



- Eldre med psykiske lidelser ikke prioritert i kommunene
- Demensomsorg i et multikulturelt samfunn
- Gode opplevelser i en travel hverdag
- Det handler om tro



Demens&Alderspsykiatri

vol. 14 • nr. 1 • 2010

- 4 Ti års suksess for kafé i Horten
- 5 Demensinformasjon i alle kanaler
- 6 Det handler om tro
- 8 Endring av praksis – avhengig av metode?
Wenche Nordengen, Marit Sjøengen, Geir Berg
- 12 Mirka Kraus: Eldre med psykiske lidelser ikke prioritert i kommunene
- 15 Kronikk: Har alderspsykiatri og kampen mot kjempebjørnekjeks noe til felles?
Eivind Aakhus
- 18 Alderspsykiatriens plass – hva sier ministeren?
- 19 Screening – en hjelp å identifisere eldre i fare for underernæring
Ulrika Söderhamn
- 22 Innsats av ergoterapeut i hjemmet – en lønnsom affære
- 23 Gode opplevelser i en travel hverdag
Gry Elisabeth Hole, Lillian Eide
- 28 Demensdagene 2009: Fra ekteskapskrangel til bildediagnostikk og mer til
- 32 Leon Jarners forskningspris 10 år
Knut Engedal
- 33 God demensomsorg i et multikulturelt samfunn: et stipend verdig
- 35 Praksis på eget arbeidssted – en god løsning for fagskolestudenter?
Signe Tretteteig, Signe Gjelstad, Torbjørn Fermann
- 40 Bokanmeldelse
- 41 Sansehage i Lakselv med egen konsertscene

Demens&Alderspsykiatri utkommer fire ganger i året.

Abonnement koster per år:
Norge: kr 320 Norden: kr 390

Utgiver
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
tidsskriftet@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no

Layout/trykk
BK Grafisk, Sandefjord (TAa)

Det redaksjonelle arbeidet er avsluttet 5. februar 2010.



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
tidsskriftet@aldringoghelse.no

www.demensogalderspsykiatri.no

Forsidefoto: Oppegård kommune



Tankene våre får du alltid

vol. 14 • nr. 1 • 2010

Vi har fjonget oss siden sist. En 14-åring som Demens&Alderspsykiatri vil ha nye klær og moderne farger, og vi håper leserne vil like den nye stilen.

Styling av det ytre endrer ikke våre tanker og synspunkter på det som foregår i demensomsorg og alderspsykiatri. Vi trekker gjerne frem ildsjeler og gode eksempler, men er årvåkne for mangel på tiltak og/eller politisk vilje til å gi eldre med kognitivt svikt, demens og psykiske lidelser verdige tilbud.

To av sakene denne gang viser betydning av personlig engasjement. *Tiltakskjede Demens* i Horten ville mistet sin pårørendekonsulent, og dermed demens kaféen, hvis ikke stort engasjement blant brukere, frivillige hjelpere og fagfolk hadde fått politikerne til å snu. Nå ser politikerne at forebyggende aktiviteter kan utsette sykehjemsinnleggelse og dermed spare kommunekassen for mange penger, ifølge lederen for kaféen. Dette hadde de tydeligvis ikke sett uten det store engasjementet saken medførte.

I Lakselv har en ildsjel fått med seg gode hjelpere og nærmest med egne hender laget sansehage for personer med demens. Kommunen er blitt et godt tilbud rikere og har ikke hatt en krone i utlegg. Da fremstår det ikke som et urimelig ønske at vedlikeholdet kan utføres med midler fra kommunen.

Innenfor alderspsykiatri er lerretet både langt og ubleket i mange kommuner. «Eldre med psykiske lidelser er ikke prioritert i kommunene», sier psykologspesialist Mirka Kraus. Hun har mange års erfaring fra alderspsykiatrien, og hennes beskrivelse av forholdene i kommunene bør leses av alle politikere og planleggere som arbeider med eldreomsorg. Når sentrale myndigheter fremdeles snakker om voksenpsykiatri som om det er det samme som alderspsykiatri, har også de et langt lerret å bleke.

Ragnhild M. Eidem Krüger

ragnhild.kruger@aldringoghelse.no



En stabil gruppe frivillige hjelpere har fulgt kaféen siden starten. «De er gull verd og må tas godt vare på», sier Sylvi Jacobsen (t.v.). På tiårsfesten ble de gjort ekstra stas på.

■ Tekst: Ragnhild M. Eidem Krüger. Foto: Guri Larsen

Ti års suksess for kafé i Horten

Et trygt treffsted for personer med demens og deres pårørende er viktig i en tøff hverdag. Det viser erfaringene fra Horten.

Høsten 2000 besøkte Demens&Alderspsykiatri en kafé litt utenom det vanlige. Personer med mer og mindre langtkommet demens storkoste seg på *Caféen for de som glemmer og de som står dem nær* i Horten sammen med sine pårørende. Stemningen var upåklagelig.

Sylvi Jacobsen var primus motor da kaféen startet i 1999. Den 5. desember 2009 kunne samme Sylvi og en solid gruppe frivillige hjelpere ønske femti gjester, deriblant ordføreren, velkommen til tiårsjubileum. Det var ingen selvfølge for dem som har fulgt begivenhetene omkring kommunens *Tiltakskjede Demens*. Tiltakskjeden startet tidlig på 1990-tallet og inneholder tiltak for personer med demens og deres pårørende, fra lavterskeltilbud uten behov for kommunalt vedtak til opphold på sykehjem, om nødvendig på forsterket skjermet enhet. Kaféen er et lavterskeltilbud i tiltakskjeden, knyttet til Sylvi Jacobsens stilling som pårørendekonsulent. For fire år siden tenkte kommunen å legge ned stillingen. Det var ikke lurt tenkt.

– Både pårørende, frivillige hjelpere og fagpersoner sa klart fra til politikerne, og det fikk dem til å snu, forteller Sylvi Jacobsen. Nå har hun inntrykk av at stillingen er sikret i overskuelig fremtid.

– Politikerne ser at forebyggende tiltak kan utsette sykehjemsinnleggelse og dermed spare kommunekassen for mange penger. At pårørende får kunnskap, at både de og de som har demenssykdom blir møtt på en god måte, har et treffsted og en person de kan ringe, gjør at hverdagen hjemme blir lettere og at det går lengre tid før man må søke om sykehjems plass.

Etter omtrent et års kafédrift så lederne at pårørende hadde stort behov for kunnskap om demens og hvordan utfordringene kunne mestres. Resultatet ble pårørendeskole og samtalegrupper, noe som er blitt en like stor suksess som kaféen.

– De som deltar på Pårørendeskolen sier ofte at de skulle ha meldt seg på for lenge siden, for kunnskapen de har fått har hjulpet dem i en ofte slitsom hverdag.

Nye planer?

I alle år har kaféen vært åpen fra kl. 11-14 annen hver lørdag, med underholdningsinnslag, mat og drikke. Mange kommer nå til kaféen tidligere i sykdomsutviklingen, og flere yngre med demens er dessuten kommet til. Det skaper behov for flere aktiviteter.

– Det kunne vært fint å få til noe på kveldstid også, kanskje dans eller andre aktiviteter som kunne interessere våre gjester. Det kan være bra å fornye seg litt etter ti års drift.

Helsedirektør
Bjørn-Inge Larsen.



■ Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Demensinformasjon i alle kanaler



*Helsedirektoratet startet
3. februar sin informasjons-
kampanje Leve med demens.
Helsedirektør Bjørn-Inge Larsen
la vekt på behovet for
informasjon for å fjerne tabuer
omkring demenssykdommene.*

Sykdom med mange spørsmål

– Kampanjen skal gjøre det litt lettere for flere å være åpen om sykdommen, sa Larsen i sin introduksjon. Kampanjens budskap formidles i flere kanaler som TV, avis, radio og kino, og mange har nok sett plakater og den lille filmen der alle spørsmålstegnene dukker opp. Den sendes på flere kommersielle TV-kanaler. Kommunene har fått diverse hjelpemidler for å tilrettelegge informasjon om demens lokalt. Målgruppene er barn til personer over 70 år, ektefeller og samboere samt de som selv er syke.

I forkant av kampanjen ble tusen personer intervjuet, og funnene viser blant annet at

- 3 av 10 har familiemedlemmer med demens
- 3 av 10 har behov for å vite mer om demens
- 3 av 10 kjenner til kommunehelsetjenestens tjenestetilbud til personer med demens og deres pårørende.

Oppfordring: Gå til lege!

Informasjonskampanjen er et tiltak i forbindelse med Demensplanen 2015 Den gode dagen. Kampanjen er i

regi av Helsedirektoratet mens det politiske ansvaret ligger hos Helse- og omsorgsdepartementet.

Foruten å føre til større åpenhet skal kampanjen bedre adgangen til informasjon om demenssykdommene og bidra til at personer som mistenker at noe er galt, oppsøker fastlegen tidlig for utredning og diagnostisering.

– Det er viktig å få en diagnose så tidlig som mulig. Det er utslagsgivende for å få hjelp fra omsorgstjenestene i kommunen, sa statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet, Tone Toften.

– Et problem er at mange utsetter å oppsøke legen når de merker forandringer på seg selv eller nær pårørende. Vi håper denne kampanjen kan få flere til å gå til legen med sine spørsmål.

I forkant av kampanjen er det sendt ut 6 000 brev med informasjon til fastleger, kommuner, fylkesmenn, fag- og interesseorganisasjoner. Det er også laget en egen nettside der publikum kan få relevant informasjon: www.helsedirektoratet.no/demens

Nettside også for ansatte, politikere og planleggere

Nettstedet www.demensinfo.no åpnes 9. april. Databasen er et annet av tiltakene Helsedirektoratet setter i gang i tilknytning til Demensplan 2015 Den gode dagen. Målet er å synliggjøre de gode, tilrettelegte tiltakene for personer med demens, til inspirasjon og informasjon, og når dette skrives er det samlet rundt 85 gode eksempler fra demensomsorgen landet rundt. Målgruppen er helse- og omsorgsarbeidere, planleggere og politikere samt andre interesserte. Nettredaktøren oppfordrer om å komme med tips om gode saker.



■ Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Det handler om tro

*Sykehjemsprest Anne Helene
Jørstad fikk Olavsstipendiet 2009
for prosjektet «Så ta da mine
hender og før meg frem.»*

Prosjektet skal undersøke hvordan eldre mennesker med demens selv forteller om sin tro og hvordan man kan legge til rette for trosliv hos mennesker med demens. Anne Helene Jørstad mottar 90 000 kroner i stipend fra Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet, samt ett års permisjon med lønn for å gjennomføre prosjektet.

Jørstad er ansatt av Kirkens Bymisjon Oslo som sykehjemsprest på Sofienbergssenteret og Engelsborg eldresenter. Anne Helene Jørstad har lang erfaring med arbeid som prest blant eldre. Hun har vært sykehjemsprest de siste åtte årene, og i skoleåret 2005-2006 tok hun videreutdanning i aldersdemens ved Diakonhjemmets høgskole. I prosjektbeskrivelsen heter det at hun ønsker å snakke med personer med demens om hvordan troen bærer i en vanskelig livssituasjon. Hvordan spør man da, vil Demens&Alderspsykiatri gjerne vite.

– Ett spørsmål kan være hva vedkommende gjør som har med troen å bestille. Hvis det er for abstrakt kan jeg spørre om personen ber noen gang. Ut fra de erfaringene jeg allerede har med eldre med demens, vil jeg få mange bekreftende svar. Noen vil i tillegg kunne fortelle når og hvordan de ber. Det kan imidlertid tenkes at enkelte mestrer bedre å be enn å snakke om det, så kanskje vi må utføre handlingen sammen for at jeg skal få svar på spørsmålet.

Personer med demens har mye å formidle

«Personer med demens blir ofte snakket til, ikke så ofte med,» skriver Jørstad i prosjektbeskrivelsen, og fortsetter: «Når sykdommens symptomer er tydelige, blir den syke lett undervurdert. Det er ofte lettere å se sykdomsbildet enn ressursene. Det medvirker til at deres stemmer sjelden blir hørt.»

Jørstad tenker å dybdeintervjue ti personer med demens, syv på Sofienbergssenteret, en som bor i omsorgsbolig tilknyttet sykehjemmet og to hjemmeboende. Noen av dem kjenner hun allerede, i andre tilfeller er hun avhengig av bakgrunnsopplysninger fra pårørende. Med sin årelange erfaring som sykehjemsprest og sjelesørger er hun ikke redd for å tråkke over grenser hos den enkelte når et så personlig forhold som tro skal belyses.

– Når jeg sitter sammen med vedkommende og vi vet at vi deler en kristen tro, er jeg trygg på at jeg finner ut hvor personens grenser går. De erfaringene jeg fanger opp i intervjuene, positive eller mindre positive, kan utvide min forståelse av hvordan tro spiller en rolle for dem jeg snakker med, og at det i sin tur kan tilflytte mine kolleger som en hjelp til god formidling.

Hvordan nærmer du deg det faktum at evnen til abstrakt tenkning er noe av det som rammes tidlig i en demensutvikling?

– Dette har fascinert meg og vært medvirkende til at jeg har ønsket å gå i gang med prosjektet. Mennesker som er svekket på mange områder kan vise store ressurser når vi møtes på tomannshånd. En typisk situasjon er at personen og jeg sitter på rommet sammen og har en liten andaktsstund. Den gamle er vant til andakter gjennom livet, men har fått lite av det etter at hun eller han er blitt gammel og syk. Likevel sitter formen og innholdet som en type innlært atferd. Personen kan be, sette ord på sin tro, be meg lese fra

Bibelen. Det er spennende å se hvordan en person som i andre situasjoner kan virke apatisk og fjern, kan være aktiv, interessert og initiativrik i en slik stund som jeg beskriver.

Anne Helene Jørstad har erfart at det åndelige aspektet ikke automatisk blir godt ivaretatt i eldreomsorgen.

– Det bli lett glemt, slik mye med kulturelt tilsnitt ofte blir glemt i en travel institusjonshverdag. Det som gjelder religion oppleves av mange som så personlig og privat at det er vanskelig å snakke om. Litt pinlig, simpelthen. Mange ansatte har liten eller ingen erfaring med hvordan religiøse og åndelige behov skal møtes.

Er det ikke en oppgave for en sykehjemsprest å hjelpe ansatte i slike sammenhenger?

– Helt klart, og jeg er tydelig på tilbudssiden, men det må konkurrere med alt det andre som ansatte trenger veiledning og opplæring i.

Kirken – gammelt hus med nytt innbo

Kirkens liturgi kan by på problemer for mange, med eller uten demens. Nye salmer kommer til og overtar plassen til dem mange lærte i folkeskolen for 60-70 år siden. Fadervår er endret, mye av liturgien likedan. Ser du for deg at noe kan bli endret «tilbake» på grunn av de erfaringene du fanger opp?

– Kirken prøver å modernisere seg fordi den blir beskyldt for å være gammel, traust og treg. Hvordan endringene virker for personer med demens har neppe vært et tema for dem som jobber med liturgiendringer. Valgmulighetene er store for den enkelte menighet, og kanskje det ville være en ide å lage enkelte gudstjenester som tar opp i seg mer av det gamle? Man trenger kanskje en bevisstgjøring om at gudstjenesten ikke trenger å ha bare nye salmer, men at noen gamle også kan fortjene plass. Endringene kan skape forvirring for atskillig flere enn personer med demens, og det er ikke sikkert at alle endringer er like gode for alle, smiler presten.

Håndbok til hjelp

Gudstjenester på aldersinstitusjoner blir laget med målgruppen for øye, forteller Anne Helene Jørstad. Ett av målene med prosjektet er å lage en håndbok som gjør at prester, diakoner, frivillige, pårørende og ansatte i eldreomsorgen kan bli bedre rustet til å ivareta den åndelige omsorgen for personer med demens.

– Det overordnede målet med prosjektet er å inspirere Kirkens ansatte til å møte personer med demens på en god måte. Kirken har alltid drevet mange former for arbeid blant eldre mennesker, men møter nå en utfordring i og med at flere og flere blir gamle og utvikler demens. Mange menighetsprester opplever det tungt å arrangere gudstjeneste på sykehjem. Hvis de ikke kjenner beboerne, kan de lett se dem som en ensartet gruppe sovende mennesker, noe de avgjort ikke er ved nærmere bekjentskap. Jeg ønsker å lage en håndbok som gir informasjon om demens, hvordan sykdommene rammer og hva man skal ta hensyn til i kommunikasjon med personer med demens. Samtidig vil jeg vise eksempler på god praksis. Meningen er at boken skal hjelpe prester og andre som deltar i religiøse aktiviteter til å føle seg tryggere og gjøre en bedre jobb.



Å tenne lys for hver person som er til stede, med navns nevning, er en viktig del av arrangementer i Bymisjonens regi. «Et relativt nytt innslag som mange er blitt glad i. Kanskje noen symboler er universelle og virker på oss uavhengig av sykdom og glemsomhet,» sier Anne Helene Jørstad. Hun mener lystenning kan være en god måte for å oppnå kontakt med personer med demens som har nedsatt oppmerksomhet.

Håndboken skal ligge på internett og være lett tilgjengelig for alle. Den er tilgjengelig på www.demensogtro.no når dette nummeret av D&A leses.

■ Wenche Nordengen, avd. sykepleier med videreutdanning i geriatri på Alderspsykiatrisk avd C1, Sykehuset Innlandet.

Marit Sjøengen, vernepleier med videreutdanning i geriatri/fagkonsulent i Demensenheten i Ringsaker.

Geir Berg, førsteamanuensis/forskningsveileder, seksjon for sykepleie, Høgskolen i Gjøvik.



Endring av praksis – avhengig av metode?

Systematisert samhandling – et samarbeidsprosjekt mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste

Økt samhandling skal gi bedre tjenester. Artikkelen gir et eksempel på hvordan det kan løses.

Samhandlingsprosjektet er etablert mellom Alderspsykiatrisk avdeling, post C1, Sykehuset Innlandet HF (SI) og Forsterket skjermet enhet (FSE), Demensenheten i Ringsaker kommune. Prosjektet ble igangsatt etter initiativ av Alderspsykiatrisk avdeling og er gjennomført med prosjektleder fra begge avdelingene. Prosjektet startet høsten 2007 med en planleggingsfase, gjennomføringsfase og en analyse/evalueringsfase. Vi er nå i evalueringsfasen.

Bakgrunn

Idéen til prosjektet kom i kjølvannet av at Ringsaker kommune skulle etablere en forsterket skjermet enhet i 2007. I den forbindelse tok lederen for Demensenheten i Ringsaker kontakt med Alderspsykiatrisk avdeling på SI for å drøfte bemanningsplan og fysiske rammer.

Alderspsykiatrisk avdeling foreslo da et systematisert samarbeidsprosjekt med fokus på samhandling og kompetanseutveksling. Det ble utarbeidet samarbeidsavtale med en målsetning om kompetansedeling på følgende områder:

- Utvikling av bedre rutiner for kartlegging og utredning
- Heving av kvaliteten på pasientens behandling og omsorgstilbud
- Etablering av en modell for samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten som er generaliserbar til andre kommuner

- Bedring av samarbeid mellom profesjoner og behandlingsnivåer
- Bedring av samspill mellom pårørende og sykehjem
- Utvikling av kunnskap om alderspsykiatriske lidelser.

Ringsaker kommune ønsket et slikt samarbeid. Leder på C1 tok videre kontakt med Kompetansesenter for alderspsykiatri på SI for råd og veiledning i forhold til oppstart av prosjektet.

Kompetansesenteret anbefalte å utarbeide en samarbeidsavtale mellom SI og Ringsaker kommune.

Hvem er partene?

FSE har fire plasser og er en del av Demensenheten i Ringsaker kommune. Enheten tar i mot pasienter med en demensdiagnose med høy grad av utfordrende atferd. Pasientene har behov for en-til-en kontakt og mange har et så alvorlig sykdomsbilde at de befinner seg i grenseland for innleggelse i Alderspsykiatrisk avdeling. Dette nødvendiggjør et nært samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale forsterkede skjermede enheter. Målsetningen er at FSE kontinuerlig vurderer om pasientene trenger et så høyt omsorgsnivå.

Når det gjelder miljøterapi og bruk av psykofarmaka har FSE samme faglige oppfatning som alderspsykiatrien. I forhold til denne pasientgruppen legges hovedvekten på miljøterapi. Skal psykofarmaka utprøves må det foreligge en klar indikasjon og kontinuerlig evaluering.

Samhandlingsprosjektet har hatt sitt utspring fra ressursposten ved Alderspsykiatrisk avdeling, C1, Sykehuset Innlandet. Posten har seks sengeplasser med Hedmark og Oppland som opptaksområde.

Posten har ansvar for å utrede, diagnostisere og behandle årsak til atferdsmessige og psykologiske forhold ved demens, eksempelvis motorisk uro, aggresjon, apati, roping, angst, psykose, hallusinasjoner,

vrangforestillinger, søvnforstyrrelse med mer. Lengden på oppholdet kan være fra fire uker til flere måneder. Miljøterapi er en viktig del av behandlingen. Pasientene trenger individuelt tilpassede miljøtiltak (skreddersøm).

Ved å kartlegge atferd og vurdere miljømessige tiltak ønsker vi å utrede og behandle denne pasientgruppen, slik at symptombildet og lidelsestrykket reduseres til det minimale.

Erfaringsmessig viser det seg at medisiner har liten effekt ved atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens, men i noen tilfeller må medikamentell behandling prøves ut, eller seponeres i kombinasjon med miljøbehandling (1).

Nært samarbeid nødvendig

Post C1 ønsker et nært samarbeid med primærhelsetjenesten før pasienten legges inn, blant annet fordi pasienten skal tilbake til bosted i kommunen. Under oppholdet i posten holdes primærhelsetjenesten hele tiden orientert om pasientens tilstand og behandling. Det arrangeres ofte flere samarbeidsmøter med primærhelsetjenesten og pårørende under oppholdet. Posten tilbyr hospitering for personalet i primærhelsetjenesten før utskrivning, og personalet som har behandlet pasienten kan følge opp pasienten ved utskrivning. Vi har telefonkontakt de tre første ukene etter utskrivning. Alternativt følger personalet pasienten noen vakter de første dagene.

Posten har likevel erfart at selv om det er lagt stor vekt på et systematisert samarbeid med primærhelsetjenesten, har ikke alle behandlingsforløp vært like enkle. Samarbeidet varierer fra sted til sted. Fra spesialisthelsetjenestens side har det vært reflektert mye rundt hvordan man overfører kompetanse. Hva er det personalet i primærhelsetjenesten har nytte av?

Post C1 har sett at tradisjonell veiledning og hospitering ikke alltid fører frem for personalet som jobber med denne pasientgruppen. Derfor oppstod idéen om å utvide hospitering til å gjelde både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Vi ønsker å se på hvilke faktorer som kan ha betydning for endring av praksis. Er det systematisert samhandling med gjensidig hospitering, felles fagdager eller antall personalressurser på vakt? Eller en kombinasjon?

Metode

Det har vært benyttet ulike arbeidsformer i prosjektet: hospiteringslister, loggføring, felles fagdager samt fokusgruppeintervjuer. Hensikten med disse ulike arbeidsformene har vært å gjøre en summativ og formativ evaluering av prosessen slik det beskrives av de ulike aktørene.

- Hospiteringen har foregått i to perioder og har gitt mulighet til systematisert refleksjon over tid. Utvekslingen har skjedd ved at en av personalet på hver avdeling har byttet arbeidsplass to ganger i uken.
- Loggføringen ble gjort daglig av den som var på hospitering. Det ble laget en mal for loggføring som

samsvarte med prosjektets målsetninger, eksempelvis kvalitet på omsorg/behandling, kunnskap, om å forstå og møte pasienten, struktur og innhold og samarbeid med pårørende.

- Felles fagdager med personale fra begge avdelingene inneholdt relevante temaer som i hovedsak var ønsket av personalet ved FSE. Vi har hatt fem slike samlinger. I etterkant av samlingene ble det foretatt en oppsummering med personalet for å kartlegge hva de fikk ut av fagdagen.
- Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i tre omganger: etter avsluttet hospitering, etter tre og seks måneder. Intervjuene ble tatt opp på bånd og senere transkribert. Prosjektlederne gjennomførte intervjuene. Den ene intervjuet og den andre observerte. Observatøren kunne utdype spørsmålsstillinger og tegnet kommunikasjonskart.

Forberedelser

Forberedelsene til prosjektet startet opp i november/desember 2007.

Vi hadde først et møte med involverte parter, hvor vi definerte oppgaver og samarbeid over tid. Dette ble nedfelt i en konkret samarbeidsavtale, og vi hadde et møte med avdelingssjef, overlege og avdelingssykepleier på Alderspsykiatrisk avdeling, samt sykehjemslege, leder og fagkonsulent for Demensenheten.

Avdelingssykepleier og overlege ved C1 hadde informasjonsmøte med sitt utvekslingspersonale medio februar 2008. I tillegg hadde avdelingssykepleier på C1 informasjonsmøte med personalet på FSE.

Den gjensidige hospiteringen ble delt opp i to perioder; 01.03.-30.06.2008 og 18.08.-12.12.2008.

Gjennomføring

Prosjektlederne erfarte raskt at det var behov for et tett samarbeid oss i mellom, blant annet for å evaluere og tilpasse maler til loggføring og planlegge felles fagdager.

Prosjektet ble gjennomført med hospitering, felles fagdager og prosjektledernes jevnlige møter i henhold til prosjektbeskrivelse og fremdriftsplan.

Hospiteringen omfattet fire faste pleiere fra SI, post C1 (to sykepleiere og to hjelpepleiere) og en gruppe på 11 av det faste personalet på FSE med ulike profesjoner (vernepleier, sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og assistenter). Disse har utvekslet arbeidsoppgaver på hverandres avdelinger.

I hospiteringsperioden ble loggføringen evaluert og endret fra fri refleksjon til at vi tok i bruk en konkret mal som samsvarte med prosjektets målsetninger.

Personalgruppen fra FSE som deltok i hospiteringen ble sammensatt av personale som meldte seg frivillig. Prosjektlederne antok at personalet ville få best utbytte av utvekslingen når den genuine interessen var til stede.

På felles fagdager har vi benyttet undervisning i form av forelesning, gjennomgang/veiledning på relevante sykehistorier og gruppearbeid. Målet har vært å skape en felles forståelse for kunnskap og tilnæringsmetoder.

*«Kompetansen til
å møte pasienter
med utfordrende atferd
har økt.»*

Innholdet på fagdagene har vært fastsatt god tid i forveien og etter innspill fra personalet. Det har imidlertid vist seg at det har vært behov for å endre programmet etter hvilke utfordringer personalet til enhver tid har stått i. Tilbakemeldinger fra personalet er at drøfting og tiltak i forhold til pasientenes sykehistorier gir spesielt god læring.

Høsten 2008 begynte prosjektlederne forberedelsene til fokusgruppeintervjuene, som startet etter avsluttet hospitering.

Intervjuformen med fokusgruppe ble valgt «for å få fram et mangfold av synspunkter, vurderinger og kreative assosiasjoner om bestemte og forholdsvis avgrensede temaer» (3).

Intervjuene ble nøye forberedt og strukturert av prosjektlederne, og det ble satt opp fremdriftsplan. Vi utarbeidet en spørsmålsguide, med fem hovedområder:

- Kvalitet på omsorg/behandling
- Kunnskap
- Om å forstå og møte pasienten
- Struktur og innhold
- Samarbeid med pårørende.

Fokusgruppeintervjuer er en kvalitativ metode hvor det er viktig å stille åpne spørsmål som inviterer til refleksjon. Kvalitative metoder gir oss kunnskap om menneskers erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver, holdninger og handlinger. De er også hensiktsmessige når vi skal utforske dynamiske prosesser som for eksempel utvikling. Styrken i kvalitative forskningsmetoder ligger i de åpne spørsmålene som stilles (4).

Funn og resultater

Prosjektet hadde fokus på den kliniske hverdag for personalet og pasientene. Vi er ikke ferdige med å analysere datamaterialet, derfor blir presentasjon av funn/resultater i hovedsak basert på utsagn, referat fra fagdager og erfaringer fra fokusgruppeintervjuene.

Personalet på C1 har vært entydige på at kvaliteten på omsorg og behandling for pasientene på FSE har vært god gjennom hele prosjektperioden. Det samme påpekes når det gjelder samarbeid med pårørende.

Når det gjelder kunnskap er tilbakemeldingen at det under prosjektet har vært en økt bevisstgjøring i bruk av kartleggingsverktøy. Her har kompetansen økt og det er etablert en forståelse av at bruk av kartleggingsverktøy er en god arbeidsform for å evaluere igangsatte tiltak og blant annet vurdere om pasienten er på rett omsorgsnivå. Etter oppstart har FSE hatt stort press på plassene og personalet har erfart at kartleggingsverktøyet er nødvendig dokumentasjon i forhold til lidelsestrykk og funksjon hos pasientene.

Tilbakemeldinger fra personalet har vært at den gjensidige hospiteringen i det daglige gir muligheter til refleksjon over praksis.

Fokusgruppeintervjuene viser at det har variert hvor godt de enkelte arbeidslagene har fått til refleksjon over

faglige problemstillinger. Noen har grepet muligheten for kompetansedeling i større grad enn andre.

For å få til struktur og innhold er det igangsatte behandlingsmøter på FSE, hvor tiltak for pasientens behandling planlegges og evalueres.

Evaluerer av igangsatte tiltak og drøfting av videre behandling er en viktig rutine for spesialisthelsetjenesten. FSE mener at behandlingsmøter ikke hadde kommet i gang så tidlig uten samhandlingsprosjektet.

Kompetansen til å møte og takle pasienter med ulik grad av utfordrende atferd har økt. Personalet på FSE gir uttrykk for at de er tryggere i forhold til å møte og forstå pasientene, og at dette er følge av prosjektet.

Tilbakemeldingene har vært spesielt gode på felles fagdager, hvor personalet har fått anledning til å drøfte tiltak i forhold til konkrete sykehistorier. Den gjensidige hospiteringen har vært en viktig faktor i samhandlingen, og personalet gir tilbakemelding om økt trygghet og bedre forståelse mellom nivåene.

Bedre kjennskap til hverandre har gitt et godt klima for kompetanseutvikling/utveksling.

For å få bedre struktur på tiltak er det jobbet en del med betydning og bruk av dagsplaner i avdelingen. Personalet på FSE ser ikke samme behov for dagsplan som personalet i spesialisthelsetjenesten. Prosjektlederne oppfatter imidlertid at enkelte gjøremål utføres litt tilfeldig og at det i noen grad er personavhengig.

Personalet på FSE har også problemer med å avvikle pauser. Dette kan ha sammenheng med manglende bruk av dagsplan og oppgavefordeling, men så langt synes det som om personalet ikke er klar til å ta i bruk et slikt redskap. Trolig vil personalet på FSE fokusere mer på struktur etter hvert, da dette har vært et tema i alle fokusgruppeintervjuene.

Konklusjon

Prosjektlederne tror at den gjensidige utvekslingen samt felles fagdager har gitt større grad av trygghet og forståelse for hverandres ståsted og arbeidsoppgaver. Dette kan gi et bedre grunnlag for kompetanseutveksling og læring enn tradisjonell veiledning.

Nok personalressurser er viktig, men ikke nødvendigvis avgjørende for å gi god omsorg og behandling. For å opprettholde kompetanse og engasjement hos personalet som jobber med denne pasientgruppen over tid, er det likevel viktig at pleiefaktoren står i forhold til utfordringene.

Den systematiserte samhandlingsmetoden har ført til at personalet er bedre i stand til å stå på egne ben, og de sier selv at dette på sikt kan føre til færre innleggelses i spesialisthelsetjenesten. Kanskje er fokus på å dele praksiserfaring gjennom hospitering, felles fagdager og fokusgruppeintervjuer veien å gå for å skape endring i praksis?

Selv om prosjektet har hatt en fast struktur, har prosjektlederne erfart at det har vært nødvendig med endring underveis. Det har vært viktig å møte personalets behov for faglig påfyll. Fagdagene har vist seg å være så nyttige at vi har valgt å fortsette med dem

to ganger i året etter avsluttet prosjektperiode. Kanskje er det nødvendig med et så tett samarbeid både for første- og annenlinjetjenesten for å utveksle erfaringer og lære av hverandre?

Prosjektlederne har sett det som en nødvendighet å bruke en problemløsende veiledningsmetode for å få personalet til å reflektere over egne holdninger og handlinger. Endring av praksis er avhengig av metode, men enkeltelementer i metoden kan vektlegges ulikt etter behov.

Prosjektlederne mener metoden er overførbar til andre institusjoner, og spesialisthelsetjenesten vil tilby denne tjenesten også til andre kommuner.

■ marit.sjorengen@ringsaker.kommune.no

REFERANSER

1. Selbæk G, Kirkevold Ø et al. (2008) The course of psychiatric and behavioural symptoms and the use of psychotropic medications in patients with dementia in Norwegian nursing homes – a 12 month follow-up study. *Am J Geriatr Psychiatry*. Jul;16(7):528-36.
2. Lichtwarck B (2009) Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens (TID). *Demens & Alderspsykiatri* vol. 13. Nr. 2.
3. Grønmo S (2004) Samfunnsvitenskapelige metoder. Bergen: Fagbokforlaget.
4. Malterud K (2003) Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Kommentar til lesebrev i Demens&Alderspsykiatri nr. 4, 2009

■ Lise Øverland, fagkonsulent på Enhet for utviklingshemning og aldring, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Høreapparat til personer med demens – bortkastede ressurser?

Mine erfaringer med høreapparat hos personer med demens

Tidligere jobbet jeg som konsulent for eldre med kombinerte syns- og hørselsproblemer. Jeg har dessuten jobbet fire år i post 11, utredningsenhet for hukommelsessvikt og alderspsykiatri på Granli psykiatriske senter, og er derfor spesielt opptatt av problemstillingen.

Jeg er enig med logoped Sidsel Christensen i at en samtaleforsterker er mer hensiktsmessig for personer med demens enn å få tilpasset høreapparat. Kommunikasjonssituasjonen blir tydelig for den hørselshemmede og øye- og ansiktskontakten opprettholdes.

Jeg har også erfaring med at mennesker med en demenssykdom ikke evner å venne seg til et nytt lydbilde som et høreapparat medfører. Et helt nytt lydbilde vil oppleves som slitsomt og medfører mer stress og ubehag enn det gevinsten av høreapparatet gir.

Men situasjonen er en helt annen dersom personen er en rutinert høreapparatbruker fra før demenssykdommen rammet. Lydbildet er da det som personen er vant til å leve med, og det blir feil å ikke legge til rette for at personen får benytte høreapparatene sine. Dersom det

ikke gjøres, påføres personen et ytterligere kommunikasjonshandikap i tillegg til de problemene demenssykdommen medfører.

Den som yter bistand har en viktig oppgave i å ta ansvar for at batteriene skiftes, rense proppene, bytte slanger og hjelpe vedkommende med å sette inn og ta ut apparatene og skru dem av og på. Dessuten forandrer eldre menneskers øreganger seg slik at nye avstøp til nye propper må tas dersom proppene ikke passer eller høreapparatet piper.

Mange mennesker produserer også for mye ørevoks og bør undersøkes hos lege og eventuelt få øreskylning, dette gjelder både høreapparatbrukere og andre! Spesielt viktig å tenke på dersom personen ikke evner å gi beskjed om at de opplever redusert hørsel/har «propper» i ørene.

Generelt er det viktig å optimalisere kommunikasjonen med personer med demens – med eller uten hørselshemming. Henvende seg til personen, presentere tema, snakke rolig og tydelig, eliminere støy i mest mulig grad, det være seg fra radio eller TV og om mulig lukke døra til kjøkkenet når det jobbes der.

Eldre med psykiske lidelser ikke prioritert i kommunene!

*Mirka Kraus har som oppgave
å avlaste alderspsykiatrien
i hele Helse Sør-Øst HF.
Hvordan ser verden ut
fra hennes kontor i Oslo?*

Som det første helseforetaket i landet har Helse Sør-Øst HF valgt å satse på en stilling som psykolog i alderspsykiatri i privat praksis. Den nye stillingshjemmelen ble utlyst i 2006, øremerket til alderspsykiatrisk spesialist med offentlig avtale, driftstilskudd og refusjon fra Folketrygden. Jobben gikk til Mirka Kraus, erfaren psykologspesialist som har arbeidet innenfor alderspsykiatrien i en årrekke.

Oppgavene er klart definert: Mirka Kraus skal betjene alderspsykiatriske pasienter over 67 år fra hele Helse Sør-Øst. De kan også være yngre, men må ha symptomer knyttet til alderspsykiatriske lidelser. Oppgaven er korttids- og langtidsbehandling og oppfølging av pasienter som vurderes til ikke å ha behov for psykiatriske sykehustjenester. Hensikten med stillingen er å redusere ventelistene i offentlig alderspsykiatri og tilby viderebehandling med psykoterapi for eldre pasienter etter utskrivelsen fra alderspsykiatriske avdelinger.

Pasienter i fleng

Mirka Kraus startet i stillingen februar 2007. Tidligere har hun hatt privat praksis i flere år og har dessuten arbeidet på Alderspsykiatrisk avdeling på Oslo Universitetssyke-

hus Ullevål og Ahus og samarbeidet tett med Diakonhjemmet sykehus og geriatriisk avdeling ved Lovisenberg sykehus.

– Disse avdelingene begynte tidlig å henvise pasienter til meg. Flere distriktpspsykiatriske sentre (DPS) ønsker ikke å behandle personer over 67, men mener de hører hjemme i alderspsykiatrien. Dermed henviser de pasientene til en alderspsykiatrisk avdeling som i mange tilfeller henviser videre til meg fordi de ikke har behandlingskapasitet selv.

Til 50 legesentre i Helse Sør-Øst HF har Mirka Kraus sendt et informasjonsskriv om tilbudet. Pasientene har ikke latt vente på seg.

Hvem er pasientene?

En liten prosentandel av pasientene er yngre personer med demens, ofte i aldersgruppen 50-60 år, som er utredet og diagnostisert på hukommelsesklinikk.

– Noen har frontotemporallapspdemens, de fleste har Alzheimers sykdom. Det er dypt alvorlig å få en demensdiagnose midt i livet, og mange utvikler posttraumatisk stressyndrom som forlengelse av en sorgreaksjon. Jeg kan bidra med hjelp til sorgbearbeiding og mestringsstrategier slik at de kan klare å leve videre med den alvorlige sykdommen. De som ellers i landet kun har fastlegen å støtte seg til får ofte ikke den hjelpen de trenger. Mange leger aner ikke hvor dramatisk det er for et menneske å få demensdiagnose i 50-årsalderen.

En annen liten pasientgruppe trenger oppfølging for kroniske psykiatriske sykdommer som bipolar lidelse og schizofreni.

– De trenger en trygg relasjon til helsevesenet, men blir ikke tatt inn til behandling i offentlige sykehus eller DPS-er. Ikke engang alderspsykiatrien tar imot dem, for de er ferdig diagnostisert, står på fast medikasjon og



Mirka Kraus skal betjene alderspsykiatriske pasienter over 67 år fra hele Helse Sør-Øst.

Vi hører gjerne at eldre mennesker ikke så lett oppsøker psykolog, men du opplever nærmest kø foran døren?

– Mange av mine pasienter har hatt psykiatrisk eller psykologisk behandling tidligere i livet og har ikke motforestillinger mot å gå til psykolog. Enkelte er redde for å oppsøke det offentlige helsevesenet fordi de har negative forestillinger om Gaustad og Dikemark sykehus, men de kan tenke seg å komme til spesialist i privat praksis.

Blir syke av å være pårørende

En voksende pasientgruppe er eldre som har utviklet tilpasningsforstyrrelser, angst og somatiske lidelser som følge av overbelastning ved å gi omsorg til ektefelle med demens. Mirka Kraus ser dette i sammenheng med økende mangel på sykehjemsplasser og avlastningstilbud i Oslo og flere andre østlandsfylker. Lengre ventetid og fraværende bistand fra førstelinjetjenesten fører til at pårørende sliter med oppgavene altfor lenge alene. Alvorlig sykdom som demens påfører både samfunn og familie store og sammensatte belastninger, understreker Mirka Kraus.

– De som har omsorgsansvaret blir utslitt, og hos fastlegen får de gjerne tilbud om antidepressiva eller medisiner mot angst. De som er i jobb må sykmeldes. Noen leger foreslår da psykologisk behandling for at de skal kunne mestre situasjonen hjemme uten å slite seg helt ut. Dette er mennesker som ikke har vært syke tidligere, men som er blitt psykisk syke av altfor store og langvarige omsorgsoppgaver. Mange opplever at omsorgen er så krevende at de må begrense de positive aktivitetene og kontaktene, som samvær med barn og barnebarn. I enkelte tilfeller må jeg presse på bestiller-utførerkontoret i pasientens kommune for at de skal få tilbud om sykehjemsplass fordi pasientens pårørende simpelthen er suicidal.

Mirka Kraus er opptatt av hvor dårlig de politiske festtalene stemmer overens med folks hverdag. Når hjelpetiltakene mangler skapes det nye pasienter, påpeker hun.

– Det er så mye folk sliter med som politikere ikke skjønner bæret av. De besøker sykehjem og tror visst at alt er bra. Jeg er sjokkert.

Flaskehalsene i første linje

Med sin lange erfaring har Mirka Kraus dannet seg et tydelig bilde av hvor flaskehalsene befinner seg innenfor alderspsykiatrien.

– Én flaskehals er DPS-ene som ikke prioriterer eldre pasienter og som krever at pasientene skal være alvorlig sinnslidende for å bli prioritert på en venteliste. Eldre mennesker bør ikke ha ventelister. Vi har gode alderspsykiatriske avdelinger, men de er for få. Psykisk helsehjelp i kommunene er en annen flaskehals. Noen kommuner har psykiatriske team som et lavterskeltilbud.

trenger «bare» oppfølging av psykolog. Det kan gjøres i privat regi, og de kommer hit. Alderspsykiatrien skal ta seg av nysyke, alvorlig syke og de som trenger tverrfaglig aktiv behandling. Det interessante er at pasientene som henvises hit kan unngå gjeninnleggelser i sykehus ved å få fire-fem timer oppfølging i året. Jeg samarbeider tett med fastlegene som kjenner pasientene, og sammen kan vi klare å være i forkant og forebygge tilbakefall.

Den største pasientgruppen er personer mellom 70 og 85 år som tidligere i livet har hatt psykiatriske lidelser, ofte angst og depresjon, og som får tilbakefall.

– De blir avvist ved mange DPS-er på grunn av alderen, og de kommer ofte langt ned i prioriteringskøen på offentlige sykehus fordi de ikke er syke nok. De har mange psykosomatiske problemer og mye depresjon og angst, men er ikke psykotiske og ikke suicidale.

Nok en gruppe består av eldre som har opplevd tap av nære personer eller fått en alvorlig diagnose. De utvikler tilpasningsforstyrrelser og sliter med å mestre hverdagen. Noen får en langvarig angstreaksjon eller depresjon. De fleste som oppsøker Mirka Kraus i denne gruppen er i aldersgruppen 65-70 år.

Der er ikke eldre inkludert. Personer på 65 år og eldre har ingen øremerkede ressurser innenfor det psykiske helsearbeidet i kommuner eller bydeler, verken i form av psykologtjenester, psykiatriske sykepleiere eller psykiatriske team.

Med det store opplandet stillingen har skulle man tro ventelistene var lange hos Mirka Kraus. Private psykologer med offentlig avtale kan ha ventelister på opptil tre år. Mirka opererer med tre ukers venteliste for ikke-akutte henvendelser og en uke for akutte. Det blir lange arbeidsdager av slikt.

– Dette er en 80 prosent stilling, men i virkeligheten arbeider jeg 150 prosent, ler Mirka. Hun har nå søkt om å få utvide til full stilling.

Hvor blir samfunnsperspektivet av?

Mirka Kraus savner et samfunnspsykologisk perspektiv i planleggingen av helsetilbudene.

– Eldre er ikke prioritert i det psykiske helsearbeidet, det har vi utallige eksempler på. Alderspsykiatriske lidelser varer livet ut, og vi lever lenge i Norge. Det er hårreisende at man i førstelinjetjenesten ikke tar seg av syke mennesker fra de er 65 til de er 100! Det betyr at belastningene på familiene er store og langvarige. Demenssykdommer har en stor psykiatrisk komponent. Den rammer også pårørende, både psykisk, fysisk og sosialt.

Et ønske fra Mirka Kraus er at alderpsykiatriske avdelinger og hukommelsesklinikker kunne ha en øremerket stilling og/eller et behandlingstilbud for å ta seg av de katastrofereaksjoner mange får etter en demensdiagnose.

– De blir sendt hjem uten støtte til å bearbeide reaksjonene, og da kan problemene bli store.

Mange av disse lidelsene kunne vært ivaretatt på kommuneplan, av kommunepsykologer i psykiatriske team, øremerket arbeid med eldre. I årets statsbudsjett har Regjeringen bevilget 30 millioner kroner til styrking av psykologtjenesten i kommunene. Tror du det kommer til å gjøre situasjonen bedre for eldre med psykiske lidelser?

– Det kan skje under forutsetning av at deler av midlene blir øremerket psykisk syke eldre. Generelt i psykiatri oppnår vi større effektivitet i behandlingen når pasientgruppene er homogene både når det gjelder diagnoser og alder.

Mirka Kraus ser ironien som ligger i manglende kommunale tilbud:

– Når det ikke finnes instanser på kommuneplan som tar imot eldre med psykisk sykdom, kan kommunene hevde at de ikke har eldre med psykisk sykdom!

NY DOKTORAVHANDLING:

Veiledning kan forbedre forholdene for personer med demens på sykehjem

Ingelin Testad i Stavanger disputerte 21. januar over temaet «Agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia. Prevalence, correlates and the effects of care staff training».

Avhandlingen viser at systematisk undervisning og veiledning av personalet kan redusere urolig atferd og også bruken av tvang overfor personer med demens i sykehjem. Den viser videre at stress og belastninger hos helsepersonell på sykehjem er knyttet til organisatoriske og strukturelle forhold på arbeidsplassen, især ledelse, og er i mindre grad knyttet til pasientenes behov og urolige atferd, slik det er vanlig å anta.

Testad er sykepleier og leder Seksjon for fagutvikling og forskning ved Stokka undervisningssykehjem. Hun har gjennomført sin undersøkelse blant 200 pasienter og 200 pleiere ved norske sykehjem.

D&A gratulerer med disputasen og kommer tilbake til dette i et senere nummer. (Red.)



■ Eivind Aakhus, avdelingsoverlege, Avdeling for alderspsykiatri, Sykehuset Innlandet og leder i Utvalg for alderspsykiatri, Norsk psykiatrisk forening

Har alderspsykiatri og kampen mot kjempebjørnekjeks noe til felles?



«Den potensielle økonomiske gevinsten ved at eldre med psykiske lidelser rehabiliteres er tilsynelatende mindre enn om en tenåring hjelpes (...). Kan man tenke seg at en slik mekanisme styrer redaksjonenes fokus når offentlige dokumenter skrives? I så fall er det flere forhold som burde kunne endre dette fokuset,» skriver avdelingsoverlege Eivind Aakhus i sin kronikk. Han kaster et kritisk blikk på to offentlige dokumenter fra 2009.

Den svenske regissøren Jan Troell beskrev det svenske samfunnet i filmen «Sagolandet» (1988) gjennom møter med ulike mennesker han møtte i løpet av sin fem år lange «reise» i Sør-Sverige. Med tristesse, og ikke uten en god porsjon ondskap, skildrer han blant annet adjunkt Harald Lundströms ensomme kamp mot Jätteloke (i Norge best kjent som planten kjempebjørnekjeks eller tromsøpalme) i Skåne-traktene. Lundström hadde, ifølge Troell, kun ett mål i dette livet: Total krig mot Jätteloka! Gjennom hele filmen, på tvers av alle sammenhenger, klipper Troell inn korte sekvenser av Lundströms beretninger om plantens farer, og på denne måten fremstiller

han den middelaldrende adjunkten som en slags sør-svensk variant av Don Quijote.

Som alderspsykiater tvinges jeg til å reflektere over Lundströms arbeid. Jeg har gradvis latt meg imponere over hans evne til å holde fast ved en idé. Selv «Sagolandet» var ikke nok til å knekke denne mannen; så sent som i 2003 blir han omtalt med respekt i Trelleborg kommunes Naturvårdsplan, som den personen som har bidratt mest til å holde, ja nettopp, Jätteloka, tilbake.

Hvorfor får min jobb som alderspsykiater meg til å tenke på Lundström? Det er to grunner til det: Den ene er at som alderspsykiater er man nødt til å konsentrere seg om, og vie seg til, en ressursmessig svært liten del av fagområdet psykiatri. Den andre er at når man skal kjempe sin kamp for eldres psykiske helse, møter vi uunngåelig personer med annet faglig eller administrativt fokus enn vårt eget, og risikoen for å møte personer med et «Troellsk» blikk på alderspsykiatrien (les: Kjempebjørnekjeks) er utvilsomt stor.

Eldrebolegen kommer!

Med hjelp fra Statistisk sentralbyrås (SSB) ulike estimater kan vi anslå antallet eldre i ulike aldersgrupper i et 20-30 års perspektiv. I og med at vi vet at den relative økningen i eldregruppen vil være størst blant de eldste (80+) kan vi forutsi at forekomsten av behandlingstrengende eldre med psykisk lidelse vil øke betydelig i årene som kommer (1). I tillegg vil vi med all sannsynlighet fortsette å se en utvikling i retning av økt innsats ved livstruende tilstander (hjerneslag, hjerteinfarkt), også overfor de eldste, med påfølgende økt overlevelse. Vi må forvente at denne økte innsatsen ved livstruende tilstander hos eldre vil resultere i at noen vil overleve med ulike skader i sentralnervesystemet (som vil kunne resultere i depresjonstilstander og personlighets- eller atferdsmessige endringer), eller med en reaksjon på å ha vært gjennom en livstruende hendelse (posttraumatisk stresslidelse, angst eller depresjon). Denne gruppen av «overlevende»

vil komme i tillegg til SSBs estimater, og størrelsen vil være vanskelig å anslå. Uansett må vi regne med at forekomsten av alderspsykiatriske lidelser hos eldre vil være større enn eldrebølgen skulle tilsi, og samfunnet, og alderspsykiatrien, må være forberedt på denne tilstrømningen.

Disse refleksjonene er ikke nye. Helsepolitikere har tatt inn over seg den kommende utfordringen, og sentrale myndigheter har gjennom målrettet arbeid gjennom de siste fem årene beskrevet de helsemessige oppgaver som «eldrebølgen» vil medføre. Og det skal de ha: Når offentlige myndigheter tar på seg eldrebrillene, så gjør de det bra! Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) beskrev de helsemessige utfordringer nasjonen står overfor i rapporten Omsorgsplan 2015 (2), og Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) fulgte opp dette dokumentet med en konkret angivelse av hvilke oppgaver primær- og spesialisthelsetjenesten skal ha ansvar for (3). Dette dokumentet tror jeg har hatt betydning for utvikling av samarbeidsmodeller flere steder i landet. HOD publiserte også sin kortsiktige nasjonale strategiplan for helsetilbudet overfor eldre, 2008-2012 (4), med en forsøksvis grenseoppgang mellom Distriktpsychiatriske sentre (DPS) og sentralsykehusenes tilbud når det gjaldt eldre med psykiske lidelser. DPS-enes ansvar overfor eldre med psykiske lidelser er blitt tydelig beskrevet (5), og Gråwe og kolleger (6) dokumenterte nylig at DPS-ene behandler færre eldre enn forventet ut fra folketallet.

Alt er bra!?

Offentlige myndigheter er tilsynelatende fullstendig klar over de utfordringene landet og alderspsykiatrien står overfor i de kommende årene. Vi har sett Regjeringen anslå konkret hvor mange ekstra hender som trengs i den kommunale omsorgen. Alderspsykiatrien har fått en tydeligere rolle vis à vis DPS og kommunehelsetjenesten. Vi har fått bekreftelse på vår mistanke om at DPS-ene fortsatt har en jobb å gjøre i sitt eget system for å ivareta eldregruppen. Det er greit nok; alle vet hva som må gjøres. Riktignok kan vi kanskje synes at det offentlige har gitt demensperspektivet en vel dominerende posisjon. Vi vet at forekomsten av depresjon hos eldre representerer en vel så stor helsemessig utfordring som demens (7). Vi vet at depresjon hos eldre ofte er underdiagnostisert og underbehandlet, og vi vet noe om at pårørende til eldre pasienter innlagt med depresjon opplever like stor grad av psykologisk stress som pårørende til pasienter med demens (8). Forekomststudier av depresjon hos eldre viser at det er stor variasjon i ulike grupper av eldre. Rosenvinge og Rosenvinge (9) viste i sin systematiske oversiktsartikkel at totalforekomsten av depresjon hos eldre kunne variere fra snaut 15 prosent i den generelle eldrebefolkningen til over 30 prosent i sykehjems-/sykehusgrupper, og Selbæk og kolleger (10) viste i sin store, norske sykehjemsstudie at så mange som 84 prosent av norske sykehjemsbeboere hadde ett eller flere klinisk betydningsfulle nevropsykiatriske symptomer. Offentlige myndigheters fokus på norske sykehjem er med andre ord fornuftig, men er det noe som overses?

Er det på lissom, eller er det på orntli?

Om eldreperspektivet er integrert i offentlige myndigheters arbeid kan strengt tatt ikke vurderes i dokumenter der mandatet er å utrede og beskrive helsemessige situasjoner spesifikt for eldre. Vi må heller se på hvordan perspektivet blir ivaretatt i helsepublikasjoner med et allment perspektiv, der eldre er en del av den populasjonen som beskrives. Består norske helsemyndigheter testen da?

Dessverre viser det seg at de ikke gjør det.

To viktige norske publikasjoner i 2009

I løpet av 2009 er to store arbeider som omhandler psykisk helse i Norge blitt publisert. I mai publiserte Helsedirektoratet «Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten» (11), og i oktober kom Folkehelseinstituttets (FHI) rapport «Psykiske lidelser i Norge. Et folkehelseperspektiv» (12). Så vidt undertegnede kan registrere, har ingen med tilknytning til alderspsykiatrien vært engasjert i disse arbeidene, men Utvalg for alderspsykiatri avga høringssvar til «Nasjonale retningslinjer».

Tjue prosent av befolkningen får under to prosent av oppmerksomheten

Helsedirektoratets Nasjonale Retningslinjer gir god informasjon om samhandling, utredning og behandlingsprinsipper ved depresjon hos voksne. Ulike typer depresjonslidelser får grundig omtale. Dette er utmerket lesing, med tydelige faktabokser, og anbefales lest av alle. Alderspsykiateren merker seg selvfølgelig at i disse generelle kapitlene mangler eldreperspektivet. Hun tenker at en beskrivelse av aldersdepresjonens fenomenologi godt kunne ha fått plass i denne delen av dokumentet. Ikke minst kunne hun ønsket at medikamentelle strategier for behandling av eldre var nevnt spesielt i farmakologikapittelet. Med stigende bekymring tenker hun at dersom en allmennpraktiker nøyer seg med å lese denne generelle delen (de første 70 sidene), vil legen ha lite spesifikk kunnskap å møte sin eldre deprimerte pasient med. Befolkningsgruppen «eldre», har Helsedirektoratet bestemt seg for å plassere i kapittelet «Særskilte pasientgrupper». Her finner vi informasjon om eldre med depresjon (ca én side) og pasienter med demens (ca ½ side). Innholdet om eldre med depresjon er greit beskrevet. Det understrekes at depresjon kan være vanskelig å oppdage, både hos eldre og hos pasienter med demens, og at suicidale tanker hos eldre kan representere mer alvorlig intensjon. Til en viss grad gis anbefaling om bruk av strukturerte evalueringsverktøy, og det bemerkes kort at medikamentell behandling hyppigere kan lede til bivirkninger, noe som krever tettere oppfølging. Alderspsykiateren kan kjenne et stikk av indignasjon over at en befolkningsgruppe (60+) som per i dag utgjør ca 20 prosent av befolkningen avspises med 1,7 prosent av plassen, men hovedbekymringen er at eldregruppen virker såpass avsondret fra resten av voksenbefolkningen. Ideelt sett, slik Utvalg for alderspsykiatri anbefalte i høringen, burde eldreperspektivet integreres der det var relevant gjennom hele dokumentet.

Psykiske lidelser hos eldre – et spørsmål om ensomhet?

Folkehelseinstituttets rapport tar mål av seg å beskrive psykiske lidelser i hele befolkningen, fra barn til voksne. I forordet påpeker Divisjonsdirektør Arne Holthe at FHI nå har gjort opp «status om utbredelsen av psykiske lidelser i Norge» og at «rapporten er ment som et autoritativt referansedokument til bruk for politikere, forvaltning, media og befolkningen generelt». Kan det tenkes at et autoritativt dokument om utbredelsen av psykiske lidelser i Norge faktisk klarer å integrere eldres psykiske lidelser i større grad enn Helsedirektoratet klarer? Første gang ordet «eldre» opptrer er på side 20, der det påpekes at «omtrent 20 prosent av befolkningen i den vestlige verden er eldre enn 60 år». Neste gang ordet dukker opp, på side 27, konstateres det at «spesielt blant eldre er det funnet at ensomhet er en svært sterk risikofaktor for depresjon» og at depresjon blant eldre kan forebygges gjennom tiltak mot sosial isolasjon. Og der stopper Folkehelseinstituttets bidrag til alderspsykiatrien.

På side 31 påpekes at «Depresjon opptrer i sammenheng med de fleste somatiske symptomer (sic!) og somatiske diagnoser og årsakssammenhengen går begge veier: Man kan bli deprimentert som følge av belastninger ved somatisk sykdom, men depresjon øker også risikoen for alvorlig sykdom som hjerte- og karsykdom». Det bemerkes også at samtidig forekomst av depresjon ved hjerte- og karsykdom innebærer risiko for høyere dødelighet. Det siste er utvilsomt av stor betydning, og angår helsepersonell som jobber med eldre i større grad enn annet helsepersonell. Å påstå at det representerer et integrert eldreperspektiv, derimot, vil være å ta hardt i!

Hvorfor glemmes eldre?

Forskjellsbehandling på grunn av alder har internasjonalt fått betegnelsen «ageism», eller «alderisme» på norsk. Et eksempel på institusjonalisert alderisme kan være åpen eller skjult begrensning av helsetjenester overfor eldre (13). Systematisk forbigåelse, eller overflatisk behandling, av eldre i offentlig utredningsarbeid kan også være en form for alderisme. Det er dokumentert at eldre tilbys dårligere behandling innenfor ulike deler av de somatiske helsetjenester (14;15). Selv om man har påvist at eldre ikke har høyere terskel for å oppsøke profesjonell hjelp ved psykiske lidelser enn yngre voksne (16), er det mekanismer som bidrar til underdiagnostisering og underbehandling av eldre. Begrepet gammel kan gi assosiasjoner til passivitet og stagnasjon. Adjektivet «gammel» som en beskrivelse av menneskelig alder er på vei ut av det norske vokabularet, og blitt erstattet med bøyningsformen «eldre». Er du blitt gammel, er det en statisk (og ubønnhørlig) tilstand, men er du eldre, er du del av en (potensielt reversibel) prosess. Assosia-



sjoner til begrepet gammel kan derfor representere en underliggende mekanisme som påvirker oss til å unngå temaet.

En annen mekanisme som kan bidra til at eldre overses, er fokuset på samfunnsøkonomi; en satsing på grupper av psykisk syke, der rehabilitering av gruppen vil innebære et potensial for verdiskaping. I et makroøkonomisk perspektiv vil det utvilsomt være ønskelig at begrensede ressurser kanaliseres dit det er størst sannsynlighet for en samfunnsmessig gevinst.

Den potensielle økonomiske gevinsten ved at eldre med psykiske lidelser rehabiliteres er tilsynelatende mindre enn om en tenåring hjelpes gjennom de første kritiske årene av sin sykdom. Kan man tenke seg at en slik mekanisme styrer redaksjonenes fokus når offentlige dokumenter skrives?

I så fall er det flere forhold som burde kunne endre dette fokuset: Den friske eldrebefolkningen er i dag en aktiv forbrukergruppe som genererer verdier gjennom sine aktiviteter. Den utgiften samfunnet har i form av pensjonsutbetalinger vil kunne komme tilbake i form av kjøp av varer og tjenester. Psykisk sykdom er en risikofaktor for kronisk sykkelighet, funksjonshemning og tidlig institusjonalisering. Ubehandlet eller underbehandlet psykisk sykdom hos eldre vil generere utgifter for samfunnet i form av kommunale helseressurser og forbruk av både somatiske og psykiatriske sykehustjenester. Det er derfor i samfunnets interesse å holde eldre friske så lenge som mulig.

Vårt mål: Godt spill på bortebane

En av alderspsykiatriens viktigste oppgaver er å markedsføre vårt fag overfor samarbeidspartnere som i utgangspunktet ikke jobber med alderspsykiatri.

Kampen mot kjempebjørnekjeks og kampen for eldres helse har mange fellestrekk, men på et avgjørende punkt er de vesensforskjellige: Lundströms mål er utryddelse av arten. Vårt mål er bedre livskvalitet og helse for våre psykisk syke eldre. Dette skal vi oppnå gjennom god, kunnskapsbasert utredning og behandling, og gjennom å øke forståelsen for vårt viktige arbeid utenfor våre egne arenaer. Her har alle som jobber med eldres psykiske helse et felles ansvar.

■ eivind.aakhus@sykehuset-innlandet.no

Helse- og omsorgsminister
Anne-Grethe Strøm-Erichsen.



■ Tekst: Ragnhild M. Eidem Krüger
Foto: Torgeir Haugaard, Forsvarets mediesenter

Alderspsykiatriens plass – hva sier ministeren?

Som det fremgår av kronikken av Eivind Aakhus (s. 15-17) og av mange tidligere oppslag i Demens&Alderspsykiatri, er det stor misnøye i det alderspsykiatriske fagmiljøet over myndighetenes oppmerksomhet omkring fagfeltet. Vi har forsøkt å få helse- og omsorgsminister Anne-Grethe Strøm-Erichsen i tale, men måtte nøye oss med svar på e-post.

Med bakgrunn i fagfeltets skuffelse over at alderspsykiatrien er usynlig i offentlige dokumenter, hvilke planer har departementet for å gi alderspsykiatrien den plass som samsvarer med den demografiske utviklingen?

– Alderspsykiatri er et område som fortjener oppmerksomhet, og departementet har vurdert at det er behov for å se nærmere på kompetanse om psykisk helse og tilbudet til eldre. Dette vil bli fulgt opp i 2010. Helsetilsynet gjennomfører dessuten fra 2009 et fireårig tilsyn med tjenester til eldre. Dette vil gi viktig kunnskap for å vurdere hvordan tilbudet til eldre bør videreutvikles.

Statsråden peker på at Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i Nasjonal Strategi for spesialisthelsetjenesten for eldre 2008-2012 foreslo å styrke de distriktspsykiatriske sentrenes funksjon overfor eldre

pasienter med psykiske lidelser, samt vurdere oppgave- og ressursfordeling mellom DPS og alderspsykiatriske spesialavdelinger. I tillegg anbefaler HOD samme sted bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjeneste, noe som også omfatter eldre med psykiske lidelser.

– Selv om vi har økt fokus på dette de siste årene, er det ingen tvil om at det fortsatt er et stykke arbeid å gjøre på området, sier Strøm-Erichsen.

Evalueringen av Opptappingsplan for psykisk helse viste at eldre faller mellom flere stoler i behandlingsapparatet, og fagfolk har i D&A slått til lyd for en opptappingsplan for alderspsykiatrien. Hvordan stiller du deg til det?

– Bakgrunnen for Opptappingsplan for psykisk helse var at kompetanse og tjenester for alle brukere på dette området generelt var for dårlig utbygd. Psykisk helsearbeid i kommunen og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten har ingen aldersgrense, og skal selvsagt også sørge for å gi et godt tilbud til eldre med psykiske lidelser. Flere evalueringsrapporter av Opptappingsplanen anbefaler at eldre er en gruppe som bør prioriteres i tiden fremover – i forhold til å se nærmere på hvordan deres særlige behov ivaretas. Dette vil departementet følge opp nå med å vurdere hvordan kompetanse og tjenestetilbud best kan videreutvikles.

I statsbudsjettet for 2010 bevilges det 30 millioner kroner til styrkingen av psykologtjenesten i kommunene. Kan du bekrefte at denne styrkingen også skal komme eldre til gode, og hvordan skal det i så fall skje?

– Styrkingen av psykologer i kommunene skal bidra til at alle aldersgrupper får et bedret tilbud. Bevilgningen går til prosjekter for fire ulike modeller. To er knyttet til barn og unge, mens de to andre er for alle voksne og da også for eldre.



■ Ulrika Söderhamn, Førsteamanuensis, Senter for omsorgsforskning-Sør, Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Fakultet for helse- og idrettsfag, Universitetet i Agder, Arendal

Screening – en hjelp til å identifisere eldre i fare for underernæring

Underernæring eller risiko for underernæring er et stort problem blant eldre pasienter.

Studier har vist at eldre med mild kognitiv svikt/tidlig stadium av demenssykdom har økt risiko for underernæring.

Underernæring eller risiko for underernæring er et stort problem blant eldre pasienter. Studier har vist høy forekomst av eldre som er underernærte eller i fare for underernæring på sykehus (1-3) og andre institusjoner (4-6), men også blant hjemmeboende som mottar helsetjenester (7).

Underernæring er et alvorlig problem som medfører lidelse, nedsatt helse og livskvalitet for den enkelte som rammes, men også økt risiko for komplikasjoner og dødelighet (8). Dette er også et stort problem for helsepersonell ettersom det gir en økt arbeidsbyrde på grunn av tilstøtte komplikasjoner og lengre liggetider på sykehus (9).

Den høye forekomsten av underernæring blant eldre personer kan skyldes fysiologiske forandringer i forbindelse med aldringsprosessen. Muskelmassen minsker, noe som gir lavere energibehov. Dette kan i sin tur føre

til nedsatt appetitt og vekttap. Minsket muskelmasse kan også forårsake nedsatt mobilitet, som kan føre til nedsatt appetitt. Smak og lukt kan forandres ved høy alder. Dette kan påvirke matinntaket negativt (10). Magesekken får minsket elastisitet, noe som gir en tidlig metthetsfølelse og medfører at eldre har vanskelig for å spise store måltider (11). Forekomsten av sykdommer øker ved stigende alder (10), og eldre er derfor spesielt utsatte for underernæring på grunn av kombinasjon av fysiologiske aldersforandringer, sykdom og bruk av mange medikamenter som kan gi spiseproblemer (11).

Eldre med demenssykdom – risikogruppe for underernæring

Studier har vist at eldre med mild kognitiv svikt i et tidlig stadium av demenssykdom har en økt risiko for underernæring (12,13). Faktorer som har vist seg å være assosiert med risikoen for underernæring hos eldre med demenssykdom er inntak av mindre matporsjoner, munntørrehet og tap av innlært atferd (13).

Mange pasienter som er underernærte eller er i fare for underernæring blir ikke identifisert av helsepersonalet (14). Medvirkende årsaker kan være mangel på kunnskap (15, 16), vanskeligheter med å beregne energibehov og identifisere pasienter med behov for ernæringssterapi, mangel på teknikker for å identifisere underernærte pasienter (16), mangel på ansvarsfordeling og samarbeid, mangel på lokale (15) og nasjonale retningslinjer (16) samt mangel på pasientdelaktighet (15). Mowé et al. (17) har dessuten påvist avvik mellom holdninger hos personalet og hva som ble gjort i praksis; personalets kunnskaper og bevissthet ble ikke brukt fullt ut i pasientarbeidet.

Hensikten med denne artikkelen er å vise at ernæringscreening kan være en hjelp for helsepersonell i

arbeidet med å identifisere eldre personer i fare for underernæring.

Ernæringsscreening

Screening er det første steget i vurdering og behandling av underernæring (18). Å screene eldre pasienter og brukere for å identifisere dem som er i faresonen er av stor betydning for å kunne forebygge og behandle underernæring. Dette er fremført i europeiske og nasjonale retningslinjer (19, 20). Å gjennomføre en ernæringsscreening er spesielt viktig når det er høy forekomst av pasienter/brukere som er i fare for underernæring eller som er underernærte, og når mange av dem ikke blir identifisert (21). Dette er overførbart til eldre pasienter/brukere ettersom de utgjør en kjent risikogruppe (1-7).

I klinisk praksis skal et screeningsverktøy være enkelt, lett å bruke og akseptabelt for pasientene. Videre er det viktig at screeningsinstrumentet er testet angående reliabilitet (pålitelighet) og validitet (gyldighet). Et screeningsinstrument skal også fokusere på risikofaktorer for den aktuelle pasientgruppen (22).

De nye nasjonale retningslinjene anbefaler at alle pasienter på sykehus, beboere på sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/innskrivning (20). Dette kan skje ved hjelp av et screeningsinstrument. I retningslinjene tas identifisering, forebygging og behandling (individrettede tiltak) av underernæring opp, men også forekomst, konsekvenser og årsaker til underernæring samt nytten av målrettet ernæringsbehandling. Ulike screeningsinstrumenter presenteres.

Instrumenter

Screeningsinstrumentet Mini Nutritional Assessment (MNA) (23) er anbefalt for screening av eldre (19,20), for eksempel i primærhelsetjenesten. MNA er spesielt utviklet for identifisering av eldre i faresonen for underernæring og omhandler 18 spørsmål/variabler: forandring av matinntak, vekttap, mobilitet, psykologisk stress/akutt sykdom, neuropsykologiske lidelser, kroppsmasseindeks (BMI), egen bolig, antall reseptbelagte medisiner, trykksår/hudsår, antall fullstendige måltider, markører for proteininntak, antall porsjoner frukt eller grønnsaker, væskeinntak, matinntak/spisehjelp, eget syn på ernæringsmessig status, overarmens omkrets og leggomkrets. Originalversjonen av MNA er utviklet i Sveits og Frankrike (23) og er blitt oversatt til en rekke språk. Det er testet angående reliabilitet og validitet og er blitt brukt i studier i mange land (24). Den norske versjonen av MNA er nylig testet hva gjelder reliabilitet og validitet i en gruppe eldre sykehjemspasienter (25). En kortform av MNA, MNA short form (MNA-SF), er utviklet for å gi en rask screening ved å bruke de seks første spørsmålene/variablene i MNA (26).

The Nutritional Form For the Elderly (NUFFE) er et annet screeningsinstrument, utviklet i Sverige, med samme formål som MNA. Hensikten med utviklingen av NUFFE var at det skulle være et enkelt verktøy/instru-

ment som var lett å bruke for helsepersonell. NUFFE ble derfor utviklet uten såkalte antropometriske målinger (for eksempel måling av vekt, høyde og beregning av BMI, måling av overarmens og leggens omkrets som inngår i MNA). NUFFE skulle også kunne brukes som et selvrappporterende instrument, det vil si at den eldre personen selv besvarer spørsmålene (27, 28). Pasienter har i en tidligere studie (27) angitt at spørsmålene i NUFFE var lette å forstå. Instrumentet består av 15 spørsmål som omhandler vektforandring, forandring av matinntak, appetitt, antall lagede måltider per dag, porsjonsstørrelse, inntak av frukt eller grønnsaker, om personen spiser sammen med noen, aktivitet, vanskeligheter med å spise på grunn av tann-, munn-, tygge-/ svelgeproblem, væskeinntak, vanskeligheter med å spise på grunn av kvalme, oppkast, diaré, forstoppelse. Hjelp med spising, antall medikamenter og vanskeligheter med å spise på grunn av nedsatt helse er også med blant spørsmålene (27, 28).

NUFFE er blitt oversatt til engelsk, tysk, italiensk, ungarsk og norsk. Den norske versjonen (NUFFE-NO) er blitt testet i en gruppe eldre sykehuspasienter angående reliabilitet og validitet. Resultatet av testingen viste at NUFFE-NO er et reliabelt og valid verktøy og kan brukes i forskning og praksis (29).

Diskusjon

Sykepleiere har en viktig rolle når det gjelder gjennomføring av ernæringsscreening ettersom de har hyppig og nær kontakt med den eldre pasienten på sykehus og andre institusjoner eller med eldre personer som mottar hjemmesykepleie.

Siden MNA inneholder både spørsmål og antropometriske målinger er det både et screenings- og vurderingsinstrument (19). Å måle vekt og høyde hos en eldre person som er krum i ryggen og/eller har vanskeligheter med å stå og bevege seg kan være en utfordring. En studie fra Taiwan (30) har vist at en modifisert form av den taiwanske versjonen av MNA, der BMI var utelatt, økte anvendbarheten av instrumentet uten å redusere dets evne til å vurdere ernæringsstatus. Det er vel kjent at antropometriske målinger/beregninger kan være vanskelige å gjennomføre hos eldre (31-33). Det kreves kunnskap og trening for å måle overarmsomkrets og leggomkrets på riktig måte. Når det er vanskelig å gjennomføre målingene i MNA kan NUFFE være et alternativ. NUFFE er lett å bruke for eksempel i hjemmesykepleien fordi det ikke kreves utstyr som vekt og målebånd, som må være tilgjengelig for å bruke MNA. Når det gjelder tidsforbruk beregnes det i følge Vellas et al. (34) å ta mindre enn fire minutter å administrere MNA-SF, mens det tar 10-15 minutter for MNA. Fire minutter er meget kort tid siden det også i MNA-SF inngår å måle vekt og høyde og beregne BMI. Trolig er ikke disse målinger og beregning tatt med i antatt tid for administrering.

To av spørsmålene i MNA bygger på brukerens/pasientens egen oppfatning, og spørsmålene i NUFFE er formulert slik at den eldre selv skal besvare dem. Det

kan derfor være vanskelig å bruke NUFFE når pasienten/brukeren ikke kan besvare spørsmålene, for eksempel svært syke personer og personer med demenssykdom. Eldre personer som på grunn av sykdom ikke kan besvare spørsmålene må imidlertid betraktes å være i faresonen for underernæring og må utredes videre angående risikoen (35). Et mulig alternativ når den eldre ikke kan besvare spørsmålene, er at pårørende spørres eller at personell som kjenner den eldre fyller ut instrumentet.

Ernæringscreeningen kan inkluderes i sykepleierens inntakst-/innskrivningssamtale med den eldre pasienten/brukeren. Før implementering av et ernæringscreeningsinstrument er det viktig at personalet får informasjon om fordeler med å gjennomføre en screening (36) og om hvordan screeningsinstrumentet skal brukes, men også om eldres økte risiko for underernæring. Her kan de nye nasjonale retningslinjene (20) sees som et ledd i informasjonsspredning og bevisstgjøring av helsepersonell når det gjelder risikoen for underernæring og bruken av ulike ernæringscreeningsinstrumenter, samt forebygging og behandling av underernæring.

Det er viktig at de pasienter/brukere som blir identifisert til å være i fare for underernæring blir videre undersøkt for å få ernæringstilstand vurdert og behandlet med hensikt å forebygge, og at de blir kontinuerlig fulgt opp. Dette forutsetter kunnskaper hos helsepersonell og ansvarsfordeling og samarbeid mellom alle involverte faggrupper, dokumentasjon i pasientjournalen (ernæringsplan med tiltak og oppfølging) og informasjonsutbytte (epikrise) mellom ulike pleieinstanser (15, 17, 37).

Konklusjon

Eldre pasienter/brukere er en kjent risikogruppe for underernæring, og screening er en hjelp for helsepersonell å identifisere de personer som er i faresonen. MNA er et anbefalt screeningsinstrument og bør være førstevalget. NUFFE-NO kan ses som et alternativ, særlig der det er vanskelig å gjennomføre antropometriske målinger. De som er identifisert som risikopasienter må utredes videre og behandles med mål å forebygge underernæring.

Den norske versjonen av MNA finnes tilgjengelig i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (20). NUFFE-NO kan fås gjennom kontakt med forfatteren.

■ ulrika.soderhamn@uia.no

Hele artikkelen med referanser ligger også på www.demensogalderspsykiatri.no
Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring finner du på www.helsedirektoratet.no/publikasjoner



Aldring og helse
Forlaget

BØKER



ISBN 978-82-8061-123-9

kr. **70,-**
24 sider

Bente Skogum

De nære ting om bruk av musikk ved behandling av personer med demens

Å møte angst og uro hos personer med demens er ofte en utfordring. Forskning viser at bruk av sang og musikk kan være nyttig i kommunikasjon med denne pasientgruppen, at det kan øke trivselen og virke beroligende. Spesialsykepleier i psykiatri, Bente Marie Skogum, beskriver i boken hvordan man kan innføre metoden Individualisert Musikk, og hvordan man kan bruke musikk som behandlingstiltak til denne pasientgruppen. Boken omhandler et pilotprosjekt som ble gjennomført ved Sykehuset Telemark, seksjon for alderspsykiatri (STHF).



ISBN: 978-82-8061-116-1

Hendig A6 format, ca 60 sider

Lommeparløren

Lommeparløren er utviklet av Undervisningssykehjemmet i Oslo, som et hjelpemiddel for alle som jobber i pleie- og omsorgstjenesten og som ikke har helsefaglig utdanning og/eller norsk språk som morsmål. I boka forklares hyppig brukte fagord og -uttrykk med enklere, lett forståelige ord. 4. opplag i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, 2009.

Pris kr **30,-** per stk ved kjøp av 1-4 eksemplarer
kr **20,-** per stk ved kjøp over 5 eksemplarer

For bestilling og mer informasjon:
www.aldringoghelse.no
33 34 19 50
post@aldringoghelse.no

Innsats av ergoterapeut i hjemmet – en lønnsom affære

I Nederland har et tilretteleggings- og opplæringsprosjekt for hjemmeboende personer med demens og deres omsorgsgiver vist seg å gi valuta for pengene. Det fortalte ergoterapeut og forsker Maud Graff ved universitetet i Nijmegen da hun gjestet Norge i oktober.



Fra april 2001 til januar 2005 rekrutterte hun og kollegene 135 personer med demens fra en hukommelses-klinikk og en geriatrik avdeling. Alle var 65 år eller eldre, hadde diagnostisert mild eller moderat demens, bodde hjemme og mottok omsorg fra en pårørende minst en gang i uken. Denne primæromsorgsgiveren ble inkludert i prosjektet, samt kontrollgruppe. Målet var størst mulig selvstendighet for den som var syk.

– Vi satte inn erfarne ergoterapeuter som fikk 80 timers opplæring for formålet. Hjemme hos den enkelte snakket de med personen med demens og omsorgsgiveren i to timer per uke i fem uker. I løpet av de fire første møtene fant de sammen ut hvilke aktiviteter som var meningsfylte for hovedpersonen, hvilke de ville prioritere og hva som var målet med ergoterapeutens støtte og tilrettelegging. Det kunne være hagearbeid, turgåing, deltakelse i sangkor eller andre gruppeaktiviteter og mye annet.

Tilrettelegging og trening

Gjennom de første fire samlingene observerte ergoterapeuten omsorgsgiverens kapasitet og evne til å gi den nødvendige omsorgen, og samspillet mellom de to.

I neste runde gikk ergoterapeuten i gang med tilrettelegging og strukturering av miljøet, slik at den eller de prioriterte aktivitetene fremdeles skulle kunne utføres. Røde markeringer i hagen for å styre hekksaks eller annet redskap, gummitupp til en finger for lettere å kunne bla i en bok, strømpepåtrekker for å kunne kle på

seg alene, alarmklokke for å minne om en ting som skulle gjøres, samt en rekke andre hjelpemidler, ble demonstrert og utprøvd. Omsorgsgiveren fikk kunnskap om tilrettelegging av daglige aktiviteter, som å legge pasientens tøy frem i riktig rekkefølge for å lette påklædning på egen hånd.

De siste seks samlingene gikk med til å motivere, veilede og trene i bruken av hjelpemidlene og tilretteleggingen av daglige aktiviteter. Omsorgsgiveren fikk opplæring i problemløsning og bruk av riktig veiledningsteknikk overfor den syke. Mestringsstrategier for å ivareta pasientens og egen selvstendighet og sosiale deltakelse var et viktig tema.

Målinger – også i penger

Målinger før og seks uker etter intervensjon viste at pasientenes daglige funksjon hadde en klar bedring. Omsorgsgiverens mestringsfølelse i situasjonen ble klart bedre. Det samme gjaldt livskvalitet, humør og generell helse. Disse bedringene holdt til målingene som ble foretatt tre måneder etter intervensjonen, forteller Maud Graff. Innsatsen høres kostbar ut, men studien viste at den var kostnadseffektiv.

– Målt mot kontrollgruppen fant vi ut at den sparte samfunnet for 1750 euro for hver innsats. Da regnet vi inn alle kostnader til helsetjenester og sosiale tjenester til pasient og omsorgsgiver og antallet timer hjelp omsorgsgiveren hadde gitt i perioden.



■ Avdelingssykepleier Gry Elisabeth Hole og sosialantropolog Lillian Eide, Oppegård kommune
Illustrasjonsfoto: Oppegård kommune

Gode opplevelser i en travel hverdag

Ledelse og miljøbehandling på sykehjem



Det kan frigjøres tid til miljøterapi på sykehjem ved å ha et godt strukturert dagsprogram og ukeprogram, slik at alle vet hvem som skal gjøre hva og når oppgavene skal utføres.

I en travel sykehjemshverdag kan det være vanskelig å gjennomføre miljøterapeutiske aktiviteter. Personalet bruker gjerne mye av sin tid på stell og pleie. I 2008 ble det gjennomført et prosjekt på Høyås bo- og rehabiliteringssenter for å videreutvikle og utprøve en struktur for et miljøterapi tilbud som fungerte uavhengig av hvilke personer som var på vakt. Prosjektets formål var å øke beboernes livskvalitet ved å tilrettelegge for at enkeltmenneskene ble sett og fikk en god hverdag med nærvær, mening og aktivitet. Strukturen for aktiviteter og miljøterapi tilbudet som prosjektgruppen utviklet, var så vellykket at det nå er en del av det ordinære tilbudet på demensavdelingen.

Utfordringer

Høyås bo- og rehabiliteringssenter har en vanlig demensavdeling, det vil si avdelingen har beboere med langtkommet demens og en vanlig bemanningsfaktor. Hver bogruppe er bemannet med to pleiere til åtte beboere. Den skjermede enheten er bemannet med tre

pleiere til syv beboere. Det er lik bemanningsfaktor alle ukedager. På natt er det to pleiere som tar seg av 31 beboere. Prosjektet hadde mange utfordringer:

- Utskiftning av avdelingssykepleier i perioden fra prosjektplanlegging til gjennomføring
- Sykdom i prosjektgruppen i deler av gjennomføringsfasen
- Et prosjektmedlem gikk over i ny stilling og nytt medlem måtte tas opp i gruppen
- Det var nesten umulig å få til en rimelig ordning med levende musikk til fredagsdansen
- Pleiere som nektet å ta i bruk nye metoder
- Innflytting av fire ekstra beboere på midlertidig opprettede akutt plasser midt i sommerferie-avviklingen
- En avstengt bogruppe ble åpnet på avdelingen. Bogruppen ble gjenåpnet etter at kommunen hadde valgt å ikke ha den i bruk i nærmere fem år.

Vi klarte å holde pågangsmotet oppe til tross for at det krevde mye arbeid.

Hvorfor er miljøterapi viktig i demensomsorgen?

Miljøterapi er en av hovedmetodene innenfor demensbehandling. Rokstad (1) peker på at begrepene miljøbehandling og miljøterapi ofte brukes synonymt. Hun henviser til Egedius og Geanellos definisjoner av miljøterapi: En form for behandling som legger vekt på de terapeutiske prosessene som kan mobiliseres og iverksettes i det miljøet pasienten befinner seg. På denne måten benytter også vi begrepet.

Vi har erfart at når miljøterapi er en del av grunn tanken i det meste som foregår på demensavdelingen, blir det mindre utfordrende atferd og det blir mulig å

Høyås bo- og rehabiliteringssenter har gjennom mange år satset på å ansette faglært helsepersonell i faste stillinger. Det har ført til at vi har kolleger som er dyktige til å gjennomføre grunnleggende sykepleie. For å sikre at personalet er faglig oppdatert og stadig arbeider med å forbedre kvaliteten på tjenesten, satses det på å ha et godt tilbud om etter- og videreutdanning. Avdelingen har flere ansatte som har fullført videreutdanninger i geriatri eller demens. Siden 2004 har avdelingen ti ansatte på videreutdanningen «Fornytt demensomsorg – alderspsykiatri i praksis». Dette er en interkommunal satsning i Folloregionen (3). Videre har ekstern veileder og studiegrupper vært systematisk benyttet til drøfting av egen praksis og læring gjennom flere år. Ufaglærte vikarer får tilbud om gratis fagutdanning. Avdelingen har en stram grunnbemanning, men altså flere dyktige ansatte med solid praktisk erfaring og kliniske spesialister som hyppig benyttes som rådgivere for kolleger og til undervisning.

(27.8.2009)

oppretholde beboernes funksjonsnivå lengre, slik at beboerne opplever mange gode øyeblikk. Beboerne kan for eksempel få økt bevegelighet når de trimmer jevnlig. Vi så beboere som fulgte med på hverandres prestasjoner og søkte hverandres anerkjennelse. De smilte ofte, var mer oppmerksomme og ga uttrykk for at de var stolte over det de nettopp hadde fått til. Dette opplever vi gir både beboere og pårørende økt trygghet.

Å øke kvaliteten på tilbudet vi gir, utfordrer personalet til å bruke sin kompetanse. Pleierne får flere interessante arbeidsoppgaver, bedre kontroll over arbeidet og føler seg verdsatt og viktige på arbeidsplassen. Personalet sier at de ser fram til de planlagte gruppeaktivitetene. De forteller at de får flere hyggelige samtaler med beboerne. Dette gjør at arbeidsmiljøet blir bedre.

Aktiviteter

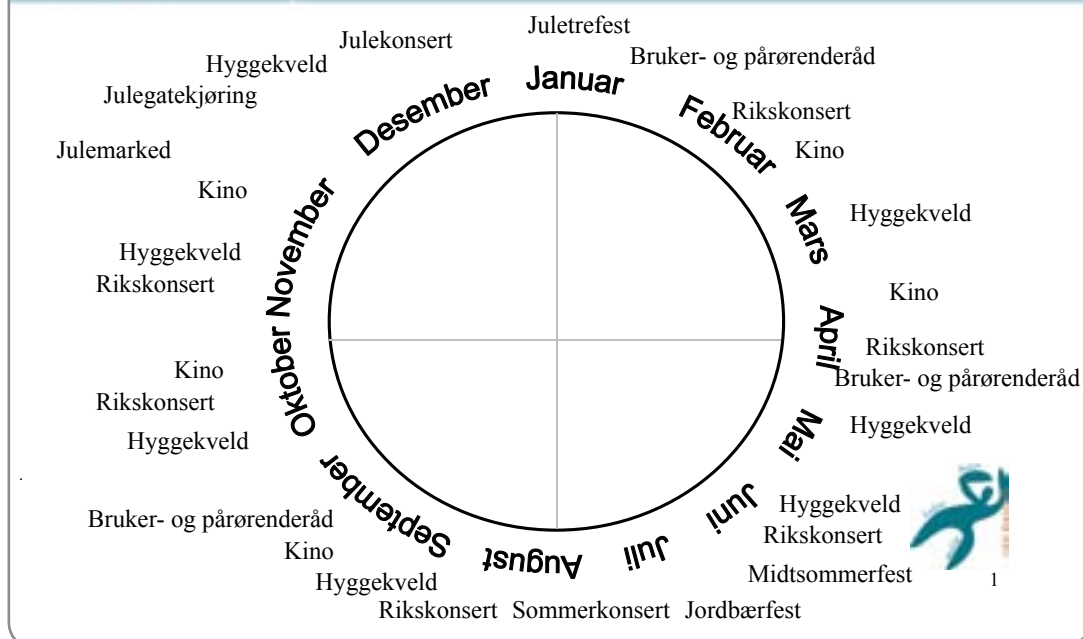
Med begrepet aktiviteter tenker vi på aktive intervensjoner fra personalet som setter i gang terapeutiske prosesser. Det kan være alt fra å bruke massasje og beroligende musikk til hukommelsestrening, trim og dans. Tiltakene består ikke av aktiviteter for aktivitetens skyld, men utgjør en del av demensbehandlingen. Gjennomføringen av miljøterapeutiske tiltak og avvik rapporterer vi i dokumentasjonssystemet. I prosjektrapporten beskrives de ulike tiltakene som ble utprøvd (2).

Små enheter

Demensavdelingen på Høyås bo- og rehabiliteringssenter hadde 23 plasser ved oppstart av prosjektet, hvorav sju plasser var skjermede. Avdelingen var organisert i tre mindre bogrupper for sju-åtte beboere. Hver bogruppe har fellesstue og kjøkken. Alle beboerne har hvert sitt

Aktivitet gir økt trivsel.





enkeltrom med bad. Avdelingen er en av kommunens spesialavdelinger innenfor demensomsorg, og skal ha et tilbud for beboere med langtkommet demens og store atferdsavvik. Med vår bemanningsfaktor er det en utfordring å klare å ivareta enkeltmennesket til enhver tid. Personer med demens trenger en stadig bekreftelse på identitet og opplever mye frustrasjon i hverdagen. Når vi ikke er på rett sted til rett tid kan det medføre stor uro blant beboerne. I løpet av prosjektperioden ble det som tidligere nevnt åpnet en ny bogruppe. I dag har avdelingen 31 plasser som er organisert i fire bogrupper.

Organisering av tiltakene

Til sammen utformet prosjektgruppen en struktur med 25 aktiviteter som beboerne på demensavdelingen kan delta på. Disse aktivitetene foregår enten individuelt eller i gruppe. Prosjektgruppen utarbeidet innholdet i nye faste gruppeaktiviteter i tillegg til allerede eksisterende grupper, og samlet gruppeaktivitetene i en ukeplan. Vi har erfart at ukeplanen og dagsprogrammet må være så detaljert som overhodet mulig for å synliggjøre alle oppgaver og unngå misforståelser som kan føre til at oppgaver ikke blir utført. Beskrivelsen av hvordan pleierne gjennomfører aktivitetene er samlet i en perm i bogruppen. Innholdet i aktivitetene skal tilpasses den enkelte beboers dagsform. Oversikten over dagens oppgaver blir satt opp i et dagsprogram. Aktivitetene ledes i hovedsak av pleiepersonalet, bare særskilte gruppeaktiviteter ledes av aktivitør. Vår erfaring er at et godt fungerende dagsprogram motiverer frivillige til å lede grupper. Vi har blant annet lese- og sanggruppe og piano- og musikkgruppe som ledes av frivillige.

Dagsprogram

Dagsprogrammet inneholder en svært detaljert beskrivelse av hvilke arbeidsoppgaver og aktiviteter som skal utføres og hvem som har ansvaret for dette. Individuelle aktiviteter som skal skje gjeldende dag blir ført opp på dagsprogrammet under rapporten klokken 7.30. Det dreier seg om hvem som skal til fotpleie, spa, fotbad, tur til butikken, tur i sansehagen, frisør, på tur med pårørende, tannlege med mer. Hvem av personalet som skal følge opp de ulike individuelle aktivitetene blir også ført opp.

Ukeplan

Gruppeaktivitetene foregår på et fast tidspunkt hver uke. Det er minst én aktivitet på dagtid og én på kveldstid hver dag, alle ukens syv dager. Noen dager har flere gruppeaktiviteter. Oversikt over gruppeaktivitetene og hvem som deltar, står oppført på ukeplanen.

I tillegg til de individuelle og gruppeaktivitetene på demensavdelingen er det et årshjul med fellesaktiviteter for alle beboerne på Høyås bo- og rehabiliteringssenter. Beboerne på demensavdelingen deltar på fellesaktivitetene i den grad det passer den enkelte beboer dersom det er tilstrekkelige personalressurser.

Hvordan klarte vi det?

Systematisk arbeid

Det aller viktigste grepet er at vi jobbet systematisk og langsiktig. Det var ingen tilfeldigheter i selve prosjektarbeidet. Vi har prøvd ut tiltak som kunnskapsrike og erfarne fagpersoner mente var riktige å satse på for å oppnå hensikten. Deretter jobbet vi oss gjennom alle



Ut på tur – helse og glede i hvert skritt...

delmålene til alt var oppnådd. Ett mål og én oppgave om gangen. Hver enkelt beboers behov ble vurdert. Vi tillot oss å tilføye nye delmål når det løftet arbeidet slik at resultatet ble enda bedre. Da alt var på plass hadde vi en struktur som organiserte hverdagen for alle og et system for å dokumentere avvik.

Holdninger og verdier

På demensavdelingen er utgangspunktet at det er beboernes behov som kommer først og skal være utgangspunkt for alle tiltak. Respekt for den enkeltes integritet og interesser står sentralt. Da strukturen ble bygget, var bruk av bakgrunnsopplysninger og observasjoner sentrale for å hjelpe beboerne til å bevare sin identitet og skape gode øyeblikk. Individuell tilpasning i forhold til beboeres mestring og engasjement var viktig. Ros ble benyttet for å tydeliggjøre det som fungerte bra både i forhold til personalet og beboere. Gruppeaktivitetene som hver enkelt beboer skulle delta på i løpet av hele uken, ble lagt inn i det elektroniske dokumentasjonssystemet avdelingen bruker. Det signaliserte prioriteringen av miljøterapi.

Motivasjon

I tillegg til at gode holdninger må være på plass i personalgruppen, er motivasjon et effektivt middel vi har jobbet systematisk med. Det er viktig at pleiere, beboere og pårørende opplever at det de holder på med er viktig.

Langsiktig og kontinuerlig kompetanse- og fagutviklingsarbeid

For å ha et godt fagmiljø må alle ansatte ha muligheter til å opparbeide kunnskaper gjennom utdanning, kurs og refleksjon, slik at de kan møte beboere og pårørende, se deres behov for omsorg og ivareta enkeltmennesket. Dette krever at personalet må være genuint interessert i å legge til rette for å skape gode øyeblikk for beboerne. De må også være interessert i å lære bort, slik at flere kan dra nytte av kunnskapene og erfaringene.

Strategisk utvelgelse av prosjektmedlemmer

Da det skulle velges ut medlemmer til prosjektgruppen, valgte avdelingssykepleier kolleger som ville klare å gjennomføre oppgaven. Disse kriteriene lå til grunn:

- Motivasjon
- Smittsomt engasjement
- Kompetanse
- Erfaring med miljøarbeid
- Kjennskap til mulige tiltak som kan dekke beboernes behov.

Dette ble gjort for at resten av personalgruppen skulle bli engasjert og se nytten av miljøterapi. Deltakerne som ble valgt ut var derfor alle erfarne hjelpepleiere og en av dem hadde videreutdanning i demens.

Tett oppfølging fra nærmeste leder

Avdelingssykepleier var prosjektleder og prosjektdeltakernes nærmeste leder. Dermed signaliserte hun sterkt viktigheten av prosjektet. Hun fikk samtidig en unik mulighet til å synliggjøre prosjektarbeidet i avdelingen. Dette medførte at hele personalgruppen ble inkludert i gjennomføringen av prosjektet og gradvis internaliserte bruk av miljøterapi i det daglige arbeidet sitt. Det var en viktig del av avdelingssykepleiers oppgave å

- frigjøre tid
- sikre fokus på gode opplevelser
- fokusere på læring
- kvalitetssikre arbeidet
- gi gruppen anerkjennelse og ros i plenum.

Ved at avdelingssykepleier fokuserer på personalets arbeid blir lederen veldig synlig for personalet og delaktig i den daglige driften. Til gjengjeld opplever personalet at de blir sett av lederen og får tilbakemelding på engasjementet sitt. Vår erfaring er at dette skaper en positiv stemning og et ytterligere forsterket engasjement, en positiv feedback-kjede.

Tillit og selvstendighet

Siden avdelingssykepleier har vært dypt involvert i prosjektet var det viktig at prosjektgruppens medlemmer opplevde å ha stor faglig frihet og at prosjektleder stolte på dem. Prosjektmedlemmene vurderte selv hvorvidt tiltakene var realistiske eller ikke, og hva som måtte til for at gjennomføring kunne bli mulig.

Oppfølging fra virksomhetsleder

Virksomhetsleder har det overordnede ansvaret og er avdelingssykepleier/prosjektleders nærmeste leder. Hun godkjente oppstart av prosjektet og ble jevnlig oppdatert om innhold og framdrift. Hun leder aktivitetene i årshjulet. Hennes viktigste rolle i prosjektet var å være rådgiver, være positiv til nytenkning, vise engasjement i forhold til miljøterapi og komme med idéer, samt å godkjenne prioriteringene.

Bruk av tilrettelegger

Prosjektleder hadde ytterligere en støttespiller, en tilrettelegger med samfunnsvitenskapelig kompetanse. Tilretteleggeren ble brukt til å

- utforme prosjektbeskrivelsen og hjelpe til med prosjektrapportering
- sikre prosjektets forankring i organisasjonen og ekstern delfinansiering
- sikre kontinuerlig fokus gjennom prosjektperioden, etterspørre framdrift og konkretisering
- veilede prosjektgruppen
- skape kreativitet og nytenkning
- hjelpe prosjektleder til å finne løsninger og praktiske ordninger
- sikre forbedringer.

Det var vesentlig at tilretteleggeren stilte spørsmål for å sette i gang prosesser som førte til utvikling i prosjektet. Det var derfor viktig at hun bare var sammen med

gruppen en kort stund og så trakk seg tilbake, slik at gruppen kunne jobbe videre med idéene.

Økonomi

Kroner 100.000 i eksterne midler gjorde at vi frikjøpte personalet til prosjektmøter. Prosjektgruppen ble tatt ut av ordinær drift for å få ideer, planlegge, samordne og vurdere mulige nye grep og aktiviteter. For midlene ble det også kjøpt inn utstyr til å drive miljøterapeutiske aktiviteter, som for eksempel kurvball (se forsidebilde), og til å innrede felleslokaler for miljøterapi. For en relativt beskjeden sum er det altså mulig å gjennomføre denne typen gjennomgripende prosjekter som i betydelig grad hever kvaliteten på tjenesten beboerne får.

Fokus på organisering

Vi har erfart at fokus på organisering av arbeidet har et stort potensial for å påvirke den daglige driften på avdelingen. Ved å prioritere tid og ressurser til å fokusere på hva vi gjør og hvordan vi gjør det, ligger det muligheter til kvalitetsforbedring. Prosjektet oppnådde at alle beboerne har fått gruppeaktiviteter å delta i. Det er aktiviteter hver dag, både på dag, kveld og i helgene. I tillegg blir individtilpasset miljøterapi benyttet i individuell pleie og omsorg. Pleiere, pårørende og frivillige er involvert enda mer enn tidligere i gjennomføring av aktiviteter som er viktige for personer med demenssykdom.

Prosjektgruppens deltakere

Prosjektgruppen besto av avdelingssykepleier Gry Elisabeth Hole, omsorgsarbeider Beate Pedersen, hjelpepleier Marieke Håbesland-Bossen, hjelpepleier Nina Eriksen som sluttet og ble erstattet av hjelpepleier Merete Horgen. Avdelingssykepleier var prosjektleder.

Lillian Eide var tilrettelegger for prosjektet, og prosjektansvarlig var virksomhetsleder Marie Gangdal Rolstad. Elin Ingierd hjalp til med utarbeidelsen av skjemaet for dagsprogrammet. Systemansvarlig Torill Aamodt la til rette for at den enkelte beboers dagsprogram kunne legges inn i fagsystemet Gerica.

■ lillian.eide@gmail.com

REFERANSER:

1. Rokstad AAM (2008) Miljøbehandling. I: Rokstad, AMM, Smedbye KL, red. Personer med demens. Møte og samhandling. Oslo: Akribes AS, 152-179.
2. Struktur for aktiviteter og miljøterapi på demensavdeling, Høyås bo- og rehabiliteringssenter, Fagutviklingsprosjekt 2008, Oppegård kommune, 2008.
3. Granholt GØ (2006) Utdanningsprogrammet. Fornyet demensomsorg – alderspsykiatri i praksis 2004-2006. DEMENS vol. 10, nr. 2, s. 13-15.

■ Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Fra ekteskapskrangel til bildediagnostikk – og mer til

*Demensdagene ble arrangert
for 13. gang i begynnelsen av
desember 2009, og 670
lærelystne fra hele landet
hadde meldt seg på.*

Plenumsinnleggene handlet om depresjon ved demens, å forstå seg selv gjennom demensforløpet, sosiale og følelsesmessige faktorer som kan forebygge demens, psykiatriske symptomer i sykehjem, delirium og demens og mild kognitiv svikt. Det var fire parallelle symposier begge dagene, og det ble arrangert fire workshops. Kort sagt et rikholdig program med spennende foredrag om mange sider av det store demensfeltet. Og for 13. gang kan vårt tidsskrift servere noen små og få smakebiter.

Norsk studie i verdenstoppen

Psykiater Geir Selbæk og kollegers undersøkelse av forekomst og forløp av psykiatriske symptomer i sykehjem¹ har fått stor internasjonal oppmerksomhet som den største innenfor feltet. På Demensdagene trakk Selbæk frem enkelte funn fra fjerde datainnsamling. Funnene er ikke publisert og må forstås som tendenser – ikke endelige resultater.

Første datainnsamling fant sted ved årsskiftet 2004/2005. Da deltok 1 163 sykehjemspasienter i 18

kommuner. De er blitt fulgt opp med et års intervaller, og nå er 209 pasienter tilbake. I den første undersøkelsen hadde ca. 30 prosent alvorlig demens, i den tredje fant man færre med mild og flere med alvorlig grad av demens. Ved den fjerde undersøkelsen var det kun to av deltakerne som ikke hadde demens, mens 60 prosent hadde alvorlig grad av demens.

«Slutt å snakke om APSD!»

I sin undersøkelse har Selbæk blant annet sett på progresjon av demens, om det har vært vedvarende agitasjon, psykose eller depresjon eller bedring av samme, samt bruk av psykofarmaka. Ved første undersøkelse brukte 73 prosent psykofarmaka, og 90 prosent av dem brukte fremdeles slike medikamenter ett år senere. Etter fire år tyder tallene på at omtrent 80 prosent av de som brukte psykofarmaka ved første undersøkelse fremdeles bruker slike medikamenter.

Psykiater ph.d.
Geir Selbæk.



¹) Selbæk G, Kirkevold Ø et al.

Når det gjelder atferdssymptomer og psykologiske symptomer er tendensen at

- fordelingen av atferdssymptomer og psykologiske symptomer (også kalt APSD) har vært stabil gjennom de fire årene
- agitasjon, psykose og apati er forverret gjennom de fire årene
- av dem som hadde depresjon (7+ på Cornell skala) ved første undersøkelse hadde over 20 prosent depresjon ved alle påfølgende undersøkelser.

APSD-begrepet er en sekkebetegnelse som rommer apati, manglende hemninger, vrangforestillinger, hallusinasjoner, depresjon, angst, oppstemthet, irritabilitet og motorisk uro. Hver for seg utgjør de store utfordringer for pasient, pårørende og omsorgspersonell, og Geir Selbæk kom med følgende oppfordring:

– Vi må slutte å samle dette i sekkebetegnelsen APSD! Symptomene er så vanlige og har så alvorlige konsekvenser at de fortjener å bli omtalt og vurdert hver for seg.

Opplevelsen av demens er individuell og unik

Å forstå seg selv gjennom demensforløpet var tittelen på plenumsforedraget sjefpsykolog og stipendiat Kjersti Wogn-Henriksen holdt. Hun reflekterte tankevekkende over smakebiter fra sin intervjubaserte studie av yngre personer med demens, og viste blant annet at

- god utredning og tilbakemelding er viktig for å gi forklaring på hva som skjer. Men: «Vi er for opptatt av å gi informasjon, for lite opptatt av hvordan den oppfattes.»
- åtte av ti yngre personer med demens har hel eller delvis innsikt i sin situasjon når alzheimerdiagnosen settes. Forskning viser at
 - fire av ti har full innsikt
 - fire av ti har delvis innsikt
 - to av ti har ikke innsikt.

Forståelsen av sykdommen og egen situasjon synes avhengig både av graden av kognitiv svikt, hva de har mottatt av konkret informasjon, av støtte til å bearbeide denne og av samtalepartnere for å artikulere den.



Sjefpsykolog og stipendiat Kjersti Wogn-Henriksen.

De aller fleste gir uttrykk for at de ønsker å være delaktige i hva som skjer med dem.

Flere forskere er kommet frem til at mange personer med demens har et positivt syn på sitt liv. «Får jeg gjøre ting på min måte, i mitt tempo, går det bra,» sier en av intervjupersonene i Wogn-Henriksens studie. Like fullt står de overfor en svær menneskelig utfordring med å forholde seg til de forandringer og fremtidsutsikter som sykdommen innebærer. En annen intervjuperson sier: «Jeg vet hvem jeg er, men jeg vet ikke hvem jeg blir.»

Kjersti Wogn-Henriksen trakk følgende konklusjon av intervjuene: «Vi må holde fast på et differensiert syn på hvordan personer med demens opplever sin situasjon. Opplevelsen av demens er individuell og unik og den er ikke statistisk, men endres gjennom demensforløpet.»

Bildedagnostikk til alle!

Det var konklusjonen i Anne Rita Øksengårds foredrag. Hun hevdet at alle med mistanke om demenssykdom må få tilbud om CT-undersøkelse, men helst MR. Øksengård er overlege ved Hukommelsesklinikken ved Oslo universitetssykehus Ullevål og Karolinska Institutet i Stockholm. Billediagnostikk er viktig fordi

- det kan utelukke andre hjerneorganiske tilstander som infarkter, blødninger og svulster
- det gir bedre muligheter for differensialdiagnostikk
- man kan lettere evaluere hjernens struktur og dens funksjon.

Anne Rita Øksengård ga en vurdering av de mest brukte billediagnostiske metodene, bygget på studier.

SPECT: Ifølge én artikkel er det ikke bevist at SPECT er bedre enn MR for å vise blodgjennomstrømning i hjernen, men SPECT kan gi verdifulle tilleggsopplysninger og er særdeles viktig for å diagnostisere frontallappsdemens.

PET: Mange undersøkelser viser ifølge Øksengård, at PET ikke er bedre enn SPECT for å diagnostisere Alzheimers sykdom tidlig.

MR: Samme vurderingsmetode av MR-bilder kan ikke brukes hos personer under 70 år som man bruker hos personer med demens over 70 år.

Anne Rita Øksengårds særdeles viktige budskap var at pasienten må følges opp, også etter at de har fått demensdiagnose.

Kan en god krangel forebygge?

Spørsmål om hvordan demens kan forebygges dukker jevnlig opp i fora der demenssykdommene diskuteres. Psykolog og stipendiat Krister Håkansson fra Karolinska Institutet i Stockholm trakk frem flere teorier om forebygging av demens, blant annet betydningen av å holde hjernen i trim.

Hjernerereserveteorien går ut på at hvis hjernen holdes aktiv, har den

- økt evne til å kompensere for prosesser som fører til demens
- økt plastisitet, det vil si evne til å gå «omveier» til riktig informasjon
- større mulighet til å fungere lenger, selv om det finnes en underliggende sykdomsprosess.

Det tar dessuten lengre tid før man kommer så langt i sykdomsprosessen at man kan stille diagnose. «Men man vet ikke hvorfor det er slik,» sa Håkansson.

Virker samboerskap forebyggende?

Det har vært hevdet lenge at sosial aktivitet, mosjon og et sunt kosthold kan virke forebyggende på demens.

«Hvis sosial aktivitet har positiv betydning, bør et parforhold også ha det,» var Håkanssons budskap.

«Et parforhold skaper utfordringer og irritasjon, og man må inngå kompromisser og finne løsninger. Det krever innsats fra hjernen! Jo flere utfordringer man har med ektefelle og barn, jo bedre bør det være,» sa forskeren til allmenn humring fra salen.

Han viste til en undersøkelse i Finland med over 1 400 deltakere. Dobbelt så mange som levde alene midt i livet utviklet Alzheimers sykdom senere, sammenlignet med dem som levde med en partner. Derfor var Håkanssons muntre råd dette: «Gift deg med en som lever minst like lenge som du selv. Hvis ikke det lykkes, gift deg på ny så raskt som mulig!»

Hvor er dirigenten?

Samhandling var tema i workshopen *Utfordrende atferd ved demens. Når ingen kan hjelpe – hvordan kan vi sammen løse problemet?*

Sykepleier og fagkonsulent Allan Øvereng fra Alderspsykiatrisk poliklinikk, Stavanger Universitetssykehus, viste til hva en tidligere helse- og omsorgsminister hadde uttalt: «Helsetjenesten må fungere som et symfoniorkester.» Øverengs spørsmål var: «Hvor er dirigenten?»

Som konsulent ved poliklinikken er han en av dem som gir råd og veiledning når en pasient har angst, uro, hallusinasjoner og andre psykiatriske symptomer som er vanskelige å takle på sykehjemmet. Sammen med sykehjemsoverlege Stephan Südkamp forklarte han hva som har gitt gode resultater når problemer har tårnet seg opp på Tasta sykehjem i Stavanger:

- Sykehjemmet og Alderspsykiatrisk poliklinikk samarbeider mye og kjenner hverandre
- Det er engasjerte og dyktige leger på sykehjemmet og kontinuitet i behandlingen

- Det er god organisering av samarbeidet fra sykehjemmets side:
 - Mange pleiere deltar i møter som angår den aktuelle pasient
 - Lege og postleder deltar
 - Andre ressurser i sykehjemmet, som sykehjemsprest, involveres
 - Det er god oppfølging av den behandling sykehjemmet og Alderspsykiatrisk poliklinikk blir enige om
- Sykepleieleidelsen er engasjert og tar faglig ansvar
- Sykehjemmet har dyktige og stabile medarbeidere.

Hvem som er dirigenten blir kanskje et underordnet spørsmål når alle i orkesteret er innstilt på harmonisk samspill?

Mild kognitiv svikt fører ikke alltid til demens!

Professor Boo Johansson ved Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet, påpekte i sitt foredrag at diagnosen MCI (Mild Cognitive Impairment/mild kognitiv svikt) ikke er ensbetydende med at personen vil utvikle demens. Boo Johansson er en av Nordens fremste forskere på sitt felt.

Diagnose som kan føre inn i negative spor

– Jeg stiller meg spørrende og kritisk til MCI-begrepet, sier Johansson til Demens&Alderspsykiatri.

– Vi vet ikke om det bare viser oss en normal aldringsprosess eller om det gir sikre indikasjoner på en prosess som ender med demensutvikling. Mange biter skal passe i puslespillet som en demensdiagnose er, og som forskere har vi en plikt til å stille oss kritisk til det som ikke er sikkert.

Det finnes foreløpig ingen undersøkelser som kan vise hvem av dem med MCI-diagnose som vil utvikle demens, sier Boo Johansson.

– Alle resultater vi får med de metoder og instrumenter vi har til rådighet må settes inn i en klinisk sammenheng, og fremfor alt må vi vite mye mer enn vi ofte gjør om det enkelte individs utvikling av kognitiv svekkelse. Vi må relatere personens nåværende funksjon til hvordan han eller hun har fungert tidligere. Hvis vi ikke har slik

Sykepleier og fagkonsulent Allan Øvereng.



Professor Boo Johansson.



informasjon gjennom pårørende, og heller ikke resultater fra gjentatte undersøkelser over tid, blir dette bare farlig gjetting. I det øyeblikket vi har stilt en diagnose der man forventer en demensutvikling, har vi tilkjennegitt hvilken retning vi forventer at forløpet skal ha.

Sats positivt!

Streben etter tidlig demensdiagnose for å kunne sette inn tiltak tidligst mulig, er en årsak til at MCI er blitt et hett tema innen demensforskningen. Noen hevder at MCI-begrepet utgjør en sykeliggjøring av normal aldring. Det er Boo Johansson enig i.

– Eldre personer skal tillates å ha dårlige dager, uker og kanskje lengre perioder uten å sykeliggjøres. De kan ha gode grunner til å fremvise litt lavere kognitiv funksjon enn vanlig og kan komme seg helt etter en tid. I andre sammenhenger forventer vi at en person med nedsatt funksjon kan bli bedre, men hvis vi i slike tilfeller begynner å behandle folk i forhold til en MCI-diagnose, er vi inne på en farlig vei. Personen selv kan gi opp å kjempe imot og derigjennom gå inn i en mer negativ utvikling enn det som kanskje ellers ville vært tilfellet, og pårørende kan begynne å behandle personen som om han er sykere enn han er. Det gjelder å ta tak i de faktorer vi vet virker positivt, blant annet miljøfaktorer.

I foredraget trakk Johansson frem faktorer som kan motvirke en demensutvikling:

- Fysisk aktivitet: «En bredspekterbehandling som bør prøves mye mer, også hos eldre,» sa Johansson. «Fysisk aktivitet virker direkte på hippocampus hos mus, og hvorfor skulle det ikke gjøre det hos mennesker?»
- Mental og sosial aktivitet
- Satsing på individets mestringsstrategier
- Tilrettelagt miljø som møter personens ressurser.

Blant faktorer som kan virke i negativ retning nevnte Johansson tap av pårørende, langvarig stress, psykologiske traumer og depresjonsfremkallende hendelser. Dessuten:

– Hjernen kan lære seg negative ting, og det kan forsterke en negativ kognitiv utvikling.

Støtt opp under ressursene!

Boo Johansson understreker betydningen av å støtte personer med MCI slik at de får bruke og dermed vedlikeholde egne ressurser i størst mulig grad.

– Det er også viktig å ta tak i personens egen oppfatning av situasjonen og legge vekt på at dette ikke er en lovbundet prosess som må gå i en bestemt retning. At det går an å kjempe imot både på egen hånd og sammen med nære andre.

Leon Jarners Forskningspris 2009

Pris for forskning på depresjon ved demens

Stiftelsen

Leon Jarners
Minnefond

Under Demensdagene 2009 ble psykiater og stipendiat Maria Lage Barca tildelt Leon Jarners Forskningspris 2009 for sitt doktorgradsprosjekt «Depresjon ved demens». Prisen er på 50 000 kroner og deles ut av den uavhengige stiftelsen Leon Jarners Minnefond. Maria Lage Barca er fra Brasil, men har de siste to årene vært stipendiat ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, avdeling Oslo Universitets-sykehus Ullevål.



Depresjon ved demens – faglig utfordrende

Depresjon er utbredt hos personer med demens, men mange får verken diagnose eller behandling. Det kan være vanskelig å diagnostisere fordi symptomer ved demens og depresjon ligner hverandre. I sitt forskningsprosjekt har Maria Lage Barca undersøkt hvor brukbar en mye benyttet depresjonsvurderingsskala (Cornell skala) er for vurdering av depresjon hos personer med demens. Dessuten har hun studert depresjon hos pasienter med demens i sykehjem ved å analysere data fra en stor undersøkelse som tidligere er utført i norske sykehjem.

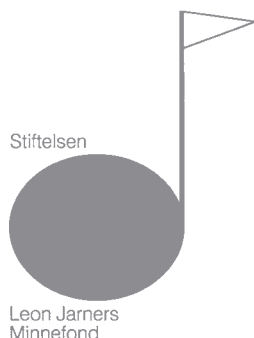
Juryen begrunner tildelingen blant annet slik:

«Betydningen av Maria Lage Barcas arbeid for klinisk praksis er stor. Man har lenge etterlyst en egnet metode for å vurdere depresjon ved demens. Hennes studie har bidratt til det og vil gi muligheter til å gjøre diagnostikken bedre.» Juryen peker dessuten på at hennes arbeid har gitt økt oppmerksomhet til mange sykehjemspasienter med depresjon.

I juryen sitter professor i psykologi Inger Hilde Nordhus, Olav Sletvold og Anette Hylen Ranhoff, de to siste professorer i geriatri.

– Dette er en ære, men det viktigste er at diagnostikken av depresjon hos personer med demens kan bli bedre. Det gjelder så mange, sier prisvinneren.

Les mer om Leon Jarners forskningspris på neste side.

2000
Lege Dag Årslund2001
Lege Arne Fetveit2002
Lege Britt Standnes2003
Lege Anne Rita Øksengård2004
Sykepleier Øyvind Kirkevold2005
Psykolog Carmen Janvin2006
Lege Ingun Ulstein2007
Lege Geir Selbæk2008
Lege Sigrid Botne Sando2009
Lege Maria Lage Barca

Leon Jarners forskningspris 10 år

*I desember ble Leon Jarners
forskningspris for demens-
forskning delt ut for 10. gang.*

*Denne gang gikk prisen til
psykiater og stipendiat Maria
Lage Barca for hennes arbeid om
depresjon ved demens. Utdelin-
gen skjedde under stor jubel på
Demensdagene, og som i de
tidligere ni årene hadde juryen
funnet en verdig vinner. Men
hva er dette for en pris og hvem
er Leon Jarner? Historien er lang,
og her er kortversjonen.*

Leon Jarner var advokat og en kjent impresario som fikk mange internasjonalt kjente klassiske musikere til Norge. Mest kjent er han vel kanskje for konsertserien Klaverets mestere. Han døde i 1979, kun 69 år. En av hans søstre fikk en demenssykdom. En annen søster, Cissy Schick, en kvinne med et stort sosialt hjerte og mye omsorg, stod svært nær sin syke søster. Sammen med vår kjente musiker og komponist Wolfgang Plagge tok hun initiativet til opprettelsen av Leon Jarners Minnefond. Wolfgang Plagge var «en av Leon Jarners musikere». Disse to, Cissy og Wolfgang, hadde en idé om å samle sammen penger til forskning om Alzheimers sykdom og andre demenstilstander ved å arrangere konserter i Leon Jarners ånd. Overskuddet av konsertene skulle tilflytte minnefondet. Som tenkt så gjort. Det startet i 1989 som et minnefond og i 1990 ble fondet en uavhengig stiftelse. De neste

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



årene ble det arrangert årlige konserter og i tillegg ble det samlet inn penger som gaver og man kunne (og kan fortsatt) tegne medlemskap. Fondet har i dag over en million kroner på bok. Cissy Schick og Wolfgang Plagge har vært med i styret av Minnefondet fra starten. I tillegg finnes det fire andre styremedlemmer, to med medisinsk bakgrunn. Artikkelforfatteren er leder av styret. Cissy Schick døde i 2003, nesten 90 år gammel, og i hennes sted har nevøen Harry-Sam Selikowitz overtatt som familiemedlem i styret (han hadde vært styre- og varamedlem også tidligere).

I år 2000 ble det besluttet at forskningsmidler skulle utdeles i form av en pris, Leon Jarners forskningspris. Det første året var prisen på kr 25 000, senere har prisen vært på kr 50 000, pluss et diplom. Overrekkelsen har de siste årene skjedd under Demensdagene. Wolfgang Plagge har stått for et kunstnerisk innslag og Cissy Schick, senere Harry-Sam Selikowitz, har stått for overrekkelsen av prisen. Den eller de som kan få prisen må ha utført et utviklings- eller forskningsprosjekt om demens eller om pårørende til personer med demens. Prosjektet må være av særs høy kvalitet og være utført i Norge. Prosjektet kan ikke være mer enn fire år gammelt og må ha nyhetens interesse. Dersom det er et utviklingsprosjekt må erfaringene kunne generaliseres. Alle søknader, enten de kommer fra forskeren selv eller en annen, blir vurdert av en uhildet vitenskapelig jury, bestående av tre personer med forskerkompetanse i demensfeltet. I de ti årene som prisen har vært lyst ut har det kommet inn mange verdige søkere, men hvert år er det bare én vinner. Mange av vinnerne er kjente navn i demensforskningen i Norge, eller er blitt kjent etter at de har fått prisen. Mer informasjon om Minnefondet, prisen og vinnerne finnes på hjemmesiden til Leon Jarners Minnefond, www.alzheimerforskning.no.

■ Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

God demensomsorg i et multikulturelt samfunn: et stipend verdig

Gandhistipendet 2009 ble gitt til Ingrid Hanssen ved Lovisenberg Diakonale Høgskole for prosjektet «God demensomsorg i et multikulturelt samfunn». Stipendet er på 100 000 kroner.



Kulturdepartementet har opprettet Gandhistipendet for å øke kunnskapen om religioner og livssyn og styrke dialogen i det flerkulturelle og flerreligiøse Norge.

Ingrid Hanssen har i mange år interessert seg for helsearbeid i en kulturell kontekst, og som sykepleier har hun blant annet arbeidet i De forente arabiske emirater. Hun har skrevet boken «Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn», og tatt doktorgrad på samme tema. I 1983 ble hun ansatt på Lovisenberg Diakonale Høgskole (LDH) der hun nå er førsteamanuensis og FoU-rådgiver¹.

Lite forskning – mange spørsmål

Det er foreløpig få eldre innvandrere som mottar offentlig omsorg i Norge, men antallet vil øke i årene som kommer. I stipendsøknaden oppgir Ingrid Hanssen at 18 673 innvandrere var 67 år eller eldre per 1.1.2005 (se også tekstboks). Hun skriver i søknaden:

«Etter hvert som innvandrerbefolkningen blir eldre, vil en møte stadig flere pasienter fra etniske minoriteter i eldreomsorgen. Mange kan ha andre forventninger og behov og vise annen atferd enn det norske pleiere er vant til å møte. For å kunne yte kulturelt kompetent pleie må pleieren være i stand til både å se den enkelte som et unikt og verdifullt menneske, uavhengig av kulturell, religiøs og sosial bakgrunn, og å se de særegne behov vedkommende har ut fra sin kulturelle og religiøse bakgrunn.»

Ingrid Hanssen (bildet) vil prøve å finne ut hva som er god omsorg for personer med demens som har minoritetsbakgrunn. Det er forsket lite på dette feltet, både i Norge og internasjonalt.

¹) FoU: Forskning og utvikling.

– Siden innvandringen startet på 1960-tallet har man tenkt at de skal reise hjem når de blir gamle. Men de reiser ikke hjem. I løpet av den tiden de har vært i Norge er hjemlandet og -byen blitt forandret, og det er så få igjen av dem man kjente at man ikke føler at man hører ordentlig til der lenger. Mange opplever en større tilhørighet til sitt nye hjemland, også fordi de gjerne har barn og barnebarn her. De spør seg hvem som skal ta seg av dem i alderdommen hvis de reiser tilbake til sitt opprinnelsesland.

Hva er god omsorg?

Ingrid Hanssen legger vekt på at gruppen eldre innvandrere er svært sammensatt. Blant mye annet er noen vant til sykehjem, andre kommer fra samfunn der familien er de selvfølgelige omsorgsgiverne. Hun skal intervjuer både pårørende til eldre innvandrere og pleiere fra andre land som jobber på sykehjem i Oslo.

– Jeg vil gjerne vite om pleiere fra andre land har andre tanker om god omsorg enn det norske pleiere har. Dette er et diskusjonstema fordi en del sykehjem har svært mange innvandrere blant de ansatte. Av de intervjuene jeg allerede har gjort ser det ut for at forskjellen er veldig liten, og jeg kan godt tenke meg at forskjellene blir mindre enn vi kanskje forestiller oss i intervjuene med pårørende også.

Del av større prosjekt

Prosjektet inngår i paraplyprosjektet «Hospiceverdier i demensomsorgen – utvikling av en modellavdeling». De andre delprosjektene er «Erfaring med god omsorg på hospice og sykehjem slik pleiere og pårørende ser det», «Pleiepersonalets kompetanse i utøvelse av omsorg» og «Kultur, kjønn og arbeidslivets karakter».

I sitt prosjekt skal Ingrid Hanssens dybdeintervjuer pårørende til ti sykehjemspasienter med demens som har ikke-skandinavisk bakgrunn. Men kan ikke god omsorg oppfattes så individuelt at du risikerer å få ti vidt forskjellige svar?

– Jo, men da er det interessant å se om det finnes noen felles faktorer og hva de er. Det skal også bli spennende å se om de i så fall følger kulturlinjer, utdannelseslinjer, by/land eller andre sider av personenes bakgrunn.

Det er kommet frem tidligere i Demens&Alderspsykiatri at enkelte grupper betrakter demens som noe skam-

belagt som de helst vil skjule. Vil det kunne skape problemer i ditt prosjekt?

– Det er mulig, men i min undersøkelse er personene med demens allerede i sykehjem og familien har tatt et skritt ut fra den private sfæren.

Modellavdelinger

Paraplyprosjektet skal etter planen resultere i en modellavdeling ved to ulike sykehjem, der man bygger på kunnskapene fra delprosjektene. Selv om hennes prosjekt ikke inngår i denne andre delen av paraplyprosjektet, ser ikke Ingrid Hanssen negativt på egne sykehjemsenheter for personer fra samme land eller kultur.

– Jeg tenker at det kan være trygghetsskapende. Ikke alle eldre er like godt integrert i det norske samfunnet, og når de utvikler demens glemmes det sist innlærte først. Norsk språk og norske skikker glemmes, mens det de lærte tidlig i livet sitter. Da kan det oppleves trygt og gjenkjennelig å være flere med felles kultur sammen, der de kan snakke og høre sitt språk, utøve sin religion og sine tradisjoner, spise den maten de er vant med og høre den musikken de er oppvokst med. Bare det vi vet om musikkens betydning i demensomsorgen gjør det til et poeng å tenke i denne retningen.

Hun mener at slike enheter måtte være bydelsover-skridende for å få store nok beboergrupper. Men ville ikke dette være en form for systematisk segregering?

– Hadde det vært snakk om skoleklasser eller sykehusavdelinger, ville jeg vært enig i det. Her gjelder det hensynet til personer med demens som på et punkt i sykdomsutviklingen vil ha glemt det meste annet enn det de er oppvokst med. Da vil en vanlig norsk sykehjemsavdeling oppleves fremmedartet og kanskje utrygg. I denne sammenhengen er det ikke segresjon som er poenget, men å skape trygghet og tilhørighet for pasienten. Nå er det få eldre med minoritetsbakgrunn her i landet som har demens, men de blir flere, og jeg tenker at kunnskapen dette prosjektet frembringer kan gjøre oss i stand til å være i forkant og planlegge best mulig tjenester.

Snøball?

Sykehjemmet i Karasjok kan bli en samarbeidspartner for å få med det samisk-kulturelle aspektet. LDH har dessuten tett kontakt med Montenegro gjennom landets eneste høyskole med bachelorprogram i sykepleie som LDH har vært med å bygge opp, og gjennom landets eneste sykehjem. Ingrid Hanssen ser frem til å få med seg spennende data derfra.

– Sykehjemmet har gitt oss tillatelse til å komme og intervjuer pleiere og pårørende, og billettene er allerede kjøpt.

Et sykehjem i Serbia blir i tillegg med i prosjektet. Også Sør-Afrika står på ønskelisten, men ligger utenfor prosjektets rammer nå.

– Hvis vi får dette til er det blant annet interessant å finne ut om det er store forskjeller i hvordan man tenker på og forholder seg til demens i forskjellige land og kulturer. Det prosjektet jeg har fått Gandhistipendet for kan vise seg å bli en snøball, smiler Ingrid Hanssen.

Innvandrere i Norge

423 000 innvandrere i Norge per 1. januar 2009, den største enkeltgruppen kommer fra Polen

47 prosent har bakgrunn fra Asia, Afrika og Latin-Amerika

20 prosent har bodd i Norge mer enn 20 år

36 prosent har norsk statsborgerskap

26 prosent av befolkningen i Oslo har innvandrerbakgrunn

Kilde: Statistisk sentralbyrå



■ Signe Tretteteig, sykepleier MSc, studieleder,
Signe Gjelstad, sykepleier, studieleder/konst. rektor,
Torbjørn Fermann, førstelektor og pedagogisk veileder,
alle i NKAHs fagskole

Praksis på eget arbeidssted

– en god løsning for fagskolestudenter?

*Nasjonalt kompetansesenter for
aldring og helse (NKAH) startet
høsten 2008 en nettbasert
fagskole i demensomsorg og
alderspsykiatri, godkjent av
NOKUT¹. Studiet går over to år
på deltid, tilsvarende ett års
fulltidsstudium.*

Med fagskoleutdanning menes yrkesrettede utdanninger som bygger på videregående opplæring eller tilsvarende realkompetanse. Fagskoler har nå erstattet det som før het videreutdanning for hjelpepleiere/omsorgsarbeidere (1). NKAHs utvikling og drift av fagskole er et ledd i den nasjonale satsingen der formålet er å tilby en nasjonal tertiærutdanning innenfor et prioritert og etterspurt fagfelt. (2, 3, 4). For å nå målsetningen om en nasjonal utdanning har NKAHs fagskole valgt et nettbasert studium med en praksisnær metodisk tilnærming. Utdanningen skal kunne gjennomføres på eget hjemsted og være praktisk og økonomisk gjennomførbar for både arbeidsgiver og student.

Denne artikkelen gir et innblikk i NKAHs fagskoles praksisnære tilnærming og pedagogiske syn. Artikkelen presenterer resultater fra studentenes og deres arbeidsgivers evaluering (kull 2008) om praksistilnærmingen og

det å bruke egen arbeidsplass som praksisramme og referanse gjennom studiet.

Praksisnær utdanning

Som et ledd i NKAHs fagskoles formål, har fagskolen valgt en annen praksismodell enn den tradisjonelle modellen der studentene har 8-10 ukers veiledet praksis på en annen arbeidsplass. Studentene ved NKAHs fagskole skal i stedet være i minimum 50 prosent arbeid gjennom hele studiet der det inngår arbeid med pasienter med demens og/eller alderspsykiatriske lidelser. Arbeidsgiver godkjenner på forhånd at studentene kan gjennomføre praksisrelaterte studiekrav på eget arbeidssted.

Studentenes autorisasjon som helsearbeidere og minimum ett års relevant erfaring fra arbeid med personer med demens og/eller alderspsykiatriske lidelser (opptakskrav), sikrer at studentene har tilstrekkelig teoretiske og praktiske basiskunnskaper innen faget.

Den metodiske tilnærmingen er valgt på bakgrunn av fagskolens pedagogiske syn på erfaringsbasert kompetanseutvikling, og ut fra praktiske hensyn for student og arbeidsgiver. Læringsteoretisk utgangspunkt for studiet er at studentene bruker tidligere yrkeserfaring aktivt sammen med praksissituasjoner og relevant teori gjennom studiet. Tilgang til fagfeltet og praksissituasjoner er en forutsetning for å videreutvikle relevant handlingskompetanse. For at fagarbeidere innen omsorgsfag skal (videre) utvikle sin situasjonsforståelse, må studiet tilrettelegges for at studentene skal oppdage kunnskapen som ligger implisitt i deres erfaringer. Dette forutsetter oppgaver/studiekrav som fremmer oppmerksomhet og refleksjon. Erfaringer og kunnskap må ordnes, kobles og knyttes til teori for å få frem ny forståelse og grunnlag for handling (5). Kunnskaper er ressurser som må bearbeides for at praksissituasjoner kan forstås, fortolkes og dermed gi rom for fornuftig handling eller ny forståelse.

Metodikk som anvendes i studieprogrammet skal bidra til å koble den praksisnære erfaringen med teoretisk kunnskap. Teknologi som videokonferanser og

¹) NOKUT: Nasjonalt organ for kvalitet i utdanning. NOKUT bidrar til å sikre og fremme kvalitet i høyere utdanning (universiteter, høyskoler og fagskoler).

Motiverte deltagere på
studentsamling i 2009.



elektronisk læringsplattform brukes i stor grad. Oppgave-skrijving, lesing og samtaler/diskusjoner brukes som pedagogiske metoder (7). Pedagogisk oppfølging sikres ved at studieledere har undervisnings-, veilednings- og evalueringsansvar både for praksisoppgavene og annet studie- og praksisrelatert arbeid.

Evaluering og resultater

NKAHs praksismodell er å betrakte som en utprøvende virksomhet med mål om å utvikle dokumentert kunnskap om praksisnær tertiærutdanning. Gjennom evaluering (studieledelsen, studenter, arbeidsgivere) og revidering av fagplaner og studiekrav, samles erfaringer med praksistilnæringsmodellen for å videreutvikle NKAHs fagskole.

Studentevaluering

For å få kunnskap om hvordan studentene opplever å ha praksis på eget arbeidssted, er dette et sentralt tema i studentenes sluttevaluering. Her ber vi studentene krysse av for fire påstander og gir dem mulighet til å begrunne graderingen i et åpent felt. Evalueringen som presenteres her er fra kull 2008.

Studentene skulle krysse av på svaralternativer fra 1-5, der alternativ 1 var *helt uenig* og alternativ 5 var *helt enig*. 40 av 46 studenter var med i evalueringen (86,9 prosent).

På påstand 1, *De oppgavene jeg gjør i praksis fører til faglige samtaler og diskusjoner hos mine arbeidskolleger*, svarte alle studentene at de var delvis enig, enig eller helt enig i dette. I forhold til påstand 2, *Mitt arbeid med praksisoppgaver har ført til endring i hvordan vi på avdelingen/enheten behandler en eller flere av pasientene*, var studentene også positive i svaralternativene. Ingen studenter var helt uenig i utsagnet, 7,5 prosent var uenig, og resten var *delvis enig*, *enig* og *helt enig* i dette. Når det gjaldt påstand 3, *Vaner og rutiner på arbeids-*

plassen min er så innarbeidet at jeg opplever det umulig å endre disse, var til sammen 70 prosent *delvis enig*, *enig* eller *helt enig* i dette. Bare 25 prosent var *helt uenig* eller *uenig* i denne påstanden. I forhold til den siste påstanden, *Jeg opplever at mine kolleger på avdelingen/enheten viser forståelse og legger til rette for at jeg skal kunne gjennomføre praksisoppgavene*, var ingen helt uenig i dette. Bare 2,5 prosent var *uenig* og resten var *delvis enig*, *enig*, og *helt enig* i denne påstanden.

Studentene skulle innledningsvis svare ja eller nei på spørsmålet om de ville hatt praksis på en annen avdeling/enhet hvis de hadde hatt mulighet til å velge dette i studiet. På dette spørsmålet svarte 25 prosent at de hadde ønsket dette, mens 65 prosent svarte at de var fornøyd med å ha praksis på eget arbeidssted (10 prosent svarte blankt).

Utdypende kommentarer fra studentene

I feltet der studentene kunne begrunne sine graderinger fikk vi frem kvalitative data som beskrev hvorfor de hadde evaluert slik de hadde. Et gjennomgående trekk ved studentevalueringen viste at å være kjent i praksis hadde betydning for studentenes trygghet når de skulle gjennomføre praksisoppgaver.

Studentene beskriver positive erfaringer med det å kjenne pasienter og kolleger når de skal gjøre praksisoppgaver eller komme med innspill i avdelingen. Én student sier: «Jeg er trygg på kollegene og kjenner pasientene slik at det kan være lett å komme med forslag. Det kan være lettere å starte nye tiltak da.»

Å få prøvd ut tiltak i praksis på sitt daglige arbeidssted ble også trukket frem som positivt. Én student begrunner det slik: «Ved å ha praksis på eget arbeidssted kan en reflektere over hvordan man jobber og ut fra det bruke det man lærer og se hvordan ting kan gjøres på en annen måte. Det kan være lettere å få personalet

med på ting underveis enn etter at man er ferdig med studiet.»

Den firedelen som ønsket at de kunne hatt praksis på en annen avdeling/enhet enn der de jobber til daglig, begrunner dette i hovedsak med at den avdelingen de jobber på ikke er spesielt tilrettelagt for personer med demens og/eller alderspsykiatriske lidelser. De opplever derfor at det er få medarbeidere de kan spørre eller diskutere faglige spørsmål med, knyttet til pensum og studiekrav i studietiden. Én student beskriver det slik:

«Hadde jeg hatt praksis på en demensavdeling ville jeg hatt muligheten til å få veiledning fra andre som har mer kompetanse om demens (...). Jeg ville kunnet observere flere personer med ulike demenstyper og med forskjellig atferd som igjen kunne gitt meg mer erfaring i miljøbehandling (...).»

Andre studenter mener de ville opplevd en tydeligere studentrolle hvis de hadde hatt praksis på en annen avdeling/enhet, og det kunne da vært lettere å komme med nye synspunkter og tiltak.

«Egen arbeidsplass som arena for praksisoppgaver forutsetter selvstendighet og ansvarsbevissthet.»

Arbeidsgivers evaluering

Våren 2009 ble det i løpet av to uker gjennomført telefonintervju med 17 av studentenes arbeidsgivere. Intervjuene ble gjennomført ved at det ble stilt fire forhåndsformulerte spørsmål. Ett skjema ble fylt ut for hvert intervju. Svarene er deretter sett i sammenheng for å finne sentreringpunkter og variasjoner innenfor spørsmålene. Det ble tatt notater for hvert intervju.

På spørsmål 1, *I hvilken grad kjenner du til at studenten har gjennomført praksisoppgaver på eget arbeidssted*, var det et gjennomgående trekk at arbeidsgiverne kjente til at studentene hadde gjort oppgaver i avdelingen. De færreste hadde vært direkte involvert i gjennomføringen av oppgaven fordi de hadde en overordnet lederfunksjon og deltok lite i den daglige pleien. Flere understreket at de likevel hadde prioritert å tilrettelegge, både for praksisoppgaver og for at studentene fikk gjennomføre utdanningen, eksempelvis å gi fri fra jobb for å delta på videokonferanser og for å reise på fellessamlinger. Tilrettelegging innbefattet alt fra å bistå med å bytte vakter til å gi fri med lønn og dekning av reise- og oppholdsutgifter, samt å dekke kostnader til litteratur.

Noen ledere fortalte at de hadde deltatt mer aktivt, både i den praktiske gjennomføringen av praksisoppgaven, men også som veileder. For noen var det en viktig lederoppgave å veilede ansatte i praktisk fagutøvelse, inklusive arbeidstakere som tok utdanning. «Å prøve ut ny kunnskap i egen praksis» ble erfart som en positiv og «en mer direkte måte å lære på».

På spørsmål 2, *Synspunkter på at ansatte bruker arbeidstid og egen arbeidsplass som arena for å gjennomføre praksisoppgaver*, var holdningen gjennomgående positiv og begrunnet i to forhold; hensynet til økonomi og kompetansebehov. Studentene tok med seg ny kunnskap inn i praksis og dette kan virke motiverende for andre til å ta utdanning.

Flere mente at studentene ikke ville fått permisjon (verken med eller uten lønn) dersom studiet hadde tradisjonelle praksisplasser. «Vi trenger denne kompetansen, og derfor strekker vi oss langt. Det er enkelt og billig». Praksis på eget arbeidssted ble omtalt som «midt i blinken», «kan knytte teori til direkte praktisk yrkesutøvelse, alle lærer noe nytt.»

Egen arbeidsplass som arena for praksisoppgaver forutsetter selvstendighet og ansvarsbevissthet. På spørsmål 3, *Har du eksempler som illustrerer dine synspunkter?* kom det frem at det var personavhengig om praksisordningen var vellykket eller ikke. En gjennomgående oppfatning var at ordningen bidro til at studentene slipper å bruke verdifull tid til å bli kjent med praksisstedets arbeidsmåter, pasienter, personell, pårørende. Betenkn timer som kom frem var muligheten

for at studenter kunne «spasere rett gjennom utdanningen» uten at skolen visste hva studentene gjorde eller ikke. Ansvar, selvstendighet og tillit mellom arbeidsgiver og arbeidstaker var grunnlaget for om dette var en vellykket praksismodell eller ikke.

Det siste spørsmålet tematiserte at *det ikke er inngått noen avtale mellom utdanningen og arbeidsstedet. Hva tenker du om det?* Et gjennomgående synspunkt var at det er en sak mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Også her ble tillit, ansvar og selvstendighet poengtert. Flere ønsket å vite mer om skolens opplegg, men hovedsakelig som informasjon, ikke som avtaler.

Oppsummering

Evalueringsresultatene fra Fagskolens første kull viser gjennomgående positive erfaring ved å ha praksisrelaterte studieoppgaver på eget arbeidssted. Studenters og arbeidsgivers evalueringer kan oppsummeres i følgende punkter:

- Å kjenne pasienter, kolleger og rutiner gjør at studentene ikke trenger å bruke verdifull tid på å bli kjent på en ny praksisplass, men kan konsentrere seg direkte om oppgavene.
- Forhåndskjennskap til pasientenes ressurser og egenskaper og hvilke rammer og ressurser som finnes i miljøet der de skal utføre oppgavene, gjør det lettere å se sammenhenger mellom det de har lært og hvordan de direkte kan bruke denne teorien i praksis.
- Praksis på eget arbeidssted medvirker til at arbeidsgivere og kolleger blir med i faglige diskusjoner. Dette, sammen med at kolleger og ledere er direkte deltakende og engasjerte i praksisoppgavene, gir muligheter for bedring i kvaliteten i pasientbehandlingen.
- Studentene utfører studieoppgavene som en del av eget arbeid. Dette letter den administrative og økonomiske belastningen for studenten og/eller arbeidsgiver i forhold til om studenten skal ha praksis på et annet arbeidssted.
- Praksis på eget arbeidssted forutsetter selvstendige og ansvarsbevisste studenter og bygger på et tillitsforhold mellom student, studieleder og arbeidsgiver der studenten tar ansvar for egen læring.

- Arbeidsgiverne synes det er tilstrekkelig med informasjon om studiet, samt når og hvordan praksisoppgavene skal utføres.

Praksis på eget arbeidssted øker mulighetene for å kombinere utdanning med yrkesaktivt arbeid og samtidig ivareta private, familiære, sosiale og økonomiske plikter og interesser. NKAHs studietilbud gir gjennom sin praksistilnærming bedre muligheter for å prioritere kompetanseheving også for mindre kommuner/tjenestesteder med få ansatte og begrenset tilgang på kvalifiserte vikarer.

Med NKAHs fagskoles praksistilnærming finnes utfordringer knyttet til begrensninger i forhold til kontroll- og vurderingsmuligheter ute i praksisfeltet. At lærerne ikke er til stede i praksisfeltet der (deler av) oppgavene utøves og ferdighetene kommer til syne, stiller strenge krav til studieoppgavene og oppgavens tilhørende vurderingskriterier. Disse må utformes slik at de synliggjør hvordan studentens teoretiske kunnskaper blir omsatt til ferdigheter gjennom utøvelsen av faglig god pasientbehandling. Er dette i det hele tatt er mulig? Blir studentens kunnskaper og ferdigheter tilstrekkelig vurdert når studentene ikke blir veiledet og fulgt opp i praksis av godkjente veiledere? Kan vi stole på studentens situasjonsforståelse og hans/hennes vurderinger og refleksjoner knyttet til de oppgaver som skal utføres? Som nettbasert utdanning gir de skriftlige innleveringsoppgavene det viktigste grunnlaget når vi skal vurdere

studentene. Vårt mål med studiekravene er blant annet at studentene skal synliggjøre kunnskaper, erfaringer og handlinger gjennom den skriftlige fremstillingen der refleksjon over egen praksis og tidligere erfaringer vektlegges i særlig grad.

Slik vi har erfart så langt kan NKAHs fagskoles praksismodell være en god modell å bygge videre på. Både praktiske, økonomiske og kunnskapsmessige fordeler kom tydelig frem i studenters og arbeidsgivers evaluering av modellen.

■ signe.tretteteig@aldringoghelse.no

REFERANSER:

1. Kunnskapsdepartementet (2003) Lov om Fagskoleutdanning av 20. juni 2003, nr 56.
2. Helse- og omsorgsdepartementet (2007) Demensplan 2015, Den gode dagen. (Delplan til Omsorgsplan 2015).
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Omsorgsplan 2015. Stortingsmelding 25. Kompetanseløftet 2015.
4. Sosial- og helsedirektoratet (2004) «Rekruttering for bedre kvalitet. Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006». Rapport nr.1, 15-1172.
5. Tiller T (2006) Aksjonslæring forskende partnerskap i skolen: motoren i det nye læringsløftet. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2006.
6. Dyste O (red.) (2001) Dialog, samspel og læring. Oslo: Abstrakt forlaget.



Aldring og helse
Forlaget

Aase-Marit Nygård m.fl.

«...d'er ofte godt som dei gamle talar...»

Gamle under lupen – bidrag til forståelse av aldring

Kolleger og venner ønsker å gratulere Per Kristian Haugen med 60-årsdagen. Siden han skrev sin hovedoppgave om demens på slutten av 1970-tallet har han med få avbrudd vært engasjert i arbeid med utvikling av bedre tilbud innen demensomsorgen.

Boka tar opp ulike tema innenfor jublantens mange interessefelt. Kunnskap innen fagområdene gerontologi og gerontopsykologi sett i sammenheng med den historiske utviklingen i samfunnet, er viktig i forståelsen av det å være gammel i dag. Fordi han har engasjert seg i utvikling av gerontopsykologi både i Norge og Norden, er kolleger invitert til å belyse dette feltet. Bidrag fra en god kollega i Storbritannia viser utviklingen av den miljøterapeutiske tilnærmingen til personer med demens. Vi har også valgt å inkludere en spennende artikkel han selv skrev i 1984 om gamle i islandske ættesagaer som eksempel på hans omfattende historiske interesse.



ISBN 978-82-8061-125-3

kr. **220,-**
165 sider

For bestilling og mer informasjon:

www.aldringoghelse.no – 33 34 19 50 – post@aldringoghelse.no

Nettbasert fagskoleutdanning

www.aldringoghelse.no

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse tilbyr nettbasert fagskoleutdanning i demensomsorg og alderspsykiatri for helsefagarbeidere/omsorgsarbeidere/hjelpepleiere

- Nasjonalt deltidsstudium over to år
- Arbeidsform: individuelle oppgaver, nettkommunikasjon, videokonferanser, forelesninger og fire ukesamlinger
- Praksis på egen arbeidsplass
- Godkjent av NOKUT

Første ordinære opptak skjer 1. mars 2010.
Etter dette er det fortløpende opptak fram til 1. mai.

Studiestart 23. august 2010

Informasjon, opptakskriterier og søknadsskjema: www.aldringoghelse.no
Ytterligere opplysninger på telefon 33 34 19 50

Kurskatalogen 2010

Nyheter

Utredning av demens i kommunehelsetjensten.
Kurs for leger, ergoterapeuter og sykepleiere

Miljøbehandling og kommunikasjon

Angst og depresjon

Legemiddelbruk hos eldre



For mer informasjon
www.aldringoghelse.no

Lisa Genova

Alltid Alice

Holder jeg på å gå fra forstanden?

Vi følger Alice Howland fra september 2003 til september 2005. Fra å være en anerkjent psykologiprofessor ved Harvard-universitetet blir hun i løpet av de to årene boken omhandler, avhengig av hjelp til alle hverdagens gjøremål. Alice er lykkelig gift, har tre voksne barn og er en anerkjent forsker og underviser i kognitiv psykologi og lingvistik. Hun er femti år gammel.

Høsten 2003 begynner foruroligende ting å skje, hun glemmer avtaler, ord blir borte når hun foreleser og hun skjønner ikke alltid stikkordene på sine egne huskelapper. Under en joggetur kjenner hun seg ikke igjen et par kvartaler hjemmefra. Det går over etter et par minutter, men skrekken har satt seg. Først tenker hun på overgangsalder og stress på jobben, og googlet på overgangsalder. Hun tok saken opp med fastlegen, fysisk var hun i god form og hjernesvulst ble utelukket. Nevrolog ble neste stoppested, og etter omfattende undersøkelser fikk hun i januar 2004 diagnosen sannsynlig Alzheimers sykdom. Hun fikk Aricept og beskjed om å komme tilbake etter et halvt år og ta med seg ektefellen. Når hun forteller John om diagnosen, reagerer han med angst og sorg og sier at «jeg vet ikke om jeg makter det.» Alice blir gentestet, og det viser seg at hun har mutasjon på et arvestoff som gjør at sykdommen går igjen fra slektsledd til slektsledd. Det skulle vise seg at den eldste datteren har mutasjonen, sønnen har den ikke og den yngste datteren vil ikke testes.

I løpet av sommeren utvikler sykdommen seg, Alice slutter å ta telefonen og av og til har hun problemer med å finne fram i huset sitt. John får tilbud om støttegruppe, men takker nei. En av døtrene må komme hjem når John er bortreist. Alice oppsøker et sykehjem i nærheten og spør om de har alzheimerpasienter. Hun blir skrekkslagen av det hun ser. Hun begynner å spørre etter sin mor og søster som begge er døde.

I september et år etter at det hele startet blir Alice innkalt til et møte på universitetet for å gjennomgå studentenes evaluering av hennes undervisning, noe som var lite hyggelig. Hun forteller at hun har Alzheimers



Oslo: Pax forlag 2009

281 sider

ISBN 9788253032146

Pris: kr. 349

sykdom, og blir umiddelbart permittert fra stillingen og tenker: Jeg er ikke lærer lenger. Jeg er ikke forsker. Hun hadde ingen å undervise, ingen studenter å veilede, ingen forskning å utføre og ingen konferanser å delta på. Aldri mer.

Utover høsten blir det problemer med påkledningen, hun må ha hjelp. John tar det tungt. I samarbeid med en sosionom

tar Alice initiativ til å etablere en støttegruppe for yngre personer med demens. Tre personer melder seg, de møtes en gang i uka og har kontakt gjennom e-post, til stor støtte for hverandre. I mars 2005 holder hun et innlegg på en konferanse i regi av Alzheimerforeningen om å leve med demens og høster stor applaus. Ikke lenge etterpå mestrer hun ikke laptoppen lenger.

Den siste problemstillingen som tas opp i boken, er at John får tilbud om en forskerjobb han ønsker seg i New York, noe som vil medføre flytting. Hva skjer om Alice flyttes, noe hun ikke vil? Bør John ta jobben?

Undertegnede savner en noe nærmere omtale av et par viktige etiske aspekter som berøres. Gentesting er et viktig tema, og en ektefelles dilemma når det gjelder å satse videre på ny jobb og gå videre i livet, eller ta seg av omsorgsoppgavene, er et annet. Når det gjelder gentesting, er sannsynligvis holdningene annerledes blant leger i USA enn i Norge.

Forfatteren har forsket på molekylære årsaker til depresjon, Parkinsons sykdom, stoffavhengighet og hukommelsestap etter hjerneslag. Hun arbeider blant annet som spaltist for the National Alzheimer Association i USA.

Alt i alt gir boken en troverdig fremstilling av utviklingen av Alzheimers sykdom hos en yngre person. Sykdommen slår hardt og brutalt. Vi føler med Alice og sitter igjen med bildet av en modig kvinne som i det lengste holder stand mot krefter hun ikke har innflytelse på.



■ Tekst og foto: Jartrud Høstmælingen

Sansehage i Lakselv med egen konsertscene

*Økt trivsel takket være innsats
fra ildsjel – denne gang i Lakselv.*

Det var bare villniss utenfor vinduene til skjermet avdeling ved Porsanger helsetun inntil i fjor sommer. Takket være en privat ildsjel er det flere mål store atriumsområdet forvandlet til en vakker og brukervennlig sansehage med konsertscene for beboerne.

– Kan du være så snill å få meg bort herfra? bønnfaller en av beboerne ved skjermet avdeling på Porsanger helsetun i Lakselv.

– Jada, svarer sykepleier Torunn Lind blidt og tar rolig med seg mannen ut i sansehagen rett utenfor daglig-



Fra venstre: Sykepleier Torunn Lind, beboer Erling Johnsen og kona Gudrun Johnsen sammen med primus motor for sansehagen ved Porsanger helsetun, Aina Hanssen, er fornøyd med forvandlingen fra villniss og kratt til flott bruksområde.

stuen. De finner seg en sitteplass ute blant trær, busker, blomster og fugler. Han slapper av og roer seg raskt ned.

Stor forbedring

Torunn Lind forteller at både beboerne ved Porstun omsorgsboliger og de på sykeavdelingen ved Porsanger helsetun, rundt 75 personer til sammen, ofte benytter seg av det nye tilbudet ved helsetunet.

– Nå kommer folk seg ut så sant været tillater det. Dette er en stor forbedring av pasienttilbudet, sier Lind.

– Det er tydelig at de har stor glede av hagen. De benytter den ofte og signaliserer like ofte at de vil ut dersom døren er låst, forteller hun. Helsetunet har et atrium hvor hagen ligger. Store vinduer og glassdører gir godt utsyn til hagen.

Mens hagen har vært under opparbeiding lot beboerne seg underholde av dugnadsgjengen som anla grusganger, plenområder, blomsterbed, sittegrupper og konsertscene og fant plass for en gammel nordlandsbåt, hesje og en sagkrakk med ved.

– En av beboerne har også vært med og raket og ryddet, og det har vært godt for de andre å følge med på utviklingen og aktiviteten rett utenfor vinduene, sier Lind.

Benyttes mye

I fjor sommer tilbrakte avdelingen hele formiddager og ettermiddager sammen ute i den friske lufta.

– Nå er de trygge i hagen, og kan gjerne gå ut på egenhånd. I begynnelsen var det skremmende for dem, fordi de ikke hadde vært vant til å være ute på lenge, forteller Torunn Lind. Mens noen trenger en arm å holde i når de er ute og går på gangstiene, kan andre få frihetsfølelse ved å rusle ut og sette seg ned i sittegrupper der det kanskje sitter andre enn folk fra samme avdeling. Lind merker at beboerne ved skjermet avdeling har det mye bedre nå, og er ikke i tvil om at sansehagen er det beste tiltaket som har skjedd så langt for beboerne ved helsetunet.

– Sansehagen gir uten tvil en større følelse av velvære og avkobling fra det vanlige fokuset på sykdom og problemer.

Privat initiativ

Torunn Lind kan ikke få fullrost initiativtaker til sansehagen, Aina Hanssen.

– Det er svært positivt at privatpersoner kan ta initiativ når det offentlige ikke har midler til å gjennomføre slike prosjekter.

Aina Hanssen er pensjonist og tidligere apotektekniker. Hun har vært politisk aktiv siden ungdommen, er leder av eldrerådet og tidligere ordfører i kommunen, og forteller at hun alltid har jobbet for dem som ikke kan slåss for seg selv.

Aktiv dugnadsgjeng

– Sametinget bevilget penger til en sansehage i kommunen på begynnelsen av 2000-tallet, men kommunen klarte ikke å stille med den nødvendige egenandelen. Dermed ble prosjektet skrinlagt. Jeg ville gjerne gjøre noe for at de som bor her skal få en triveligere hverdag, ha en plass å kunne gå ut til og slippe å være inne, lenket til avdelingen døgnet rundt. Ved hjelp av en aktiv dugnadsgjeng og positive sponsorer fikk vi anlagt sansehagen i fjor, forteller Aina Hanssen.

– Det går en grense for hva man trenger av materielle ting for å være fornøyd, og det er en enorm rikdom å kunne gjøre noe for andre, sier Hanssen når hun skal forklare sitt engasjement.

Siden hagen ble tatt i bruk har det vært arrangert tre konserter, og det er tydelig at beboerne har satt pris på dette, forteller ildsjelen.

– Vi forsøker å treffe musikksmaken til de eldre pasientene, fortrinnsvis med gamle viser, gjerne norske, men en konsert med irsk folkemusikk slo også veldig godt an.

Gode opplevelser gir glede

– Våre videre planer for sansehagen er å satse på ting som gir gode opplevelser, sier Aina Hanssen. Hun venter nå på en gammeldags jernkomfyr som skal plasseres ved sittegruppen på plattingen midt i hagen. Det skal settes inn et lite gassbluss i den, så de kan koke kaffe til vaflene de pleier å ha. Det skal også legges asfalt på gangstiene, slik at det blir lettere å komme frem for dem som bruker rullator og ikke er så stødige til bens.

Aina Hanssen har lyst å danne en forening kalt «Helsetuns venner», men har ikke rukket det ennå. Sansehagen har ikke kostet kommunen en krone. Anslagsvis kostnad på det frivillige arbeidet inkludert nødvendig utstyr er 120-150 000 kroner. Hanssen understreker at politiske myndigheter ikke skal ta som en selvfølge at det meste skal skje på dugnad, samtidig som det legges til rette for at folk skal jobbe lengst mulig før de pensjonerer seg.

– Myndighetene må også være villige til å satse på trivsel og innhold, det er ikke nok med fine bygg, sier hun, og håper at kommunen i alle fall kan ta seg av det videre vedlikeholdet av hagen.

Kontaktperson: Aina Hanssen, telefon 40 06 11 13.
E-post: ainahanssen@e-vei.no

Siste

Aina Hanssen forteller at asfaltgangene nå er på plass, takket være rause bidrag fra næringslivet i kommunen.

Se også boken *Sansehager for personer med demens – utforming og bruk*. Berentsen, Grefsrød og Eek (2007) Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

REFERANSER: fra side 17

1. Skoog I (2004) Psychiatric epidemiology of old age: the H70 study – the NAPE lecture 2003. Acta Psychiatrica Scandinavica 109(1):4-18.
2. Helse- og omsorgsdepartementet (2007) Omsorgsplan 2015. Report No: St.prp.nr.1 (2007-2008).
3. Sosial- og helsedirektoratet (2007) Glemsk, men ikke glemt! Report No: IS-1486.
4. Helse- og omsorgsdepartementet (2008) Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre 2008-2012. Report No: I-1137 B.
5. Sosial- og helsedirektoratet (2006) Psykisk helsevern for voksne. Distriktpsikiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Report No.: IS-1388.
6. Gråwe RW, Hatling T, Ruud T (2008) Distriktpsikiatriske sentre. Bidrar utbygging av distriktpsikiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og økt brukertilfredshet? SINTEF Helse; Report No: A6169.
7. Engedal K (2000) Urunde hjul: alderspsykiatri i praksis. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
8. Aakhus E, Engedal K, Aspelund T, Selbaek G. (2009) Single session educational programme for caregivers of psychogeriatric in-patients – results from a randomised controlled pilot study. Int J Geriatr Psychiatry, Mar;24(3):269-74.
9. Rosenvinge BH, Rosenvinge JH (2003) Forekomst av depresjon hos eldre – systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990-2002. Tidsskr Nor Lægeforen, Apr 3;123(7):928-9.
10. Selbaek G, Kirkeveid O, Engedal K (2008) The course of psychiatric and behavioral symptoms and the use of psychotropic medication in patients with dementia in Norwegian nursing homes – a 12-month follow-up study. Am J Geriatr Psychiatry, Jul;16(7):528-36.
11. Helsedirektoratet (2009) Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet; May. Report No.: IS-1561.
12. Mykletun A, Knudsen AK (2009) Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oct.
13. Young J (2006) Ageism in services for transient ischaemic attack and stroke. BMJ, Sep 9;333(7567):508-9.
14. Peake MD, Thompson S, Lowe D, Pearson MG (2003) Participating Centre. Ageism in the management of lung cancer. Age & Ageing 32(2):171-7, Mar.
15. Raine R, Wong W, Ambler G, Haroon S, Petersen I, Morris R et al. (2009) Sociodemographic variations in the contribution of secondary drug prevention to stroke survival at middle and older ages: cohort study. BMJ Apr 16;338(apr16_2):b1279.
16. Segal DL, Coolidge FL, Mincic MS, O'Riley A (2005) Beliefs about mental illness and willingness to seek help: a cross-sectional study. Aging & Mental Health 9(4):363-7, Jul.



Aldring og helse
Forlaget



ISBN 978-82-8061-124-6

kr. **150,-**
85 sider

Per Kristian Haugen

Skulder ved skulder Demens og utfordrende atferd

Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene får stadig større fokus som en del av løsningen for å gi befolkningen en hensiktsmessig helsetjeneste. Som overordnet prinsipp i norsk helsevesen gis stadig flere tjenester i kommunene, ikke minst i forbindelse med eldreomsorg og pleie av andre omsorgstrengende pasienter. For å få dette til må spesialisthelsetjenestens kompetanse komme kommunehelsetjenestene til gode. Prosjektet, som beskrives i denne rapporten, omfattet etablering og drift av forsterket skjermet enhet i Horten kommune i nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og bør være et godt eksempel på hvordan man i fremtiden kan etablere gode samhandlingsmodeller.

For bestilling og mer informasjon:

www.aldringoghelse.no

33 34 19 50

post@aldringoghelse.no

Retningslinjer for publisering i Demens&Alderspsykiatri

Demens&Alderspsykiatri henvender seg til en tverrfaglig leserguppe med tilknytning til helse-sektoren, 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.

D&A går i dybden – og i bredden



Demens&Alderspsykiatri

Kommer:

- GPS – kjekt å ha?
Om nytte av søkehjelpemidler
i demensomsorgen
- Omsorgsboliger – eller:
Når hjemmet ditt i realiteten
er et sykehjem
- God omsorg i livets siste fase
- Lyd. Og ulyd
- Forskning på sykehjem
– mas eller mulighet?

www.demensogalderspsykiatri.no
tidsskriftet@aldringoghelse.no

ISSN: 0809-3520

Medlem av



Demens&Alderspsykiatri utgis av



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Oslo universitetssykehus, Ullevål
Medisinsk divisjon, Bygning 37
0407 Oslo
Tlf: 22 11 77 28 / 33 34 19 50
Faks: 23 01 61 61

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

post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no

