer viser at den moralske frustrasjonen er stor i demensomsorgen på sykehjem. Særlig fremheves problemstillinger som tilløp til tvangsbruk og krav til tilpasning. Informantene bruker uttrykket *Balanse mellom autonomi og verdighet*, og viser gjennom sine fortellinger at de har stor grad av moralsk integritet. Dette synes å være tilfelle til tross for, og ikke på grunn av, kulturens og systemets krav. Den sterke frustrasjonen pleierne gir uttrykk for, handler om egen utilstrekkelighet og systemets begrensninger. Også i dette materialet antydes det at mye av arbeidstiden går til drift. «*Vi får liksom ikke tid til pasientene.*» Gruppen deler seg når det gjelder erfaring med lederne. De som jobber på de «gode» avdelingene, forteller om kunnskapsrike ledere som regelmessig inviterer til etisk og faglig refleksjon. De beskriver en støttende leder som er tydelig i forhold til avdelingens overordnede mål: en personorientert demensomsorg. «*Vi blir stadig frustrert, men det er lettere å bære når lederen forstår og samler oss til diskusjon.*» I den andre delen av gruppen blir lederne fremstilt som årsaken til mye av frustrasjonen. De er ofte med på å skape en utrygg kultur gjennom å bidra til konspirasjoner eller ved ikke å gi rom for meningsutveksling. Disse avdelingene er ofte sterkt driftsstyrt med belønningssystemer knyttet til dette. Slik blir de etiske og faglige utfordringene gjort til individuelle anliggender som den enkelte pleier må bære alene, noe som regelmessig fører til sykemeldinger. På slike avdelinger er pleierne slitne og sykefraværet stort. «*Vi blir ikke hørt, vi møter veggen og blir umotiverte. Lederen åpner ikke for diskusjon. Jeg arbeider mest for meg selv, det er det beste. Men jeg kjenner meg sliten.*»

Å skape et personorientert omsorgstilbud

Gjensidig respekt og tillit utvikles kun der det foregår en interaksjon mellom lederen og medarbeiderne, der man stimulerer hverandre til å dele kunnskaper, verdier og normer. Refleksjon over egne og fellesskapets handlinger i ulike situasjoner er en vesentlig del av en profesjonell kultur. I vårt daglige virke i omsorgstjenesten utøves utallige bedømmelser som er vanskelige å begrunne, men vi går ofte tilbake til situasjonene og diskuterer våre handlingsvalg. Gjennom slike felles diskusjoner overføres og utvikles kunnskap. I kollektiv refleksjon presenteres situasjoner, man får frem så mange alternative tolkninger som mulig og blir enige om et felles tolkningssett og noen ledetråder for handling. Handlingsvalgene styres av pasientenes behov, fagkunnskap og et felles verdisett (10). En kultur som ikke arbeider kollektivt for å opprettholde og kvalitetsutvikle tilbudet, vil være statisk og lekke flinke fagfolk (3). En kollektiv refleksjon handler både om fag og etikk. I den kompleksiteten som kjenne-

tegner demensomsorgen vil det regelmessig oppstå situasjoner som krever kollektiv refleksjon.

At medlemmene i kulturen deltar i diskusjoner og i beslutningsprosesser, gir dem muligheter til å påvirke og ta ansvar. Det er en utfordring i ledelsesprosessen å bidra til en slik åpen kultur. Videre er det viktig at man i fellesskap ser på sammenhengen mellom handling og resultat, ved at medlemmene i kulturen betrakter kvalitet primært fra pasientenes ståsted og dermed gjør hensiktsmessige handlingsvalg.

Sentralt i kulturbygging ligger en type bevisstgjøring i forhold til verdivalg som baserer seg på pasientens behov, på den enkelte ansattes erfaring og integritet og den kollektive kunnskapsmasse og idé. Det er ønskelig å gi et bilde av kulturens forfekte verdier, de verdier man ønsker skal styre kulturens handlinger. Løvlie (11) hevder at klargjøring av verdier er med på å trene opp evnen til å tenke kritisk og analytisk, til å vurdere, ta stilling til og ta beslutninger. Alt dette er vesentlige egenskaper i pleie- og omsorgstjenesten, og skaper forutsetninger og større handlingsberedskap for å møte personer med demens og deres pårørende i en vanskelig livsfase.

En leder som ønsker en pasientorientert arbeidskultur må

- validere de ansattes opplevelser
- ta initiativ til refleksjon
- tilføre og utvikle kunnskap
- utvikle refleksjonskompetanse
- veilede før, i og etter situasjoner
- utfordre rammefaktorene.

Det trengs en leder med sterk motivasjon for å skape gode vilkår for en personorientert omsorg. En slik leder må ha sin største lojalitet hos pasienter og pårørende, samtidig som det å støtte opp om personalet både er smart og nødvendig for å oppnå målet. Å motivere medarbeidere fordrer kunnskap og engasjement. Evne til å begeistre er en sterk motivasjonsfremmer.

Vi vet at kulturer tradisjonelt har tendenser til å bygge virksomheten rundt rutiner og ritualer, men vi vet også at kunnskap og kompetanse bidrar til å skape fleksibilitet i disse ritualene dersom kulturen tillater det. Her kommer den faglige ledelse inn. Det er etter min oppfatning vanskelig å skape profesjonelle pleiekulturer uten mellomledere som ser nødvendigheten av å ivareta pasientgruppens behov gjennom kunnskapsbaserte arbeidsformer. Erfaringskunnskapen er viktig, men ikke tilstrekkelig i møte med mennesker rammet av demens (3, 7, 12).

Konklusjon

Mye tyder på at det i stor grad er drift som er det faktiske målet i mange omsorgstilbud til personer med demens. Rutiner og organisering skapes for

gjennomføring av fastlagte oppgaver knyttet til drift. Et omsorgstilbud basert på slike verdier vil i prinsippet være uforenlig med de spesielle behov personer med demens og deres pårørende har. Det fins mye kunnskap om demenssykdommene og opplevde konsekvenser av dem. Det er utfordrende å skape omsorgsenheter som kan omsette kunnskapen til praktisk handling. Til dette trengs det mellomledere som har sin motivasjon knyttet til å skape en verdig personorientert omsorg til personer med demens og deres pårørende. Disse lederne har både fag- og lederkompetanse og behersker således å se på avdelingene som noe mer enn driftsenheter som skal vise til effektivitet (3).

■ rita.jacobsen@ldh.no

Referanser

1. Jakobsen R. Ikke alle vil spille bingo om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem. Bergen: Fagbokforlaget 2007.
2. Nygaard H, Naik H.M. og Ruths S. Mental svikt hos sykehjemspasienter. Tidsskrift for norsk legeforening. 2000; 26:3113-3116.
3. Jakobsen R. Klar for fremtiden. Oslo: Gyldendal akademiske 2005.
4. Henriksen JO, Vetlesen AJ. Nærhet og distanse. Oslo: Ad Notam Gyldendal 2006.
5. Pasientrettighetsloven med endringer, sist ved lov av 30.6.06 nr. 45 (i kraft 1.1.07). Oslo: Cappelen akademisk forlag,
6. Helsepersonelloven med endringer, sist ved lov av 15.6.07 nr. 33). Oslo: Cappelen akademisk forlag.
7. Jakobsen R. Dignity at stake in elderly care as narrated by health personnel in nursing homes; 2008. Til vurdering i internasjonalt tidsskrift.
8. Kitwood T. En revurdering av demens. København: Munksgaard 1999.
9. Orvik A. Organisatorisk kompetanse. Oslo: Cappelen Akademiske forlag 2004.
10. Sveiby K, Risling A. Kunnskapsbedriften. Oslo: Cappelen forlag 2001.
11. Løylie L. Det pedagogiske argument. Oslo: Cappelen forlag: 1984.
12. Jakobsen R. «Det haindle om å leve.» Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Inst. for sykepleievitenskap 1995. Publikasjonsserie 1/95.

LESERBREV

Hva vi gjorde med Foffa da Mimmi døde

Mimmi var kommet fra sykehuset til rehabiliteringsavdelingen på sjukeheimen og hun var dårlig. Foffa, som har diagnosen Alzheimers sykdom, bor i etasjen under, på skjermet avdeling. De to har vært svært avhengige av hverandre hele livet.

Pleierne var veldig hjelpsomme. De hjalp til slik at Foffa fikk være med Mimmi mange timer hver dag på slutten. Det gjorde ham godt. Han passet på at hun hadde det godt og så til at hun ikke frøs. Det var rørende å se på når han satt og strøk henne.

Da slutten kom, var han hos henne og holdt henne i hånden. Han skjønte kanskje ikke så mye av det, men for oss var det naturlig å ha ham med. Godt å vite at han fikk være med henne helt til siste slutt. Godt å tenke på for Mimmi også. Vi så på henne at hun var roligere når han var der.

På begravelsesdagen fulgte jeg ham ned i kapellet slik at han fikk se henne en siste gang før begravelsen. Han reagerte lite, men lurte på om det ikke var litt kaldt for henne – omsorgsfull som alltid.

Vi leide en pleier med fra sjukeheimen, som skulle være til stede hvis det skulle være noe. Hun tok ham med seg til kirken rett før seremonien startet, slik at han slapp å sitte og vente den lange tiden sammen med oss.

Det ble en god dag for oss alle. Foffa hadde en fin dag da han fungerte utrolig godt. Han var med både under seremonien i kirken og til middag etterpå.

Han har i ettertid spurt etter Mimmi hver gang vi er i situasjoner det hadde vært naturlig for dem å være sammen. Det er selvfølgelig vanskelig å svare ham hver gang at hun er død og har vært det en stund nå, men det er med god samvittighet vi kan fortelle ham at han satt med henne og holdt henne i hånden helt til siste slutt. Spørsmålene vil antagelig komme mange ganger i tiden som kommer og svaret vil forbli det samme, men samvittigheten har det godt...

Janne (barnebarn)

KUNST? JA!

En opplevelsesrunde tilrettelagt for personer med hukommelsessvikt

Det er en kald og hustrig novemberformiddag i Helsingfors. I det finske nasjonalgalleriet Ateneum begynner publikum å sige inn. Noen for å se stor nasjonal kunst, andre for å studere en japansk særutstilling. Men en liten gruppe vet ikke helt hva de skal se – kanskje ikke en gang hvor de er.



Hva rører seg i kvinnen foran
Såret engel? Bildet av Hugo
Simberg byr på mange tolkninger.

Ateneum har inngått samarbeid med den finske Alzheimer Society, og museumskurator Satu Itkonen og undertegnede står og venter på en gruppe pasienter fra et av byens sykehjem.

– *Vi kaller opplegget Hukommelsessstien*, forteller Satu Itkonen.

– *Idéen kom fra den finske Alzheimer Society, men det fins et lignende opplegg på Museum of Modern Art i New York.*

(<http://moma.org/education/alzheimers.html>)

En god idé tar form

Prosjektleder Sari Högström i Alzheimer Society tok kontakt med Ateneum for et års tid siden fordi de ønsket å gi et kulturelt tilbud til personer med demens og hukommelsessvikt. Ateneum hadde tidligere laget et opplegg for mennesker med psykisk sykdom.

– *Vi kunne ikke begynne med noe stort og krevende – til det er vi for få ansatte her*, sier Satu Itkonen.

– *En runde som var tilrettelagt for en liten gruppe mennesker med hukommelsessvikt ville være vårt tilbud, og vi ønsket å gi våre guider opplæring for dette spesielle oppdraget. Fagfolk fra Alzheimer Society kom hit og ga informasjon om kommunikasjon og enkelte ting vi burde vite om demens og kognitiv svikt. Vi har hatt mange forskjellige grupper her, og har lært mye om kommunikasjon både med og uten ord.*

Vi startet med ti pilotgrupper, og siden har det vært et fast tilbud.

På Ateneums hjemmesider ligger det informasjon på finsk (www.ateneum.fi). Det er lagt inn bilder av en kunstner som opplevde at ektefellen fikk Alzheimers sykdom, informasjon om sykdommen og tips om hvordan man kan kommunisere om bildene. Det kan være til hjelp for folk som ikke så lett kommer til Ateneum. I museet er det dessuten lagt opp en runde med spesielt avmerkede bilder som kan egne seg for personer med hukommelsessvikt som kommer med egen ledsager.

Hva er dette?

Seks eldre kvinner kommer i rullestoler med assistanse fra enten ektefelle eller ansatt på institusjonen. De er tause. Trenger tid for å ta inn at de er på museum. Alle bortsett fra én har kognitiv svikt eller demens. En stor, fremmedartet bygning og mange fremmede ansikter kan skape usikkerhet og uro. Da er helperne gode å ha, og museumsguide Maria Ollikainen. Med enkle, vennlige ord ønsker hun velkommen til en runde der de skal se bilder de kanskje har sett før. På armen bærer hun en kurv. Den skal vise seg å inneholde små døråpnere for minnet.

Bildene vi ser er omhyggelig utvalgt. De omfatter kjente malere og motiver som er egnet til å vekke minner. En slik runde skal ikke inneholde for mange bilder. Et bilde der motivet er lek med hjemmespikkede

Satu Itkonen



båter virker kjent for et par av deltakerne, men ordene kommer nølende. Maria sier litt om hva som kan finnes i strandkanten. Hun trekker opp en boks fra kurven. Den inneholder tare som deltakerne får lukte på. Den kraftige lukten kjenner de igjen, og én begynner å beskrive hvordan de lekte ved sjøen da hun var liten.

Foran det store bildet Ainomyten av Akseli Gallen-Kallela forteller Maria litt om kunstneren. Bildet er malt ved forrige århundreskifte og er et av de mest kjente maleriene for et eldre finsk publikum. En i gruppen gjenkjenner bildet. Andre har enn så lenge nok med å ta inn det som hender. Det skal snart endre seg.

Isen brytes

Vi kommer inn i en sal med et stort bilde rett imot. «Å, det der har jeg også gjort mange ganger,» sier en av kvinnene. «Jeg også,» kommer det fra et par av de andre, og alle nikker samtykkende. «Det var tungt.» Isen er brutt.

Bildet fremstiller en kvinne som vrir opp tøy. Opp fra kurven tar Maria et stykke såpe som var vanlig å bruke til klesvask for en del år tilbake. Kvinnene tar på den, snuser på den og kommenterer livlig at dette har de kjennskap til. En skurekost kommer også frem og går rundt i gruppen. Kommentarene forteller at minnene om gulvvask og klesvask dukker opp både hos den ene og den andre. En av kvinnene begynner å synge en gammel sang om klesvask, og de andre smiler og lytter. Et godt øyeblikk.

I neste rom stanser vi ved en liten utgave av Rodins statue Tenkeren. «Hva gjør han?» spør Maria. «Kanskje han ber?» lyder et forslag. De diskuterer litt, og Maria forteller hva statuen og kunstneren heter. «Er han pen?», spør Maria. «Nei, han er altfor tynn,» sier en av kvinnene bestemt. Etter en liten tenkepause sier en annen: «Nei, en mann skal ha muskler, ikke være tykk.» Etter litt diskusjon er Tenkeren godtatt som et pent stykke mannfolk av sakkyndige kvinner. Maria vender smidig samtalen tilbake til kunsten.

«Figuren er laget av bronse. Den er svært tung,» sier hun og finner et gammeldags strykejern i kurven. Det er tungt for gamle hender, slik mange strykejern var da kvinnene startet sin husmorgjerning for flere tiår siden.



Maria Ollikainen er trygg veiviser gjennom kunstsamlingen. Her foran Ainomyten av Akseli Gallen-Kallela – et nasjonalt ikon.



Rodins Tenkeren vakte engasjement både i gruppen og blant hjelperne.

Kunst stimulerer

En av pleierne som følger med gruppen, gjør dette for andre gang. Hun er overbevist om at deltakerne setter stor pris på tilbudet.

– Vi registrerer at de gjenkjenner motiver eller får assosiasjoner til noe de selv har opplevd. Det fremkaller minner og følelser. De deltar i samtalen og virker mentalt stimulert. Når vi kommer tilbake til sykehjemmet kan vi ta opp igjen noe av det vi har opplevd og snakke om det. De husker ikke alle bildene, men de husker atmosfæren. Kvinnen jeg er sammen med nå har kommentert mange av bildene og sagt at det bringer frem mye fra hennes liv.

Har de mange andre tilbud der de bor?

– Nei, det er altfor liten aktivitet for dem som bor på institusjoner. Derfor er dette svært kjærkomment, både for dem og for oss som arbeider der. Det gir oss en felles opplevelse å snakke om. Vi kan slå opp i bøker og finne igjen enkelte av bildene, og friske på hukommelsen på den måten. Også hjemmeboende personer med demens vil ha glede av dette.

– Det gir deltakerne en følelse av å være som andre mennesker som går på utstilling, og det oppleves godt, skyter Satu Itkonen inn.

– Mange av pleierne som følger dem, sier at de eldre endrer atferd når de kommer hit. De blir mer positive og våkne, og de opptrer på linje med andre besøkende.

– Her kunne vi bodd, smiler ektemannen til en av kvinnene.

– Så kunne vi våknet hver morgen og sett på alle disse vidunderlige bildene. Jeg ville likt å bruke mye tid her sammen med min kone.

God kommunikasjon gir mer kommunikasjon

Tilbudet om kunstomvisninger på Ateneum er blitt en stor suksess, og nå er det grupper på besøk omtrent hver uke. Maria Ollikainen har vært guide gjennom hele perioden, og hennes evne til kommunikasjon, planlegging, men også improvisasjon har vært avgjørende for suksessen, sier prosjektleder Sari Högström fra Alzheimer Society.

– Det er svært viktig at hun vet en del om demens og kognitiv svikt, så hun vet hvordan hun skal snakke, hva hun skal ha med i kurven og hvordan hun skal respondere på deltakernes reaksjoner.

Runden er over. De eldre kvinnene som var tause da de kom, prater livlig og forteller om tidligere liv.

– Dette har vi registrert hver gang. Det går an å oppleve mye positivt selv om man har en demenssykdom, men vi må legge til rette for det. Mange som får en alzheimerdiagnose har mange år igjen av livet, og det er viktig at livskvaliteten er best mulig. Hvis de får positiv stimulans, går kanskje sykdomsutviklingen litt langsommere. I hvert fall opplever de flere gode øyeblikk.

Museumsbesøk

Oslo Bymuseum har i samarbeid med GERIA, Oslo kommunes ressurscenter for demens/alderspsykiatri, tilrettelagt for at sykehjemsbebore skal få lettere tilgang til museet.

Ellen Wasserfall i GERIA forteller at det nå skal lages omvisninger tilpasset personer med demens, etter mønster fra Ateneum i Helsingfors. (Red.)



Tekst: Ellen-Louise Wasserfall, GERIA

Oldemors hage

– nytt tilbud til personer med demens i Oslo

I fjor sommer åpnet Oldemors hage, en utstillingshage med gamle planter i Botanisk hage i Oslo. En stor del av hagen er tilrettelagt for personer med demens gjennom et samarbeid med GERIA som er Oslo kommunes ressurscenter for demens og alderspsykiatri. Demensrammede i byen har dermed fått et nytt kultur- og aktivitetstilbud.



Foto: Ellen-Louise Wasserfall



Foto: Botanisk Hage

Vakre og iøyenfallende blomster – minnerike opplevelser for gamle og unge.

Oldemors hage er et unikt tilbud til personer med demens og pårørende i Oslo. Hagen på Tøyen er antakelig landets første offentlige sansehage beregnet for denne gruppen. Oldemors hage ligger høyt og fritt med fin utsikt, og besøkende er velkommen til å se, lukte og ta på blomstene, sitte i lysthuset eller på en av de mange benkene. Hagen som har et vell av farger og store grupper med blomster, har i løpet av noen måneder rukket å bli et turmål for personer med demens, deres pårørende og ansatte på sykehjem.

Gamle stauder og gode opplevelser

Oldemors hage, som er en utstillingshage for historiske stauder, er blitt til gjennom samarbeid med Norsk genressurscenter og det nasjonale Plantearven-prosjektet. Tidligere ble prydplanter delt, flyttet og byttet og gitt som gaver mellom folk. Slik ble det knyttet personlige historier til plantene. De gamle plantene prydet tidligere hager, kirkegårder og parkanlegg,

men er nå i ferd med å forsvinne. De erstattes av plen, nyere planter eller nedbygges av for eksempel veier og nybygg. I Oldemors hage bevares plantearven for ettertiden og bidrar samtidig til å skape gode opplevelser for personer med demens.

Oldemors hage som sansehage for demensrammede er et resultat av samarbeidet mellom Botanisk hage – Naturhistorisk museum – Universitetet i Oslo, og GERIA – Oslo kommunes ressurscenter for demens/alderpsykiatri. Samarbeidet har vært en prosess hvor virksomhetenes fagkompetanse og møter med landskapsarkitekter som er spesialiserte på feltet, har bidratt til resultatet. Oldemors hage er derfor blitt et tilbud for hjemmeboende med demens og deres pårørende eller, like viktig, beboere på sykehjem uten tilrettelagt hage. Her kan de oppleve gode stunder mens de ser på og kjenner duften av kjente busker og planter som syrin, peon og iris.

Samarbeid mellom Botanisk hage og GERIA

GERIA opprettet nettverk for bruk av sansehage i 2003 for ansatte på sykehjem som har eller planlegger sansehage. Hensikten med nettverket er å støtte arbeidet med å få til sansehage og spre kunnskap om hvordan og hvorfor sansehage er viktig i arbeidet med personer som har en demenssykdom. Fra starten av har Botanisk hage bidratt med foredragsholdere og tatt i mot nettverksbesøk.

GERIA har videre utviklet et opplæringsprogram for individualisert bruk av sansehage. Målgruppen er ansatte på sykehjem og hjemmetjeneste i Oslo. Botanisk hage stiller med lokaler og gartner som holder omvisning i Oldemors hage for deltakerne. Tanken er at de på den måten gjøres kjent med hagen og dermed enklere kan besøke den senere.

Samarbeidet mellom Botanisk hage og GERIA inkluderer også tilbud om gratis stauder til sykehjemmene i Oslo. Årlig vil Botanisk hage dyrke frem

utvalgte stauder fra Oldemors hage. I fjor fikk sykehjemmene hageaurikkel, båndgress og kleimeasters. Sammen med plantene følger et informasjonsark som blant annet opplyser om navn på plantene, hvordan de stelles, hvor de stammer fra og eventuelle historier som knytter seg til plantene. Tanken er å gi ansatte opplysninger som kan være utgangspunkt for samtale.

Samarbeidet og utfordringen framover vil dreie seg om å gjøre Oldemors hage kjent for helsepersonell og pårørende slik at den brukes av dem den er spesielt laget for.



Foto: Erlend Tidemann

Vannposten – et naturlig møtested

Siste:

Botanisk hage og GERIA skal lage tilrettelagte omvisninger for grupper personer med demens. Dette innebærer blant annet at guider skal få opplæring i kommunikasjon med og formidling til personer med demens. (Red.)

Nytt fra Alderspsykiatrisk Utvalg

Eivind Aakhus, fungerende leder, avdelingsoverlege alderspsykiatrisk avd., Sykehuset Innlandet HF

Alderspsykiatrisk Utvalg er organisert under Norsk psykiatrisk forening, og er således underordnet Den norske legeförening.

Aktuelle arbeidsoppgaver

Utvalget har jobbet med to viktige saker i vinter. Det viktigste har vært arbeidet med revisjon av «*Plandokument for norsk alderspsykiatri 2001-2010*» for det neste tiåret. Dokumentet har hatt stor betydning internt i fagmiljøet og har fungert som et viktig grunnlagsdokument ved møter med helseledere og beslutningstakere lokalt, regionalt og nasjonalt. De organisatoriske og helsepolitiske endringer vi har sett gjennom de siste ti årene nødvendiggjør en ny gjennomgang av dokumentet. Revideringen ble påbegynt sommeren 2008 og er en dugnadsoppgave som alderspsykiatere fra hele landet deltar i. Vi regner med at revisjonen er ferdig ved neste Alderspsykiatriske Verkested i juni 2009, og at «*Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011-2020*» vil foreligge i løpet av sommeren.

Alderspsykiatrisk utvalg har også engasjert seg sterkt i de foreslåtte endringer i spesialiseringsreglene for leger som utdanner seg til psykiatere. Spesialitetskomitéen foreslår å gi kandidatene muligheten for å utvide tjenesten i alderspsykiatri (som de kaller for-dypningsområde). Dette høres vel og bra ut, og Utvalget er på ingen måte uenig i det. Imidlertid foreslår spesialitetskomitéen samtidig å fjerne kravet om at alle leger som utdanner seg i psykiatri skal ha erfaring med alderspsykiatri. Dette forslaget frykter vi vil innebære at mange steder kan oppleve rekrutteringsproblemer til alderspsykiatriske avdelinger. Dessuten er Utvalget av den oppfatning at et forslag som innebærer redusert breddekompetanse innenfor feltet alderspsykiatri, fremstår som temmelig kontrært når en ser på de umiddelbart forestående demografiske endringer og de aktuelle statlige utredninger. Her ser det ut som om helsepolitikere har tatt virkeligheten inn over seg i større grad enn spesialitetskomitéen/Legeföreningen.

Frie midler

– en modell som fremmer fagutvikling i sykehjem

Undervisningssykehjemsprosjekt¹ (USP) Tromsø utviklet og tok i bruk idéen ved oppstart i 2000. Modellen ble kalt «Frie midler». Dette var en ny måte å arbeide med fag- og kompetanseutvikling i sykehjem på, og innebar at det ble satt av midler i budsjettet slik at personalet kunne få frikjøpt tid. Den ble videreført i Undervisningssykehjemmet (USH) i Tromsø, og er nå etablert også ved andre undervisningssykehjem i Norge. Modellen innebærer at helsepersonell kan søke frie midler for å gjennomføre utviklingsprosjekter ut fra hverdagens utfordringer. I alt 90 prosjekter er gjennomført. Tiltaket gir personalet handlingsrom for fag- og kompetanseutvikling. Erfarings- og forskningsbasert kunnskap er benyttet for å undersøke, belyse og finne løsninger på kliniske utfordringer for beboere og personale. Nye metoder, tilnærmingsmåter og rutiner er prøvd ut og implementert.

Bakgrunn

Ved etablering av USP var det en grunnleggende idé å skape lærende organisasjoner for å realisere prosjektets hovedmål: bedret kvalitet på pleie og behandling. Et delmål var å stimulere til økt interesse for fagutvikling og forskning på praktiske spørsmål knyttet til helse og funksjonsevne hos beboere i sykehjem (1). At det var behov for fagutvikling og forskning i USP Tromsø ved oppstart, kan basisundersøkelser være et uttrykk for. Disse viste at beboerne hadde sammensatte diagnoser (85 prosent hadde ulik grad av svekket hukommelse) og store behandlings- og pleiebehov. Formell pleiefaglig kompetanse manglet hos 38 prosent av pleiepersonalet, og internopplæring/kurstilbud var sporadisk (2).

Styringsgruppen for USP Tromsø satte fagutvikling og forskning på dagsorden (3), og så modellen «Frie

midler» som en mulighet for å utvikle en lærende organisasjon (2). En slik organisasjon kjennetegnes ved åpenhet, synlige aktiviteter, evaluering av arbeidsprosesser, systematisering og bruk av kunnskap i daglig praksis. Personalet er aktive i læringsprosesser forankret i daglige aktiviteter og problemstillinger (4). I Argyris & Schøns (Ibid) termer var målet med læringen i sykehjemmet at personalet skulle bevege seg fra enkeltkrets- til dobbelkretslæring. I enkeltkretslæring finner en feil, korrigerer disse og fortsetter som før, mens en i dobbelkretslæring stiller grunnleggende spørsmål ved verdier, grunnlag for handling og hva som kjennetegner en tilstand/ ønsket situasjon. Refleksjon er sentralt i dobbelkretslæringen. Ifølge Schøn (5) utvikles kompetanse ved at kunnskaper og ferdigheter integreres gjennom målrettede handlinger i konkrete situasjoner.

Ønsket var å engasjere personalet i fagutviklingsprosesser nedenfra i sykehjemmet. En antok at personalet hadde en fagutviklende holdning, som betyr evne til faglig nysgjerrighet, åpenhet for ny kunnskap og evne til å stille spørsmål ved kunnskapsanvendelse, mot til å ta selvstendige beslutninger og å handle (6). Konkret trodde en at personalet ønsket å gjøre noe med hverdagens faglige utfordringer, dersom de fikk nødvendige rammebetingelser.

Modellen

Modellen tar utgangspunkt i en prosjektorientert måte å arbeide på (7). Årlig avsettes midler i USHs budsjett. Midlene utlyses med fast søknadsfrist, og tildeles etter fastlagte retningslinjer². Hvert prosjekt skal ha faglig veileder. Midler tildeles etter søknad og prosjektplan. Etter tildeling initierer og gjennomfører søker tiltaket,

¹) USP var et nasjonalt prosjekt fra 1999–2003. Undervisningssykehjem ble varig etablert fra 2004 i Oslo, Bergen, Trondheim, Tromsø og Karasjok. Det er nå Undervisningssykehjem i alle landets fylker.

²) Retningslinjene angir blant annet hvem som kan søke, hva det kan søkes midler til (i overensstemmelse med mål og satsningsområder, og som kan fremme fag- og kompetanseutvikling som bidrar til økt kvalitet), prioritering etter kvalitet på søknad (nytenkning, gjennomføres i budsjettår, samt krav til formidling). Det er også krav om faglig veileder og uttalelse fra institusjonens leder.

samt skriver rapport der prosess og resultater presenteres. Resultater skal formidles på egen arbeidsplass, på konferanser eller i media. Det gis veiledning i forbindelse med søknad, gjennomføring, rapportering og presentasjon. Fra 2005 gis søkerne undervisning i prosjektorientert arbeid. Personalet ved USH er faglige pådrivere, inspiratorer, veiledere og undervisere.

Gjennomførte prosjekter

Tabell 1 viser disponible midler, antall prosjekter, hvor søker kommer fra og om en søker alene eller sammen med andre.

Vel 1,7 millioner kroner ble stilt til disposisjon fra USH Tromsø til 90 prosjekter (8) av ulik størrelse over ni år. Antall per år har variert fra åtte til 15. Egeninnsats er stipulert til tildelingsbeløpet x 3 (vel fem millioner kroner). I USH Tromsø (se tabell 1) er 52 prosjekter gjennomført, flest de første årene, så avta-

kende. Samarbeidsparter (se tabell 1) har gjennomført fire prosjekter, andre søkere i Tromsø og landsdelen 17 prosjekter hver. Flest prosjekter (50) er søkt og gjennomført av gruppe. I utgangspunktet har ikke alle søkerne fått tildelt midler, og flere er blitt bedt om å bearbeide sin søknad.

Type prosjekter

Vi skiller mellom 1) fagutviklingsprosjekter som kan ha fokus på utprøving av metoder og tilnæringsmåter for å bedre kvalitet av behandling, pleie og omsorg og organisering av tjenesten, og 2) kompetanseutviklingsprosjekter som omfatter hospitering og kompetansetiltak for å bedre personalets faglige forutsetninger. Tabell 2 viser type, tema og antall prosjekter.

Tabell 2 viser at det er gjennomført 57 fagutviklings- og 33 kompetanseutviklingsprosjekter. Fagutvikling fanger et bredt spekter av utfordringer inndelt i syv

Tabell 1. Oversikt over midler, antall prosjekter og søkere fra 2000-2008

År	Kroner til disposisjon	Antall prosjekter	Hvor søker kommer fra			Andre i landsdelen	Søker alene / i gruppe	
			*USH Tromsø	#Samarbeidsparter	Andre i Tromsø		Alene	Gruppe
2000	225 000	10	9	1			2	8
2001	254 000	15	13		2		5	10
2002	200 000	11	7		1	3	2	9
2003	193 000	9	5	1		3	3	6
2004	175 000	9	5	1	2	1	5	4
2005	165 000	10	5		3	2	6	4
2006	155 000	9	6		3		9	
2007	155 000	8			4	4	4	4
2008	200 000	9	2	1	2	4	4	5
Sum	1 722 000	90	52	4	17	17	40	50

*USH Tromsø = Kroken sykehjem og Omsorgstjenesten Jadeveien

#Samarbeidsparter = Høgskolen i Tromsø, Universitetet i Tromsø, Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Videregående skole i Troms

Tabell 2. Type, tema og antall «Frie midler» prosjekter 2000-2008

År	Antall prosjekter	Fagutviklingsprosjekter						Kompetanseutviklingsprosjekter		
		Sansing	Reminisens	Aktivitet	Utemiljø	Mat	Pårørende	Organisering	Hospitering	Kompetanseheving
2000	10							2	3	5
2001	15		3	2			1	2	1	6
2002	11	3	1			1		1	1	4
2003	9		2				1	2	1	3
2004	9	1		3		1			1	3
2005	10		1	4	1		1	1		2
2006	9		3	1	3	1				1
2007	8	1	3		2	1		1		
2008	9	1	4		2					2
Sum	90	6	17	10	8	4	3	9	7	26

temaer, hvor erfarings- og forskningsbasert kunnskap benyttes. Målet er å gjøre hverdagen meningsfull og bedre for beboerne. Framgangsmåten er ofte å kartlegge utgangspunkt og prøve ut nye metoder og tilnærmingsmåter. I alt seks prosjekter omhandler sanning. Eksempler er musikk som kommunikasjonsform, hund som miljøarbeider og SPA (massasje, dufter og musikk). Temaet reminisens omhandles i sytten prosjekter og eksempler er minnegrupper, minnetrim i båtbua, livshistorie/minnealbum, det samiske rom og bruk av film og bilder. Aktivitet omhandles i ti prosjekter, eksempelvis bruk av nærmiljøets tilbud, aktivitet for personer med demens, bad i oppvarmet basseng og fargelegging av livet. Åtte prosjekter benevnt ute-miljø omhandler grønn oase, fellesskap og glede i hagen og plukking av blomster og bær. Mat omhandles i fire prosjekter, og eksempler er forbedring av miljøet rundt måltid og ernæringsinntak. Pårørende er tema i tre prosjekter, og eksempler er pårørende som ressurs, samtalegruppe og informasjon. I ni prosjekter er organisering tema, og eksempler er forbedring av rutiner og metoder i pleiearbeidet, rehabilitering, rapportering og dokumentasjon.

Prosjekter som omhandler kompetanseutvikling er inndelt i hospitering (syv) og kompetanseheving (26). Disse har bidratt til å utvikle tilnærmingsmåter, metoder og kompetanse for å bedre samhandling mellom beboer og personell. Innen kompetanseheving har tiltak for å bedre personalets metoder og tilnærmingsmåter for å takle utfordrende atferd og utvikling av systematisk planer for opplæring hatt stort fokus.

Flest fagutviklingsprosjekter er gjennomført av sammensatte grupper med terapeuter og pleiepersonell, og da er færre personer involvert. Ledere har initiert flest kompetanseutviklingsprosjekter med mange involverte. Tabell 2 viser at det er en dreining fra fokus på kompetanseutvikling de første årene, til fagutvikling de siste årene. Et flertall av alle prosjekter har hatt fokus på personer med demens.

Vårkonferansen

Årlig gjennomføres Vårkonferansen i Tromsø for å spre erfaring og kunnskap utviklet gjennom «Frie midler». Ulike yrkesgrupper har fremlagt resultater fra i alt 45 prosjekter. Interessen for Vårkonferansen har vært stor. Deltakerallet var ca. 100 personer de første årene, deretter har konferansen vært fulltegnet med ca. 170.

Hvordan har en lykkes?

Modellen «Frie midler» var en strategi for fagutvikling nedenfra i organisasjoner som gjorde frikjøp av tid til fagutvikling i arbeidstiden mulig. Dette var nytt og uprøvd i sykehjem ved oppstart. Modellen er videreutviklet underveis i perioden.

Gjennom forsøket med modellen viste personalet at de hadde en fagutviklende holdning. De begynte å

stille spørsmål ved egne verdier og grunnlag for handling. De fant problemstillinger i hverdagen, viste faglig nysgjerrighet, tilegnet seg ny kunnskap og nye ferdigheter, tok selvstendige beslutninger og handlet målrettet i konkrete situasjoner.

Personalet søkte midler ut fra faglige utfordringer de møtte i hverdagen, og viste stort engasjement og oppfinnsomhet. Spennvidden i temaer, problemstillinger og tilnærmingsmåter har vært stor. Flest prosjekter er gjennomført i gruppe, noe som var positivt for involvering, samarbeid og for å spre læring i organisasjonen. En forutsigbar tildeling gjorde at personalet kunne planlegge, videreføre påbegynte eller finne nye prosjekter. Erfaringen er at personalet på noen avdelinger har vært mer aktiv enn andre, avhengig av faglig engasjement og leders involvering. Om en lykkes i å skape endringer og bedre kvalitet avhenger i stor grad av om leder deltar sammen med personalet i prosessen. I utgangspunktet var vi opptatt av en nedenfrabevegelse, men vi har erkjent at fagutvikling må være ønsket både ovenfra og nedenfra i organisasjonen. Dette understøttes av Argyris (9) som er opptatt av at beslutningsprosesser i liten grad skjer på et lavere nivå.

Ut fra liten formell pleiefaglig kompetanse, mangel på internopplæring og sporadiske kurstilbud, var det forståelig at personalet i starten søkte midler til kompetanseutvikling. Etter hvert økte interessen for fagutviklingsprosjekter. Et flertall av dem som har gjennomført prosjekter har høgskoleutdanning, og dette er forståelig da de har erfaring med arbeidsformen. Krav om publisering og formidling synes ikke å ha vært til hinder for gjennomføring. Å få bidra på Vårkonferansen har gjort at personalet kunne være stolt over den kunnskap og erfaring de der har formidlet gjennom kreative uttrykksformer.

Den store interessen, spesielt de første årene i USH Tromsø, ble tatt som uttrykk for at sykehjemmet var på vei til å bli mer lærende (2). Det er ikke undersøkt hvorfor søkningen herfra har gått noe ned. Tiltaket har etter hvert spredd seg til fagmiljøer som USH har samarbeid med. Noen fagområder, som utfordrende atferd, systematisk opplæring for personalet og tiltak for personer med demens, har utviklet seg til satsningsområder i USH Tromsø.

Veiledning og skoling er ivarettatt av personalet i USH og samarbeidspartener fra høgskole og universitet. Vi mener at veiledning har vært viktig, spesielt ved valg av metoder og analyse av resultater. Ikke alle visste hvordan veileder skulle benyttes, men etter hvert ble det etterspurt, likeledes mer skoling i prosjektarbeid. Dette har bidratt til kvalitetsforbedring.

Konklusjon

Modellen bidro til at noen tok ansvar for fagutvikling, og rammebetingelser kom på plass. Personalet fikk handlingsrom og utviklet praksisnære prosjekter.

I disse belyses mange aspekter ved pasienters sykdom, samhandling, metoder og tilnæringsmåter, og dessuten personalets behov for kunnskap og kompetanse. Mange personer har vært engasjert individuelt og i grupper og har vist sterkt eierforhold og stolthet ved presentasjon av resultater. Personalet ble mer aktive i å etterspørre og dele erfaring og kunnskap. Dette er i tråd med forskning som viser at voksne lærer best når læring har direkte relevans for arbeidet og er egeninitiert (4).

Tiltaket har bidratt til individuell læring og læring på avdelings- og institusjonsnivå i USH Tromsø og er blitt spredt til andre undervisningssykehjem i Norge. Den kliniske kompetanse er økt generelt og spesielt innen demensomsorg. Derved kan en håpe at kvaliteten på tilbud til beboere er bedret, men dette er ikke undersøkt. Modellen er hensiktsmessig forutsatt at noen har ansvar for å være pådriver og organisere fag- og kompetanseutvikling. Varige resultater oppnås først når leder er involvert. Kvalitet sikres gjennom veiledning og kunnskapstillegg underveis. Faglig engasjement økes ved at ansatte får mulighet til å bruke sin nyervervede kunnskap. Modellen anbefales derfor også til andre enn undervisningssykehjemmene.

■ liv-berit.knudsen@hitos.no

Referanser

1. Kirkevold M, Kårikstad V. Undervisningssykehjem: Nasjonal plan for etablering av ressursentra for undervisning, fagutvikling og forskning i sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjenesten. Bergen: Nasjonal formidlings-senter i geriatri, 1999.
2. Larsen TA, Knudsen L-B. «Et godt sted å være og å lære» Sluttrapport fra Undervisningssykehjemsprosjektet Tromsø/Nord. EUREKA DIGITAL 4-2006. Tromsø: Høgskolen i Tromsø, 2006.
3. Strategi og Handlungsplan for USP Tromsø 2000-2002, (vedtatt 16.03.00).
4. Argyris A, Schön D. Organizational learning II: Theory, method and practice. Reading Mass.: Addison-Westley, 1996.
5. Schön D. The reflective practitioner: how professionals think in action. New York: Basic Books 1983.
6. Kristoffersen NJ. Sykepleiers ansvar og oppgaver i helse-tjenesten. I: Kristoffersen NJ. Generell sykepleie. 1. Utg. Oslo: Universitetsforlaget 1995.
7. Illeris K. Problemorientering og deltagerstyring: oplæg til en alternativ didaktikk. 2. Udg. København: Munksgaard, 1974.
8. http://www.tromso.kommune.no/asset/20460/1/20460_1.pdf (Lesedato 10.01.09).
9. Argyris C. Overcoming Organizational Defences. New Jersey: Prentice Hall International 1990.

EU ønsker europeisk initiativ omkring Alzheimers sykdom

På et møte 16. desember kom rådet av europeiske helseministre med en uttalelse der de anerkjenner Alzheimers sykdom som et prioritert felt for europeisk handling. EU's medlemsland oppfordres til å utvikle nasjonale strategier eller handlingsplaner for å forbedre livskvaliteten for personer med Alzheimers sykdom og deres omsorgsgivere.

Rådet ba EU-kommisjonen om å ta et initiativ for å styrke europeisk samarbeid innenfor forskning, strategier for tidlig diagnose, forebygging og god behandling og omsorg. Den 6. februar vedtok Europaparlamentet anbefalingene. Allerede 4. februar lanserte engelske myndigheter en nasjonal demensstrategi, og regjeringen følger opp med 150 millioner pund. Alzheimer Europe har vært pådrivere i saken og uttrykker stor tilfredshet med resultatet. (Red.)

(Kilde: Alzheimer Europe, 17. desember 2008 og 6. februar 2009)

Enklere å få dekket utgifter til tannbehandling

Regelverket knyttet til folketrygdens dekning av utgifter til tannbehandling er forenklet. Tidligere måtte man få trygdekontoets godkjenning av søknad om dekning før behandlingen kunne skje. Dette er ikke nødvendig lenger innenfor de kategoriene som dekkes av reglene. Endringene i regelverket omfatter pasienter med stort behandlingsbehov som ikke allerede kommer inn under lov om tannhelsetjenester. Pasienter som får mye karies på grunn av sykdom og/eller medisinerbruk samt personer som mangler evne til egenomsorg ved varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne, omfattes av de nye reglene.

Les mer om reglene i Rundskriv I-2/2009 B, *Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling*, fra Helse- og omsorgsdepartementet. (Red.)



Fagutviklingskonsulent Kari Brodtkorb, Songdalstunet bo- og aktivitetssenter og universitetslektor Arild Nilsen, Universitetet i Agder

Undervisningssykehjemmet i Songdalen – et demensfyrtårn

Demensplan 2015 «Den gode dagen» (1) har som mål at den enkelte skal oppleve livskvalitet, trygghet og mening i hverdagen, til tross for alvorlig sykdom og funksjonssvikt.

Som ett av flere virkemidler for å implementere Demensplanen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er tre undervisningssykehjem utpekt av Helsedirektoratet til å være «Demensfyrtårn». Det er hovedundervisningssykehjemmene i region Nord, Øst og Sør: Kroken sykehjem i Tromsø, Abildsø sykehjem i Oslo og Songdalstunet bo- og aktivitetssenter i Songdalen kommune i Vest-Agder.

Undervisningssykehjem er regionale ressursentre med ansvar for fagutvikling, forskning og kompetanseutvikling innen kommunale helse- og omsorgstjenester, med et særskilt fokus på geriatrisk omsorgsarbeid (www.undervisningssykehjem.no). Det er nå opprettet undervisningssykehjem i alle fylker. De er kommunalt forankret og får tilskudd over statsbudsjettet. I hver region er et av undervisningssykehjemmene definert som hovedundervisningssykehjem med oppfølgingsansvar for de andre undervisningssykehjemmene i regionen. Songdalstunet har en slik funksjon for region Sør. De andre undervisningssykehjemmene i region Sør er:

- Fevikun bo- og omsorgssenter for Aust-Agder med Grimstad som vertskommune
- Nygård sykehjem for Vestfold med Sandefjord som vertskommune
- St. Hansåsen sykehjem for Telemark med Porsgrunn som vertskommune
- Ål bu- og behandlingssenter for Buskerud med Ål som vertskommune.

2008: Grunnsteinen legges

Demenssatsingen startet i januar 2008. Songdalen vil bidra til at Demensplan 2015 blir implementert i vår region gjennom å tilrettelegge for kompetanseheving

innen demens og ved å initiere og koordinere fagutviklings- og forskningsaktivitet på følgende områder:

- Individuell plan (IP) for personer med demens
- Utredning og diagnostisering
- Dagtilbud og avlastningsplasser
- Pårørendeskoler og samtalegrupper.

Utviklingsarbeidet gjennomføres i egen kommune (Songdalen), i fylke (Vest-Agder) og i region (region Sør), og koordineres med utgangspunkt i interkommunale og regionale nettverk. Det er ansatt prosjektleder (40 prosent) og prosjektmedarbeider (50 prosent) i tre års engasjement, og det er oppnevnt en referansegruppe.

Våren 2008 ble demensomsorgen i Songdalen kartlagt og statusrapport utarbeidet. Den danner grunnlaget for den interne prosessen med å videreutvikle demensomsorgen i egen kommune. I arbeidet legges det vekt på å lage individuelt tilpassede løsninger innenfor en differensiert omsorgskjede.

Våren 2008 ble det etablert et interkommunalt fagnettverk for demens. Nettverket består av fra én til seks engasjerte fagpersoner fra hver kommune i Vest-Agder (avhengig av kommunestørrelse). Disse møtes to ganger i semesteret. Dagsorden er hovedsakelig satsingsområdene vi har som «demensfyrtårn». Fagnettverket er forankret i samarbeidsavtaler med kommunene og det er en referansegruppe bestående av ledere fra de ulike kommunene. Regionalt er det samarbeid mellom undervisningssykehjemmene, og hovedundervisningssykehjemmet er representert i styringsrådene til de andre undervisningssykehjemmene i regionen. Det er regionale samlinger en gang i semesteret. På den regionale samlingen ifjor vår ble



demenssatsingen initiert. Samarbeidet med Fevikun, som ligger nærmest og som har vært lengst i drift, vil bli prioritert.

Tre av satsingsområdene våre er parallelle med modellkommuneprosjektene som Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (NKAH) har ansvar for. Ut fra dette er det etablert et tett samarbeid med NKAH og de kommunene i regionen som deltar i senterets modellkommuneprogrammer. Foruten Mandal i Vest-Agder vil Grimstad og Arendal i Aust-Agder bli prioritert. De øvrige undervisningssykehjemmene i regionen er oppfordret til samarbeid med modellkommunene i sine fylker.

Det er etablert et samarbeid med Universitetet i Agder om undervisnings-, forsknings- og fagutviklingsaktivitet. Prosjektleder og prosjektmedarbeider deltar i universitetets Forskningsgruppe for aldring og helse. Det nylig etablerte omsorgsforskningssenteret for helseregionen vil være en naturlig samarbeidspart.

Kompetanseheving

Det er stort behov for økt kompetanse om demens i kommunene, noe som er understreket i plandokumentene, og vi vil legge til rette for kompetansehevingstiltak for ulike grupper ansatte.

De bedriftsinterne opplæringsprogrammene Eldreomsorgens ABC (2) og Demensomsorgens ABC (3) vil utgjøre grunnmuren når det gjelder tverrfaglig kompetanseheving både internt, interkommunalt og regionalt.

I regi av Undervisningssykehjemmet er det allerede etablert flere grupper i Vest-Agder. Opplæringsprogrammene var tema i det interkommunale fagnettverket i Vest-Agder våren 2008, og etter dette er flere oppstartseminarer arrangert og flere grupper kommet i gang. Målet er å etablere flere nye grupper og rekruttere instruktører blant deltakerne i nettverket. Oppstartseminar og fagseminarer vil vi fortsette å arrangere i samarbeid med NKAH, som har utarbeidet materialet. Det er også satt i gang flere grupper i tre av fylkene i regionen hvor undervisningssykehjemmene nå tar ansvar for videreføring i eget fylke.

I tillegg vil vi ta i bruk NKAHs opplæringsprogram *Tvang helst ikke* (4), når dette er ferdig revidert i tråd med endringene i Pasientrettighetslovens § 4A som trådte i kraft 1. januar 2009 (5). Helsedirektoratet har et opplæringsprogram knyttet til lovendringen og Fylkesmannen har ansvaret for Helsedirektoratets opplæringsprogram. I Vest-Agder ønsker fylkesmannsembetet samarbeid med undervisningssykehjemmet om gjennomføringen.

NKAH startet høsten 2008 en desentralisert fagskole i demensomsorg og alderspsykiatri (se side 37. Red.). Vi var samarbeidspartnere i utvikling av fagplanen og vil også være det i gjennomføringen.

I januar 2009 starter Universitetet i Agder, på oppdrag av Undervisningssykehjemmet, et 30-vekttalls kurs på videreutdanningsnivå i demens og psykisk helse hos eldre. Kurset vil kunne utgjøre compatible moduler i en eventuell mastergrad. Studieplassene vil bli fordelt på kommunene i agderfylkene.

Individuell plan (IP)

Alle som har behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP) dersom personen selv ønsker det. Men ikke alle som antas å ha nytte av det får denne rettigheten (9). På landsplan er det lite erfaring med IP for personer med demens. IP er et verktøy for å sikre samarbeid mellom tjenestemottaker, pårørende og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne. En personlig koordinator har hovedansvaret for kontakt med tjenestemottakeren og for koordinering. Initiativet til å få laget en IP kan komme fra den syke selv eller pårørende, men hovedansvaret for å utarbeide planen ligger i tjenesteapparatet (9).

Songdalen kommune har relativt god erfaring med IP for andre brukergrupper. Gjennom prosjektet *Samsynt og Framsynt* i regi av Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR) deltok Songdalen kommune i et utviklingsnettverk med IP som hovedtema. Det er i dag 60 brukere som har IP i kommunen. Mange ansatte har fått opplæring i å være koordinator for IP, og det er etablert egen fadderordning for oppfølging av dem som innehar rollen.

Demens utvikler seg langsomt, og med tiden vil den syke bli stadig mer avhengig av hjelp fra familie og det offentlige. Den første kontakten med de kommunale helse- og omsorgstjenestene skjer gjerne via fastlegen. Men etter hvert vil mange trenge bistand fra flere instanser og bevege seg mot et gradvis høyere omsorgsnivå. En fast person å forholde seg til vil kunne gjøre prosessen lettere for alle parter.

Når arbeidsmetoden skal prøves ut for mennesker med demens vil vi basere arbeidet på at tjenestemottaker, pårørende og koordinator er likeverdige samarbeidspartner. Vi har startet på utarbeidelse av eget kursopplegg tilpasset dem som skal være personlig koordinator for personer med demens. Et viktig element i opplegget blir samarbeidet med personenes nærmeste pårørende. Systemkoordinator for IP i Songdalen kommune er sentral i arbeidet. Vi vil legge vekt på enkel språkføring, gjøre det så enkelt og konkret som mulig og poengtere at koordinator må ha tett kontakt og god dialog både med pasient og pårørende. Samarbeidet med pårørende må bli helt sentralt og er noe av det som kan bli spesielt for denne gruppen. Det blir et poeng å fange opp aktuelle brukere tidlig. Kravet om IP er knyttet til at tjenestene skal være sammensatte. I denne sammenheng må det anses

som tilstrekkelig at hjemmetjeneste og fastlege er inne i bildet. Vårt utgangspunkt er at alle personer med demens har eller vil få behov for sammensatte tjenester, og at det vil være god forebygging å komme tidlig i gang.

Koordinatorrollen bør bekles av egnede personer med interesse for temaet. Vi ser for oss sykepleiere ansatt i hjemmetjenesten samt fysioterapeut og ergoterapeut. Det vil bli gitt opplæring innledningsvis og gruppeveiledning underveis. Dementsteamet vil være en nær samarbeidspart i utviklingsarbeidet, og står for den innledende utredningen der dette er aktuelt.

Vi er ikke kjent med at andre kommuner i regionen bruker IP for personer med demens. Temaet vil bli tatt opp i det interkommunale fagnettverket i demens i Vest-Agder. Regionalt vil vi orientere de andre undervisningssykehjemmene om prosjektet som foregår i Songdalen, og eventuelt bistå dem som ønsker å bygge på våre erfaringer.

Diagnostisering og demensteam

Det er store mangler knyttet til utredning av personer med demens (6). Ofte fører det til at hjelpeapparatet først kommer inn i bildet når situasjonen er blitt prekær for den syke eller familien. Målet er at personer med kognitiv svikt og demens skal bli utredet på et tidlig stadium og at prosessen hovedsakelig skal foregå i primærhelsetjenesten. Tidlig utredning gir pasient og pårørende mulighet til å kunne tilpasse seg situasjonen, og hjelpeapparatet får muligheten til å komme tidlig på banen med tiltak av forebyggende og helsefremmende karakter.

Med utgangspunkt i Demensplanens sterke fokus på betydningen av å komme tidlig inn i en demensutvikling, og vår satsing på IP hvor det er et poeng å fange opp aktuelle brukere tidlig, har det vært naturlig for oss å satse på de tre områdene som også NKAH har som viktige satsingsområder: diagnostisering og demensteam, dagtilbud og avlastningsordninger og pårørendeskoler og samtalegrupper. Det er tett samarbeid med NKAH innen disse områdene.

Songdalen har i flere år hatt et tverrfaglig demensteam som foretar hjemmebesøk, kartlegger behov for tjenester og bistår i utarbeidelsen av oppfølgingsplaner. I det videre arbeidet vil vi implementere diagnoseverktøy utviklet av NKAH (www.aldringoghelse.no) og intensivere samarbeidet med kommunens fastleger. Sykehjemslegen ved Songdalstunet vil være en aktiv medspiller. I noen tilfeller vil utredning i spesialisthelsetjenesten være hensiktsmessig. På bakgrunn av samarbeidsavtale med Sørlandet Sykehus HF ønsker vi å samarbeide om utviklingen av en modell for samhandling mellom forvaltningsnivåene når det gjelder utredning og diagnostisering.

Gjennom det interkommunale fagnettverket i Vest-Agder vil vi motivere kommunene til å etablere tverr-

faglige demensteam og ta i bruk kartleggingsverktøyet i samarbeid med fastlegene. I Vest-Agder er Mandal modellkommune, og i Aust-Agder har Arendal og Grimstad denne rollen i NKAHs utviklingsprogram for utredning og diagnostisering. Vi har deltatt som aktiv part i utviklingen sammen med Fevikun, og vil videre framover samarbeide med NKAH i oppfølgingen av disse kommunene.

Dagtilbud og avlastningsordninger

Spesielt tilrettelagte dagtilbud er gode tiltak for personer med demens. I tillegg er det viktig som avlastning for pårørende. Personer med demens vil kunne bo i eget hjem lenger når tjenestene tilpasses individuelle behov og familieforhold.

Songdalen kommune har en differensiert omsorgskjede, og inntaksteamet legger vekt på få i stand individuelt tilpassede avlastningsopphold i institusjon for hjemmeboende personer med demens. Våren 2008 startet man et dagtilbud spesielt for denne gruppen, foreløpig to dager i uken. I tiden fremover vil vi videreutvikle tilbudet innholdsmessig ved å ta i bruk fysisk aktivitet, ulike psykososiale metoder og kulturelle tiltak, og ved å trekke inn frivillige i arbeidet.

Dagtilbud på gård kan være et godt alternativ til mer tradisjonelle tilbud i tilknytning til helseinstitusjoner (7). I samarbeid med Kristiansand kommune er vi for tiden i en prosess med å få i stand et slikt tilbud på en gård som ligger i grenselinjen mellom de to nabo-kommunene. Foruten dagtilbud vil gården tilby overnattingsmulighet som et avlastningstilbud til pårørende. Undervisningssykehjemmet ble våren 2008 invitert til å delta i prosjektet «Gårdstreff med overnattingsmulighet» i regi av NKAH og i samarbeid med landbrukskontoret hos Fylkesmannen i Vest-Agder. En ønsker å prøve ut modeller for heldøgnsstilbud for hjemmeboende personer med demens med utgangspunkt i gård og bygd, kultur og natur.

Dagsenter og avlastningsordninger var tema på årets siste møte i det interkommunale fagnettverket. I Aust-Agder er Grimstad modellkommune, og vi har deltatt som aktiv part i utviklingen sammen med Fevikun. Vi vil samarbeide med NKAH i oppfølgingen.

Pårørendeskoler og samtalegrupper

Den familiebaserte omsorgen er nesten på størrelse med den kommunale, så fremtidig demensomsorg bør utformes som et samarbeid mellom familien og omsorgstjenesten. Om og i hvilken grad pårørende opplever rollen som en belastning varierer (8). Mange pårørende ønsker uansett å ha en aktiv og langvarig omsorgsfunksjon, men trenger kunnskap om demensomsorg og tilgjengelige tjenester samt faglig støtte dersom de skal makte rollen på en god måte (9). En kombinasjon av pårørendeskole og samtalegruppe kan være et egnet tiltak. Selv om det fins ulike kurs

og samtalegrupper i regionen er dette et område med stort forbedringspotensial. Det er gjort lite i forhold til pårørende i kommunal regi, spesielt i de to sørligste fylkene. I tillegg vil demensforeninger og andre frivillige og humanitære organisasjoner være aktuelle medspillere. Det er et område hvor samarbeid på tvers av kommunegrensene vil være hensiktsmessig, særlig for mindre kommuner. Songdalen ønsker samarbeid med en eller flere nabokommuner.

Temaet har vært berørt i fagnettverket i Vest-Agder, noe som har ført til at de tre vestligste kommunene i fylket har samarbeidet om en pårørendeskole som skal starte opp i januar 2009. Vi har bidratt i prosessen med blant annet åpent møte der pårørende var spesielt invitert (over 50 var til stede) og har vært med i planlegging med god hjelp og støtte fra NKHA. I det interkommunale fagnettverket vil vi oppfordre til interkommunale løsninger.

Spesialisthelsetjenestens lærings- og mestringssenter ved SSHF Kristiansand har erfaring med pårørendeskole og er en instans vi vil søke samarbeid med.

I Aust-Agder er Grimstad modellkommune, og vi har deltatt som aktiv part i denne utviklingen sammen med Fevikun, og vil videre fremover samarbeide med NKAH i oppfølgingen.

www.undervisningssykehjem.no

www.songdalen.kommune.no

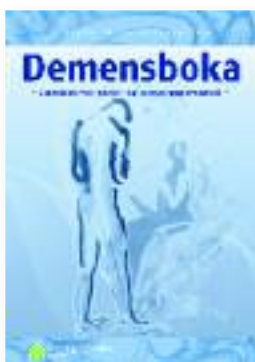
■ arild.nilsen@hia.no
kari.brodtkorb@songdalen.kommune.no

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2015 «Den gode dagen». Delplan til Omsorgsplan 2015.
2. Demens. Nasjonalt kompetansesenter (2008) Demens-omsorgens ABC. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
3. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens (2001) Eldreomsorgens ABC.
4. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens (2004) Tvang helst ikke.
5. Lov om pasientrettigheter kapittel 4 A: Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen: studiehefte. Dokumentet er del av serien Lov om pasientrettigheter kapittel 4 A : helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen Oslo: Helsedirektoratet 2008.
6. Brækhus A, Lillesveen B. Utredning av demens. Organisering og samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Erfaringer fra tre fylker og 17 kommuner. Tønsberg: Forlaget aldring og helse 2005.
7. Strandli E. Den beste dagen på mange år... Dagtilbud til personer med demens i Grønn omsorg. Tønsberg: Forlaget aldring og helse 2007.
8. Smebye, KL. Samarbeid med pårørende. I: Rokstad AM og Smebye KL (red.) Personer med demens. Møte og samhandling. Oslo: Akribes forlag 2008.
9. Ulstein I. Pårørendes situasjon. I: Engedal K og Haugen PK. Demens. Fakta og utfordringer. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse 2006.
10. Helsedirektoratet (2008) «Gjør det så enkelt som mulig». Tipshefte om Individuell plan.

Ny bok – Demens

Vigdis Drivdal Berentsen



ISBN 978-82-8061-104-8

kr. **250,-**
224 sider

Demensboka

Lærebok for pleie- og omsorgspersonell

Demensboka er skrevet for å møte behovet for faglitteratur til støtte for videreutdanning ved de nye fagskolene i eldreomsorg og demensomsorg. Slik boka er bygget opp kan den også nyttes som tilleggslitteratur i videregående skoler.

Vigdis Drivdal Berentsen har lang erfaring som sykepleier, videreutdanning i geriatri og psykiatri og en internasjonal masterutdanning i gerontologi.



Aldring og helse
Forlaget

www.aldringoghelse.no

Boka kan bestilles fra:

Forlaget Aldring og helse

Psykiatrien i Vestfold HF

Postboks 2136, 3103 Tønsberg

Tlf.: 33 34 19 50

E-post: post@aldringoghelse.no



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Kunnskap får oss til å spørre hvorfor!

Studentsamling på Fagskole i demensomsorg og alderspsykiatri

Behovet for kunnskap er stort innenfor demensomsorgen og alderspsykiatrien, og Regjeringen går inn for fullfinansiering av fagskoletilbudet i årets statsbudsjett. I fjor startet Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse Fagskole i demensomsorg og alderspsykiatri.

Utdanningen er et yrkesrettet deltidsstudium for autorisert helsepersonell som har videregående opplæring innen helse- og sosialfag eller tilsvarende realkompetanse. Fagskolen 2008/2009 har støtte av prosjektmidler fra Helsedirektoratet. Studiet går over to semestre med praksis på egen arbeidsplass. Undervisningen foregår hovedsakelig gjennom videokonferanser og et nettforum der studentene får tett oppfølging av de studieansvarlige. Gjennom læringsrommet på nett får de oppgaver som skal besvares, de kan drøfte spørsmål med lærerne og hverandre og kommentere hverandres innspill. I tillegg møtes alle studentene to ganger i løpet av studiet. I inneværende studieår deltar studenter fra hele landet på Kompetansesenterets fagskole. Et samarbeidsprosjekt der Høgskolen i Tromsø, to studiesentre og Fagskolen deltar, har gjort det mulig å starte et kull med 17 fagskolestudenter bare i Troms. I begynnelsen av januar møttes 30 lærelystne studenter i Oslo, og hvorfor hadde de valgt Fagskolen?

– Denne fagkombinasjonen er det bare Fagskolen som har, sier Mette-Marit Aasebø. Hun jobber som omsorgsarbeider ved skjermet enhet på Omsorgsenteret i Volda.

– Fordi det meste foregår på nettet, kan jeg fortsatt jobbe og bo i Volda mens jeg tar utdanningen. Dessuten er det en fordel å delta på et opplegg med folk fra mange steder rundt i landet. De har mange



Fem på vegne av mange: Nederst fra venstre: Mette-Marit Aasebø, Lena Flemmen og Berhanu Makonnen. Øverst fra venstre: Sølvi Olsen og Anne Helene Bøe.

forskjellige erfaringer, og jeg lærer mye av med-studentene.

– *Praksis på egen arbeidsplass er viktig for meg, sier Lena Flemmen fra Gjøvik. Hun er omsorgsarbeider på demensavdeling. Berhanu Makonnen er hjelpearbeider ved utredningsenhet på Gaustad sykehus og er også fornøyd med studievalget.*

– *Det er en flott måte å lære på, og jeg får større trygghet i jobben når jeg lærer mer.*

– *Jeg er avhengig av å være en del hjemme på grunn av små barn, og for meg fungerer denne formen godt, sier Anne Helene Bøe, hjelpepleier på et bokollektiv for personer med demens i Arendal.*

– *Videokonferansene er på dagtid mens barna er på skolen, og da drar jeg inn til sykehuset i Arendal og deltar derfra.*

Sølvi Olsen er hjelpepleier ved dagsenter for personer med demens i Vestby kommune. Hun syntes hun trengte påfyll etter mange år i yrket og fant denne formen hensiktsmessig. Men:

– *Jeg var ganske blank når det gjaldt bruk av nett, og det hadde jeg felles med flere andre. Derfor var det avgjørende at det var god opplæring i databruk i*

starten. Det å ha en i bakgrunnen som kunne ringes opp når som helst, var nyttig.

Ikke farlig med data!

Alle deltakerne har registrert mye dataskrekk blant ansatte i helse- og omsorgssektoren. Denne gruppen har for lengst forsert begynnervanskene. Nå oppleves nettforumet som en unik møteplass for læring.

– Det er spennende, jeg vil nesten si vanedannende. Jeg må innom hver dag, sier Sølvi Olsen.

– Når jeg kunne lære data, kan alle lære det, fastslår Mette-Marit Aasebø.

– Dessuten hjelper vi hverandre.

Hvordan er oppfølgingen fra lærerne?

– Helt fantastisk! De er hjelpsomme og positive. Vi hører nesten smilet gjennom nettsiden.

Trygg gruppe

Hele studentgruppen har møtt hverandre fysisk bare én gang tidligere, ellers har alt foregått på videokonferanser eller på nettforumet. Enkelte som bor i nærheten av hverandre, treffes i mindre grupper før videokonferansene og diskuterer stoffet der.

– Det er nyttig. Vi går gjennom deler av stoffet som vi synes er vanskelig, og dermed får vi innspill og vinklinger som gjør at vi ser løsninger.

– Første gang på videokonferanse var jeg kjempenervøs, ler Mette-Marit Aasebø som satt alene i Volda og skulle takle dette fremmedelementet på egen hånd.

– Men jeg tenkte at ingen ser jo at jeg skjelver i knærne under bordet, og jeg hadde ikke hørt om at noen hadde dødd av dette tidligere. Etter hvert har jeg fått et avslappet forhold til det og ser at det er et utmerket medium for læring. Det burde brukes mye

mer til undervisning, for da er man uavhengig av hvor lærere og studenter er fysisk plassert.

Berhanu Makonnen fra Etiopia er den eneste mannlige deltakeren og den eneste med annen kulturell bakgrunn. Likevel føler han seg helt trygg i gruppen og har stort utbytte av opplegget.

– Jeg har jobbet i over 20 år i helsevesenet, så jeg er vant til å være omgitt av kvinner, smiler han.

Relevant og nyttig

Lover og regler samt sykdomslære trekkes frem som områder der studentene trengte påfyll. I det hele tatt oppleves fagene og oppgavene relevante for den virkeligheten de møter på arbeidsplassen. Innholdet i undervisningen har motivert Sølvi Olsen til å hospitere på skjermet enhet for å få enda mer praksisnær kunnskap.

– Det er nyttig å få faglig påfyll når vi har jobbet noen år, så vi ikke begynner å gå i ring, sier Mette-Marit Aasebø.

– Kunnskap får oss til å spørre hvorfor og hvordan vi gjør det vi gjør. Vi blir mer bevisste og tør å stille flere spørsmål, mener Lena Flemmen.

Har kunnskapen endret noe konkret i forhold til jobben dere gjør?

– For meg har det helt klart endret mitt forhold til pårørende, sier Sølvi.

– Tidligere har jeg først og fremst sett behovene hos personen med demens, men nå ser jeg klarere at også pårørende har det vanskelig og trenger avlastning og støtte. Dette er jeg blitt bevisst på å formidle til kollegene mine hvis de ikke ser hvilke utfordringer de pårørende møter i hverdagen.

– Jeg er blitt mer tålmodig overfor pasienter som gjør det samme om og om igjen, for nå forstår jeg mer av hvordan de forskjellige demensformene påvirker en person, føyer Mette-Marit Aasebø til.

– Jeg gir ikke så lett opp som jeg gjorde tidligere, hevder Anne Helene Bøe.

Før jul fikk de i oppgave å sette i gang en aktivitet på egen aktivitet. Etterpå skulle de skrive en rapport og få den evaluert.

– Slik blir vi tvunget til å tenke bevisst på hva vi gjør og hvorfor, og i etterkant må vi tenke gjennom hvordan det gikk og om vi bør fortsette på samme måte.

– Jeg laget en sangaktivitet i den oppgaven, og det var helt utrolig å se hvordan en pasient roet seg og ble mer fornøyd av å synge sang-er hun kunne fra før, forteller Berhanu.

Er dette opplegget noe de kan anbefale andre? Nikk, nikk rundt bordet. Og det er slett ikke umulig at de går videre hvis Fagskolen blir toårig.



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse tilhører fagskoleutdanning i demensomsorg og alderspsykiatri for helsearbeidere/omsorgsarbeidere/hjelpepleiere

- Teoretiskstudium ett år (planlagt utvidet til to år)
- Fleksibel læringsform: forelesninger, fellesamlinger, teitkommandasjon, videokonferanser og individuelle oppgaver
- Godkjent av NOKUT

Søknadsfrist 1. mai 2009. Studiestart 24. august 2009

Søknadsskjema og informasjon www.aldringoghelse.no

Ytterligere opplysninger fås ved henvendelse
Signe Gjelsed / Signe Treuteteig
Tlf. 33 54 19 50

Leon Jarners forskningspris for genforskning



Prisvinner
Sigrid Botne Sando

Sigrid Botne Sando er nevrolog og arbeider i prosjektet *Trønderbrain* som er etablert for tverrfaglige studier av arvemessige årsaksforhold ved demenssykdommer, spesielt Alzheimers sykdom. Trønderbrain er et samarbeidsprosjekt mellom flere fagmiljøer ved St.Olavs Hospital, NTNU og forskere i USA, blant annet ved Mayo Clinic i Jacksonville i Florida. Siden 2003 er mer enn 600 demenspasienter og mer enn 600 kontrollpersoner inkludert i prosjektet hvor man har søkt etter faktorer i arvematerialet som øker risikoen for utvikling av Alzheimers sykdom. Dette er en stor undersøkelse også i internasjonal sammenheng. «Arbeidet er nyvinnende, har høy kvalitet og er sentralt for å forstå årsakene til Alzheimers sykdom,» het det i juryens begrunnelse. Juryen har bestått av professor dr.med. Torgeir Bruun Wyller, professor dr. psychol. Inger Hilde Nordhus og overlege dr. med. Sigurd Sparr.

Genetiske funn

Forekomsten av allelet (genbiten) $APOE\epsilon 4$, som er det eneste kjente genetiske risikofaktor ved sporadisk forekommende Alzheimers sykdom, er kartlagt. Undersøkelser viser klart at personer med $APOE\epsilon 4$ -alleler har betydelig økt risiko for å utvikle sykdommen.

– *I det trønderske materialet stjeler hvert $APOE\epsilon 4$ -allele tre år frisk tid*, sa Sando i sitt prisforedrag.

Kartleggingen er et nødvendig første skritt når man leter etter genetiske forhold som påvirker risiko for utvikling av Alzheimers sykdom.

– *Imidlertid har det ingen hensikt å teste enkeltpersoner for dette allelet, da det verken er tilstrekkelig eller nødvendig for å utvikle Alzheimers sykdom. Det er mer interessant å spre kunnskap om forhold som reduserer risikoen for å utvikle Alzheimers sykdom. Vi vet allerede at det som regnes som sunn livsstil i*

forhold til å forebygge hjerte-karsykdom, også er gunstig for å forebygge utvikling av Alzheimers sykdom, og effekten er muligens størst hos personer som har arvet ett eller to APOEε4-alleler. Derfor vil det være smart av oss alle å tenke som om vi har et risikogen, og forsøke å unngå overvekt, diabetes og høyt blodtrykk, og å mosjonere både muskulatur og hjerneceller.

Foreløpig er funnene primært en kartlegging av materialet før en fortsetter med videre forskning, ifølge Sigrid Botne Sando.

– Det vi kan bruke forskningen til er å forstå mekanismene bak Alzheimers sykdom. Da øker vi mulighetene til å finne mottiltak som eksempelvis effektive medisiner. I dag vet vi ikke hvorfor hjernecellene begynner å dø ved Alzheimers sykdom. Vi vet heller ikke hvordan APOEε4 virker negativt, men vi tror at de bidrar til mindre effektiv reparasjon av skader i hjernen. Man har sett at blant personer som får hodeskader, kommer de med APOEε4-allelet dårligere ut enn dem som ikke har dette allelet.

Forskjeller mellom folkegrupper

I prisforedraget kom det frem at APOE-allelenes fordeling varierer mellom folkeslag. Stemmer fordelingen med forekomsten av Alzheimers sykdom i de samme folkeslagene?

– Det er ikke lett å svare på, fordi forekomsten av APOE-allelene og forekomsten av Alzheimers sykdom ikke er kartlagt like detaljert i alle folkeslag. De fleste undersøkelsene på dette området er gjort i den vestlige verden, og våre funn i Trønderbrain stemmer med funn i en stor meta-analyse i kaukasiske befolkninger. Levealderen i de undersøkte befolkningene vil spille en rolle for forekomst av Alzheimers sykdom, etter som sykdommen øker med økende alder, og levealderen er høyest i den vestlige verden.

Betydningen av skolegang

Risikoen for å utvikle Alzheimers sykdom påvirkes av antall års skolegang. Undersøkelsen viser at personer med åtte-ni års skolegang hadde redusert risiko for å få sykdommen sammenlignet med dem som hadde seks-syv års skolegang. Personer med ti eller flere år på skolebenken har en ytterligere risikoreduksjon.

– Denne doseeffekten kan indikere at skolegang er årsak til beskyttelsen. Vi kan imidlertid ikke utelukke at skolegang er en markør for andre forhold. Blant annet kan man tenke seg at det påvirker livsstil, som igjen påvirker risiko for Alzheimers sykdom, sier prisvinneren.

– Undersøkelser fra flere land viser at det virker forebyggende å bruke hjernen. Dette gjelder også for hobbyer. Hvis du er sosial, synger i kor eller løser kryssord, har det en gunstig effekt. Jeg pleier å si at hjernen er en muskel som trenger trim! Én teori – den kognitive reservehypotesen – hevder at flittig bruk av hjernen i ung alder bidrar til at det skapes flere forbindelser mellom hjerneceller, noe som kan komme til nytte dersom hjernen skades.

Alzheimers sykdommer?

I forrige nummer av Demens&Alderspsykiatri uttalte den kjente amerikanske forskeren Peter Whitehouse at Alzheimers sykdom ikke er én sykdom. Hva tenker du om det?

– Det er ikke utenkelig. Når vi ser på utviklingen de siste tyve årene, har vi fått flere differensialdiagnoser ved demensutredning. De første kriteriene for Lewy body-demens er fra 1996. Vi kan kanskje forvente å få flere avgrensede sykdomsbilder innenfor det som i dag kalles Alzheimers sykdom, og som muligens fortsatt er en sekkediagnose. Dette er en pasientgruppe med sykdomstrekk som varierer, selv om hovedkjenetegnet er svikt i korttidshukommelsen. Vi trenger flere studier der klinisk undersøkelse suppleres med patologiske post-mortem undersøkelser av hjernen for å bli sikrere i vår diagnostikk.

Demensdagene 2009

Demensdagene 2009 finner sted 1. og 2. desember i Oslo.

Program og påmeldingsinformasjon kommer i september i Demens&Alderspsykiatri nr 3 og på våre nettsider www.aldringoghelse.no.

Utlysning av Leon Jarners forskningspris 2009 kommer i Demens&Alderspsykiatri nr 2-2009 og sendes relevante miljøer før sommeren. Søknadsfrist er 1. oktober 2009. (Red.)



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Fins det Lewy body demens på Toten?

Glimt fra demensdager med deltakerrekord og spennende program

Den 2. og 3. desember gikk Demensdagene av stabelen for 12. gang. Arrangementet er årets «happening» for demenskamerater over hele landet, og denne gangen presset 700 vitebegjærlige mennesker seg sammen i Oslo Kongressenter. Programmet var omfattende og spente fra sykdomsinnsikt ved demens, riskofaktorer for og forebygging av demens, medisin eller ikke medisin, boliger og frivillig arbeid, polyfarmasi, visjoner for fremtidens sykehjem til demensomsorg og livskvalitet, frontallapsdemens og miljøbehandling. Blant mye annet.



Ja, fins det Lewy body demens på Toten?

Dette tilsynelatende meningsløse spørsmålet ble stilt av professor Dag Årslund ved alderspsykiatrisk avdeling på Stavanger universitetssykehus. Årslunds poeng var at det man ikke leter etter, er det stor sjanse for

at man ikke finner. Imidlertid utgjør Lewy body demens (DLB) 15-20 prosent av alle demenstilfeller, ifølge Årslund. Dette er blant annet basert på ferske resultater fra en stor undersøkelse på Vestlandet, DemVest. Hvorfor er det viktig å diagnostisere DLB?

- Fordi det alltid er viktig med korrekt diagnose
- Fordi de karakteristiske DLB-symptomene muligens er enda mer alvorlige enn symptomer ved andre demensformer
- Fordi det er ulik behandlingseffekt ved ulike demensformer. DLB-pasienter er for eksempel svært følsomme for antipsykotika
- Fordi DLB-pasienter har forhøyet risiko for sykehjemsinnleggelse
- Fordi det er høyere mortalitet ved DLB enn ved annen form for demens.

Livskvaliteten reduseres mer og fører til høyere behandlingskostnader ved DLB enn ved Alzheimers sykdom, ifølge undersøkelser som Årslund refererte til. Søvnforstyrrelser er hyppige, noe som fører til

stress hos pårørende. Det er med andre ord mange gode grunner til å diagnostisere DLB, og det fins validerede hjelpemidler til diagnostisering, stadig ifølge Dag Årslund. Han vil skrive en artikkel om DLB og demens ved Parkinsons sykdom i et senere nummer av D&A.

■ daarsland@gmail.com

Manglende sykdoms-erkjennelse en utfordring

Mange personer med Alzheimers sykdom vil helt eller delvis mangle innsikt i egen sykdom, dens symptomer og konsekvenser. Det hevdet nevropsykolog PhD Asmus Vogel fra Hukommelsesklinikken ved Nationalt Videntcenter for Demens i København.

– Dette kan vedrøre manglende innsikt i hva sykdommen innebærer, eventuelle kroppslige endringer (for eksempel lammelser) og emosjonelle funksjoner, som endret atferd, sa Vogel.

Manglende sykdomsinnsikt forekommer ved en rekke nevrologiske og psykologiske sykdommer, ifølge den danske forskeren. Anosognosi, som fenomenet heter på medisinerspråket, kan medføre at den syke ikke forteller legen om symptomene, eller benekter dem og ikke tar høyde for konsekvensene av symptomene i sin atferd.



– *En grunn kan være at de ikke (lenger) har evnen til å se seg selv utenfra.*

Anosognosi kan medføre at pasienten ikke får nødvendig omsorg.

– *Når pasienten ikke oppdager egne symptomer og/eller ikke forteller om dem, er det vanskelig for helsepersonell å undersøke vedkommende og stille diagnose. En annen utfordring er at helsepersonell kan se symptomer og konsekvenser av sykdommen som verken deles av pasient eller pårørende.*

Sviktende innsikt må om mulig møtes med diagnostikk, forebyggende hjemmebesøk og tilbud om tiltak.

– *Dette er vanskelig, for pasienten «feiler jo ingenting». Men svekket sykdoms- eller symptomerkjennelse kan være et symptom på demens!*

Til helsepersonell hadde Vogel følgende råd:

- Skal eldre personer undersøkes, bør man stille enkelte spørsmål som kan avdekke god eller dårlig hukommelse. Ikke «husker du dårlig?». Dette bør gjøres selv om formålet med undersøkelsen ikke har med demens å gjøre.
- Samarbeid med pårørende er vesentlig. Opplys dem om symptomer på demens. Fortell dem gjerne at de bør unnlate å realitetsorientere den syke, eller å diskutere, hvis de har mistanke om demens. De skal respektere pasientens selvbestemmelse og forsøke å være realistiske i krav som stilles til pasienten.
- Legg vekt på å skape tillit og god stemning, og vær ikke redd for å prøve igjen hvis du ikke kommer noen vei første gang.

■ asmus.vogel@rh.regionh.dk



Glemt, men ikke glemsk!

Med denne vrien på et sentralt demensdokument pekte psykologspesialist Carsten Strobel ved Lovisenberg Diakonale Sykehus på spriket mellom de fagre ordene i offisielle dokumenter og den virkeligheten mange personer med frontotemporalallapsdemens

(FTD) og deres pårørende opplever. Strobel etterlyser spisskompetanse på sykdommen både i utredningsprosessen og på sykehjem og kalte FTD den oversatte demenssykdommen. Med grunnlag i undersøkelser, blant annet av Rosness, Haugen et al 2008, trakk Strobel frem at

- FTD er den hyppigste formen hos yngre med demens, nest etter Alzheimers sykdom (AS)
- Det går gjennomsnittlig 59,6 måneder fra sykdomsdebut til diagnose
- Det går gjennomsnittlig 34,5 måneder fra første legevisitt til diagnose.

Undersøkelser viser at det er vesentlige forskjeller mellom AS- og FTD-pasienter når det gjelder første tegn til dysfunksjon:

- Hukommelsesproblemer var første tegn til dysfunksjon hos 28 prosent av AS-pasienter, men bare hos 2 prosent av FTD-pasienter
- Endring i personlighet var første tegn hos 4 prosent av AS-pasienter, men hos 29 prosent av FTD-pasienter.

– *På grunn av symptomene mange FTD-pasienter får, opplever pårørende store belastninger. Mange forteller at de ikke blir forstått når de beskriver utfordringene de står overfor. Dette kan øke belastningene ytterligere. Det er stort behov for informasjon til pårørende. Når det gjelder tiltak, må de tilpasses den unike pasient og evalueres underveis. Det er stor variasjon i symptomer og sykdomsutvikling i pasientgruppen, og mange «klassiske» demensstilnærminger fungerer ikke i forhold til personer med FTD, var Carsten Strobels klare melding.*

■ carsten.strobel@lds.no

Demensomsorg krever stor kunnskap om mange felt!

Demensomsorg for livskvalitet var tema for lege Wilhelmina Hoffmans plenumsforedrag. Hun er styrer ved Svenskt Demenscentrum og arbeider ellers som lege på Silviahemmet. Hun pekte på hva som er nødvendig for å gi den enkelte pasienten best mulig livskvalitet. Alle yrkesgrupper må jobbe sammen med dette for øyet, hevdet Wilhelmina Hoffman.

– *Hvis ikke alle ledd drar i samme retning, blir ikke resultatet optimalt. Alle ledd er like viktige.*

- Det trengs tydelig lederskap, velutdannet personale og en tydelig omsorgsfilosofi.
- Den omsorgsfilosofien som brukes innen palliativ omsorg, skal også brukes i demensomsorgen: Alle menneskers likeverd er et grunnleggende prinsipp. De etiske grunnprinsipper skal anvendes i all dialog.
- For at personer med demens skal ha en følelse av sammenheng i tilværelsen, må miljøet gjøres forståelig, håndterbart og meningsfullt
- Pårørende er en del av arbeidsteamet, og samarbeid er mer enn å jobbe sammen med andre.

– *Vårt store oppdrag er å endre samfunnets holdning til demenssykdom, sa Wilhelmina Hoffman i sitt engasjerende foredrag.*

■ wilhelmina.hoffman@demenscentrum.se





Signe Tretteteig, geriatrisk sykepleier
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Marianne Engel og Steen Kabel

Historier om demens

Hva opplever barn, når voksne bliver demente?

Forfatterne av boken har begge flere års erfaring med formidling om demens. Marianne Engel var i mange år redaktør for det danske bladet DemensNyt og Steen Kabel har tidligere skrevet flere bøker om barn som opplever demens i familien, blant annet «I demensens skygge – 8 unge fortæller om livet med en dement forælder.» (2003). Forfatterne ønsker med denne boken primært å henvende seg til 12-17-åringer, men også til andre som ønsker et innblikk i hva demens er og hvordan sykdommen påvirker og belaster familien.

Boken «Historier om demens» viser oss ulike aspekter av hvordan barn og unge påvirkes når noen av deres nære voksne rammes av en demenssykdom. Boken har hovedfokus på barn og unges opplevelser og tanker rundt temaet. Den er lettlest, inneholder 63 sider og er inndelt i seks kapitler. Gjennom gripende fortellinger settes leserne inn i noen av hverdagens utfordringer og vanskeligheter som oppstår når noen i familien får demens.

Birgitte på 15 år forteller på s. 21 i boken:

«Jeg hadde det meget svært med, at min far skulle flytte på pleiehjem. Det var underlig. Så kunne jeg heller ikke holde øje med ham på samme måde som tidligere. I begyndelsen sad jeg ofte i skolen og tænkte på, hvordan han havde det. Jeg havde et billede af, at han hele dagen sad helt alene på sit værelse. Det gjorde mig ked af det. Men heldigvis var det ikke sådan.»

Temaene i boken er illustrert med foto av ansikter i duse farger som gir boken en innbydende form og som understreker varheten i temaene.

Forfatterne belyser temaet fra ulike roller i en familie. Etter innledningen i kapittel én, presenteres tre korte historier som fortelles av den demensrammede selv i kapittel to. I kapittel tre forteller tre barn og en ektefelle om hvordan det var da mor, far eller ektefelle fikk en demenssykdom. En sosialrådgiver og en lærer



København: Psykiatrifondens forlag 2006
63 sider
ISBN 87-90420-53-5
Pris Dkr 110,-

forteller også sine historier i dette kapittelet. Historiene er satt sammen av virkelige hendelser og opplevelser. Hver liten historie avsluttes med noen spørsmål til refleksjon eller diskusjon, og bakerst i kapittelet presenteres

noen konkrete råd. Siste kapittel er skrevet til lærere og gir noen tips om hvordan boken kan brukes i undervisning eller samtale med barn og unge.

Gjennom blant annet «10 tegn på demens» får leseren en kort og lettfattelig innføring i hva demens er og hvordan sykdommen kan arte seg for den som blir rammet. Boken gir også råd til barn og unge som opplever dette på nært hold. Spørsmålene til diskusjon som fins i boken, kan muligens komme litt brått på leseren og forutsetter at de som leser boken eller er med i samtalegruppe har erfaring med eller kjenner ulike aspekter av sykdommen.

Dette er ikke en fagbok i demens for helsepersonell, men boken omtaler temaet på en måte som passer godt til en målgruppe som ikke nødvendigvis har forkunnskaper om sykdommen. Boken kan være nyttig for helsepersonell i forberedelser til samtaler med barn og ungdom som er berørt av temaet. Den kan også egne seg til bruk i samtalegrupper både for voksne og ungdommer.

Bokens styrke, slik jeg leser den, er historienes evne til å engasjere og få oss til å forstå hvordan det kan oppleves å selv bli rammet, eller at noen av ens nærmeste blir rammet av demens. Forfatterens konkrete råd til barn når foreldre eller besteforeldre får demens, kan være til hjelp og støtte slik at de kan ta kontakt med andre og ikke blir sittende alene med vanskelige følelser.

Returadresse:

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
Oslo universitetssykehus, Ullevål, Bygning 37, 0407 Oslo

:aktuell informasjon – debatt



:neste nummer

vol. 13 – nr. 2 – 2009

- ◆ Pasientmedvirkning i demensomsorgen – er det realistisk?
- ◆ Når kulturer møtes. Omsorg og forventninger i flerkulturelle miljøer i Oslo
- ◆ Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens
- ◆ Er det personalet eller pasientene som har forstyrrende atferd?
- ◆ Har: Vilje til innsats.
- ◆ Trenger: Organisering. Om organisering av frivillig innsats på sykehjem



Aldring og helse

Nasjonalt kompetansesenter

Oslo universitetssykehus, Ullevål
Medisinsk divisjon, Bygning 37
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