



vol. 12 – nr. 2 – 2008

Demens&Alderspsykiatri

- ◆ En pille og nok en pille...
Medikamentprosjekt i Tromsø
- ◆ Bevegelse fra hjertet
– miljøterapeutisk metode for
personer med demens
- ◆ Sårbar skreddersøm i Fana
- ◆ Trenger vi enda en
kognitiv test?



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter



Demens & Alderspsykiatri

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

Utgiver

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

Layout/trykk

BK Gruppen, Tove Aasrum, Sandefjord

Det redaksjonelle arbeidet er avsluttet 15. mai 2008.



Retningslinjer for publisering i fagtidsskriftet Demens & Alderspsykiatri

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

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

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

Redaktør:

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

Redaksjonssekretær:

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

Ansvarlig redaksjonskomité:

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

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

Geir Selbæk, psykiater/stipendiat,
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
Medisinsk divisjon, Geriatrisk avdeling
Ullevål sykehus, N-0407 OSLO
Tlf: 22 11 77 28 / 33 34 19 50
e-mail: post@aldringoghelse.no

www.aldringoghelse.no



- 4 Bevegelse fra hjertet
Silje Høgaas, Julie E. Skjønberg
- 7 Ti millioner er også penger...
- 8 Når nettene blir lange.
Søvnforstyrrelser hos eldre
Arne Fetveit
- 12 Veiledningsgrupper – rom for
refleksjon i hjemmetjenesten
Aud Elisabeth Witsø
- 16 Trenger vi enda en kognitiv test?
En studie av den norske versjonen
av Severe Impairment Battery
Sverre Bergh
- 21 «Nytt og praktisk. Et redskap som
kan brukes»
Linda Gjøre, Margit Gausdal
- 23 Sårbar skreddersøm i Fana
- 26 Kulturkollisjon på sykehjemmet
- 28 Samarbeid på kryss og tvers.
Seksjon for alderspsykiatri,
Sykehuset Telemark HF
Kirsten Eikeland
- 31 Leon Jarners Forskningspris 2008
- 32 Demensplan 2015 i farta
Anne Marie Mork Rokstad
- 33 En pille og nok en pille...
Spennende medikamentprosjekt
i Tromsø
- 35 Effekt av strukturert problem-
løsning i familier med demens
Ingun Ulstein, Aud Johannessen
- 39 Nasjonalforeningen Demensfor-
bundet med foten på gasspedalen
- 41 Ny blodprøve – et mulig gjennom-
brudd i tidlig diagnostisering av
Alzheimers sykdom?
- 42 Alderspsykiatrikonferansen
i Tromsø 2008
- 43 Smått er godt – også for
Husbanken



Følg med – følg opp!

Demensplan 2015 *Den gode dagen* må ikke bli en skrivebordsplan – det er det bred enighet om. I dette nummeret av Demens&Alderspsykiatri følger vi opp noe av det som skjer i tilknytning til planen, og mer vil det bli. Men her trengs alle våkne blikk, gode ideer og nyttige påpekninger. Ansatte og ledere på sykehjem og i hjemmetjenesten bør fronte planens intensjoner i sin kontakt med bevilgende og planleggende myndigheter. Demensforeningene likeså. Bruk pressen, ta kontakt med lokalpolitikere, lag ambisiøse planer for egen virksomhet – dette er sentralt for å sikre god demens- og eldreomsorg i en nær fremtid som byr på skyhøye tall for personer som vil trenge hjelp og pleie. At sentrale politikere må følge opp med penger, er en nøkkel til flere gode tiltak.

Men man kommer ikke utenom et hovedspørsmål: Hvordan skaffe nok folk til omsorgsyrkene? I dette nummeret får vi signaler om den personalmessige sårbarheten i eksisterende tilbud. Dessuten rapporterer Samordna opptak at det i mai i fjor var 7,8 prosent færre som valgte sykepleie som første utdanningsvalg i forhold til i 2006, mens nedgangen for ergoterapi var hele 16,4 prosent. Fra 2007 til 2008 viser tallene for sykepleie ytterligere nedgang. Det er også færre søkere til helse- og sosialfag på videregående skole, og NAV-tallene for ledige stillinger i pleie- og omsorgssektoren viste i april en økning på seks prosent fra samme periode i fjor. Institusjonene sloss om arbeidskraften, og verre vil det bli. Sentrale og lokale myndigheter og premissleverandører må gripe tak i utfordringene jo før jo heller og sette alle kluter til for å gjøre jobbene innenfor geriatri, alderspsykiatri og eldreomsorg attraktive.

Utfordringene kan ikke løses av ildsjeler alene.

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



Silje Høgaas, bevegelsesveileder, Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo
Julie E. Skjønberg, bevegelsesveileder, Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo

Bevegelse fra hjertet

Bevegelse fra hjertet er et prosjekt som blant annet handler om å ivareta og finne tilbake til ressursene hos mennesker med demens og på denne måten øke livskvaliteten deres. Resultatene fra prosjektet er svært positive og arbeidet har vært konstruktivt med tanke på deltagerens fysiske helse og humør. Utfordringen videre er å gjøre bevegelsesveiledning til en anerkjent metode i det individuelt tilpassede tilbudet i norsk demensomsorg.

Prosjektansvarlige, Julie E. Skjønberg og Silje Høgaas, ble i 2006 uteksaminert fra Den norske balletthøyskole (DNBH) med utdanning i dans og pedagogikk og med spesialisering i bevegelsesveiledning. I praksisperioden i siste studieår jobbet vi med personer med demens på sykehjem. Erfaringen viste at bevegelsesveiledning var en konstruktiv måte å tilnærme seg denne målgruppen på, og vi fikk inspirasjon til en videreutvikling av metoden. Vi presenterte våre visjoner for Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo (SKBO) som umiddelbart ble interessert i et samarbeid. Sammen med SKBO mottok vi i 2006 midler fra Stiftelsen Helse og Rehabilitering (HR) for å drifte prosjektet i ett år.

Hovedmålet i prosjektet har vært å forebygge tidlig fysisk og psykisk funksjonstap hos mennesker med demens. Alle de 14 deltagerne i prosjektet har en demensdiagnose. Grad av sykdomsutvikling varierer, likeså den fysiske helsen. Prosjektet har til hensikt å tilpasse veiledningene til hver deltager og på den måten fremme hvert enkelt individs muligheter, ønsker og behov. Det stilles altså ingen fysiske eller psykiske krav til deltageren. For å måle effekten av veiledningene har vi benyttet oss av velværeskjemaer (1) som har vist til gode resultater og dermed styrker metodens troverdighet.

Hva er bevegelsesveiledning i praksis?

Bevegelsesveiledning er en metode som har sprunget ut fra danseterapien. Det er en treårig utdanning, og foreløpig er DNBH eneste utdanningsinstitusjon i Norge. Metoden kan brukes og tilpasses de fleste

fagområder innenfor helse- og omsorgsfeltet. Den kan ses på og brukes kreativt på linje med andre behandlingsterapeutiske metoder som musikkterapi og bildeterapi. I bevegelsesveiledning fokuseres det både på den fysiske og den mentale helsen; man jobber med «hele» mennesket. Man tar utgangspunkt i øyeblikket og jobber i prosess. Metoden tar på alvor at fysikk og psyke påvirker hverandre, og ved å jobbe med begge aspekter kan vi oppnå en balanse mellom kropp og sinn.

I løpet av prosjektperioden har vi arbeidet med bevegelsesveiledning i praksis med 14 deltagere fordelt på to av SKBOs sykehjem. Veiledningene har hatt en varighet fra 20 til 40 minutter. Metoden som brukes foregår én til én med hver deltager og deles opp i tre faser: åpne, prosess og lukke. I åpnedelen vekkes kroppen for å varme opp og konkretisere hver enkelt kroppsdel. Vi ser det gunstig å utføre oppvarmingssekvensen sittende på en stol, da det gir trygghet og stabilitet og er mindre anstrengende enn å gjøre sekvensen stående. I prosessdelen tilpasser vi øvelsene til deltagerens ønsker og funksjonsnivå og bruker kraftigere bevegelser og større intensitet enn i oppvarmingssekvensen. Denne fasen inneholder blant annet sang, musikk, samtale, gåtrening og improvisasjon. Lukkedelen har som mål å «samle» deltageren og roe kroppen ned etter fysisk trening. Fasen inneholder rolige bevegelser, massasje, avspenning og samtale. I og med at veiledningene tilpasses hver enkelt deltager følger ikke alle dette opplegget. En av deltagerne med sterk uro har kun behov for avspenning og rolig musikk under hele

Foto: Atle Briseid



veiledningen. Dette har hatt god effekt, da det har gjort deltageren rolig og tilfreds.

Etter veiledning følger vi deltagerne tilbake til avdelingen.

«Deltageren og jeg sitter på hver vår stol og han hermer de enkle øvelsene jeg gjør. Vi løfter skuldrene, trommer med fingrene, tramper med bena og rører på ankene. Noe synes han er lett, noe vanskelig. Vi har tid. Jeg ser stoltheten i øynene hans når han til slutt mestrer øvelsen som han sa var litt vanskelig. Da jeg forteller ham at han var flink, ser han forsiktig bort på meg og sier lavt at det kanskje ikke var så verst. Det var supert, sier jeg. Han er ikke uenig.»
(Fra en veiledning.)

For å tilpasse veiledningen på best mulig måte for hver enkelt er det viktig at vi har forkunnskaper om deltagerne. Det får vi ved hjelp av personlig informasjon om hver enkelt beboer, samlet av personalet. Informasjon fra pårørende er til god hjelp for å fremme hver enkelts identitet. Tilgangen vi har på kunnskap om hver deltager, og grunnleggende forkunnskaper om demens, gir oss verdifull informasjon om deres sinnsstemning, relasjoner, bevegelsesmønstre, interesser, hobbyer, tidligere arbeidssituasjon og så videre. Dette muliggjør en god og trygg dialog mellom deltager og veileder helt fra begynnelsen av.

En viktig metode i bevegelsesveiledning for mennesker med demens er *speiling*. Veileder og deltager jobber med å speile hverandres bevegelser, i motsetning til å lære bort bevegelser og bevegelsesfraser til

hverandre. Dette kan åpne opp for nye bevegelser og ny innsikt i den andres bevegelsesmønstre. Speiling er en metode som personer med demens kan dra nytte av fordi den ikke stiller krav til hukommelsen. Det er en «øyeblikksmetode» som kan gi deltageren muligheten til å utforske sitt eget bevegelsespråk uten at det settes noen krav. I tilfeller hvor deltagerne har vanskelig for å respondere på instruksjoner eller speiling, setter vi fysisk i gang øvelsen for dem. Bevegelsen eller den aktuelle øvelsen utføres på vedkommende av veileder slik at deltageren får en følelse av bevegelsen og eventuelt kan fortsette på egen hånd. Denne måten å jobbe på er svært effektiv når deltageren selv har vanskelig for å overføre det visuelle til egen kropp. Vi ser at enkelte da utfører øvelsene bra i motsetning til når de speiler øvelsene.

«Etter de sittende øvelsene reiser vi oss opp. Vi holder hendene i stolryggen og gjør enkle knebøy og kneløft. Etterpå skal vi fortsette med gåtrening. Vi går ut på gangen. Han begynner med å holde meg i hånden og slik går vi langsomt fremover. Han og jeg. Han har vanskelig for å finne rytmen i gangen sin og jeg prøver å legge hånden hans på min skulder istedet. Det resulterer i at han faktisk begynner å gå bedre. Det fungerer bedre når han selv må finne balansen og rytmen. Han blir rakere i ryggen og ser stolt ut. Kompetansen ligger der, han må bare finne den frem. Jeg minnes noe en annen deltager har sagt til meg under gåtrening, «man får gå så lenge man kan». Slik går vi videre. Han med en hånd på min skulder og jeg som viser vei. Han begynner å nynne på en sang.»
(Fra en veiledning.)

En konstruktiv behandlingsterapeutisk metode

Etter å ha arbeidet med prosjektet dette året har vi erfart at bevegelsesveiledning er en konstruktiv behandlingsterapeutisk metode innen demensomsorgen. Dette kan bekreftes på flere måter, blant annet ved at deltagerne har oppnådd hovedmålet og delmålene i prosjektet samt resultatene fra velvære-skjemaene.

Resultatene er særlig synlige nå etter at året er gått og veiledningene avsluttet. Mange av deltagerne har opprettholdt sin fysiske form samt hatt ny innlæring av fysisk bevegelse. Vi opplever også at de fleste av deltagerne har opprettholdt sin psykiske funksjon. Det ser vi ved at oppvarmingsøvelsen vi har utviklet og gjennomført ved hver veiledning, har gått lettere og med mindre korreksjoner underveis i prosjektet. Vi ser at korreksjoner vi har gitt er blitt integrert i kroppen, også i andre øvelser. I løpet av prosjektet har deltagerne forbedret konsentrasjon og oppmerksomhet som ofte er nedsatt hos mennesker med demens. I utgangspunktet har hver veiledning hatt en

varighet på maks 20 minutter. Etter hvert har vi med fordel kunnet utvide tiden til 30-40 minutter, da konsentrasjonen og oppmerksomheten som arbeidet krever, er blitt forbedret. Prosjektet har hatt en positiv effekt på gangfunksjon, balanse, kroppsholdning og finmotorikk. Vi kan ikke se en negativ endring i deltagerne fysiske form fra prosjektets start til slutt, og det fysiske aspektet ved veiledningene er sannsynligvis en årsak.

Vi har i hele prosjektperioden fokusert på å gi deltagerne en bevissthet rundt finmotorikk og de ulike kroppsdelene ved å gi øvelser som fremmer dette. Flere har hatt progresjon i sitt bevegelsespråk.

Bevegelsesveiledning er tidkrevende arbeid uten raske resultater, men over tid ser vi at det har vært konstruktivt og oppnåelig nettopp fordi vi har tatt oss god tid og tilpasset veiledningene til hver enkelt.

Delmålene i prosjektet har vi sett resultater av etter hver veiledning samt etter prosjektårets slutt. Disse målene går ut på at deltagerne skal oppleve å bli tatt på alvor i forhold til egne muligheter og begrensninger, å bli utfordret, mestre, få styrket selvfølelse og identitet, få bedre fysikk og økt velvære/livskvalitet.

«I lukkedelen pleier vi å stå med hendene mot hverandre med lukkede øyne. Jeg ber ham lukke øynene og puste rolig. Men også nå begynner han å nynne, denne gangen på en spesifikk stemmeøvelse som vi har gjort sammen noen ganger. Jeg gjentar at han skal lukke øynene og puste rolig. Han ser på meg og fortsetter stemmeøvelsen. Stemmen blir lysere og lysere og høyere og høyere. Det er flott å høre. Vanligvis snakker han lavt, men nå kommer virkelig stemmeprakten hans frem. Jeg håper han husker

tilbake til tiden da han var aktiv i kor. Uansett er det tydelig at han liker det han gjør.» (Fra en veiledning.)

Velværeskjemaer (1) utviklet av Audun Myskja har vært et viktig redskap for å måle grad av velvære hos deltagerne i løpet av prosjekterperioden. Velværeskjemaet er bygget på det som i kvalitativ forskning kalles visuelle analoge skalaer (VAS-skalaer). Skalaen brukes til å gi en omtrentlig vurdering av spørsmål relatert til symptomer, eller som i vårt tilfelle, grad av velvære. Skalaen måler fra 0 til 10, der 0 markerer for eksempel «minst mulig positive følelser» og 10 markerer «mest mulig positive følelser». Det måles positive følelser, negative følelser og våkenhetsnivå før og etter veiledning.

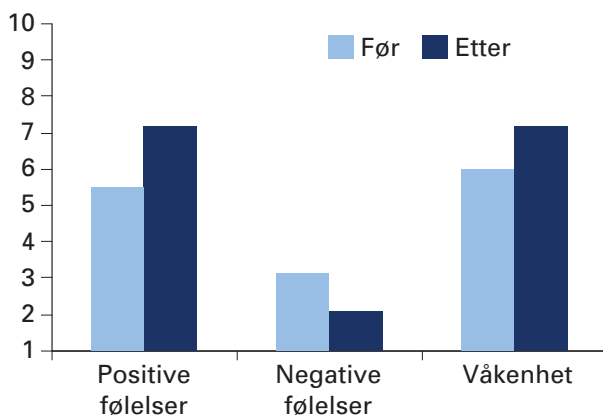
Vi har lagt sammen verdiene for hver deltager, hvert sykehjem og begge sykehjem. Figur 1 viser resultater for begge sykehjemmene sammenlagt. Samlet sett har gruppen av deltagere oppnådd økt velvære og våkenhetsnivå, og resultatene bidrar til å bekrefte bevegelsesveiledning som en konstruktiv behandlingsterapeutisk metode.

Prosjektets fagmål og utfordringen videre er å fortsette utviklingen av bevegelsesveiledning som en metode man tar på alvor og jobber videre med i det individuelle behandlingstilbudet til personer med demens i Norge. *Bevegelse fra hjertet* er blitt dokumentert gjennom en DVD ved samme navn (2). DVD-en viser konkrete eksempler fra veiledninger og forklarer bevegelsesveiledning og prosjektet på en enkel og forståelig måte. Et element i det videre arbeide er nettopp denne DVD-en.

Med *Bevegelse fra hjertet* ønsker vi å presentere en ny måte å tenke på i forhold til arbeidet med mennesker med demens.

■ siljehoegaas@gmail.com
jullan_skjonberg@hotmail.com

Sammenlagt begge sykehjem



Figur 1. I skalaen for negative følelser kan vi se en nedgang mens skalaene for positive følelser og våkenhetsnivå har hatt en markert oppgang. Det kan tolkes dithen at gruppen av deltagere har oppnådd økt velvære og våkenhetsnivå ved bevegelsesveiledning.

Prosjektet *Bevegelse fra hjertet* ble i april 2008 tildelt 400 000 kr fra Helse- og omsorgsdepartementet som et ledd i oppfølgingen av Demensplan 2015. Midlene i 2008 skal blant annet brukes til å utvikle et undervisningsprogram for ansatte, pårørende og frivillige. (Red.)

Referanser

- 1) Myskja, A (2007) Brukerveiledning til velværeskjema. I Hotvedt K Prosjekt «Minner for livet» Oslo: Stiftelsen Kirkens Bymisjon.
- 2) Skjønberg EJ, Høgaas S (2007) «Bevegelse fra hjertet» – om bevegelsesveiledning i demensomsorgen. Oslo: Stiftelsen Kirkens Bymisjon.



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Ti millioner er også penger...

Norges forskningsråd inviterte 4. mars til seminar om 10 millioner forskningskroner som skal brukes til omsorgs- og demensforskning. Dermed strømmet nærmere 100 forskere til fra omtrent hele landet.

– *Det forteller om et stort engasjement i forskningsfeltet, og det er positivt, sier programsjef i Norges forskningsråd, Signe Flottorp.*

– *I utgangspunktet var vi ikke helt sikre på om feltet var bredt nok til at årets ti millioner kunne brukes på en god måte, men interessen for seminaret tyder på at det skal bli fullt mulig, smiler hun.*

Nærmere et understatement kommer man vel ikke.

Oppgaver lenger enn kronene rekker

De 10 millioner kronene er bevilget av Helse- og omsorgsdepartementet blant annet som et resultat av Demensplan 2015 *Den gode dagen*. Forskningsrådets program for helse- og omsorgstjenester skal administrere bevilgningen. Programmet overordnede mål er å utvikle relevant ny kunnskap om helsetjenesten. Gjennom dette skal programmet bidra til bedre helse- og omsorgstjenester, og derigjennom til økt velferd. Ifølge departementet skal forskningen være praksisnær og foregå i kommunal sektor, og årets bevilgning markerer starten på en planperiode som følger Omsorgsplan 2015 med en samlet tilsagnsramme på til sammen 165 millioner kroner for årene 2007-2015.

Rådgiver Kristin Løkke la frem Helse- og omsorgsdepartementets vyer for forskningen. Hun påpekte at det er mangel på forskningsbasert kunnskap om omsorgstjenester i Norge, og ramset opp behov på en rekke felt:

- Kvantitativ forskning for å skape forutsetning for nasjonal og lokal planlegging
- Komparativ forskning som belyser omsorgssektorens betydning for verdiskapningen
- Forskning på hvordan omsorgstjenesten virker, hvem brukerne er og hva de mottar, og ikke minst kvaliteten på det de mottar av tjenester

- Forskning på økonomiske effekter av ulike organiserings- og driftsenheter: hjemmetjenester versus institusjoner, smådrift versus stordrift, små kommuner versus store
- Forskning på organisering av kommunale omsorgstjenester for å styrke samhandlingen med familieomsorg og spesialisthelsetjenester
- Forskning på bruk av boliger og institusjoner
- Forskning på fremtidens brukere av omsorgstjenester: yngre mennesker – også yngre med demens, eldre med endrede krav til tjenester og et økende antall eldre personer med demens
- Forskning på tjenestenes fag- og kompetansebehov: faglig bredde og repertoar, tilrettelegging og utforming av tjenester, effekter av ulike behandlingsformer og omsorgstiltak, aktiv omsorg.



Signe Flottorp

Som om ikke dette skulle gi oppgaver nok, pekte professor dr.med. Knut Engedal på en lang rekke behov innenfor demensfeltet. Han etterlyste mulighetene for langsiktig forskning på forebyggende tiltak, gjerne over et ti års perspektiv. Det er Signe Flottorp enig i.

– *Særlig innenfor demensforskningen er det nødvendig å tenke stort, og Knut Engedals forslag om å satse på et langsiktig intervensjonsprosjekt lyder spennende.*

Knut Engedal pekte på at det i Sverige over fem år deles ut 100 millioner statlige kroner bare til demensforskning. Signe Flottorp medgir at 10 mill. kroner til demens- og omsorgsforskning er et lite beløp.

– *Men det er nå det vi har, og utfordringen er å bruke pengene på en vettug måte, sier hun.*

– *Hvis forskningsmiljøene lager gode prosjekter, er det et godt argument for en eventuell økning senere.*

Nedre grense for hvert prosjekt er 800 000 kroner i årlig tildeling. Programperioden varer ut 2010, og tidligste tillatte start for prosjekter er 1. oktober i år. Søknadsfristen var 16. april, og beslutningen fattes i løpet av juni.



Arne Fetveit, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo



Når nettene blir lange

Søvnforstyrrelser hos eldre

I løpet av de siste par tiår har søvnforskning avdekket flere ulike typer søvnlidelser (1). Noen av disse lidelsene har fått navn og spesifikke behandlingsmetoder. Likevel må man kunne si at vår kunnskap om søvn og søvnlidelser er mangelfull og noen ganger helt fraværende (1). Et av hovedspørsmålene, nemlig hvorfor vi sover, står ennå ganske ubesvart. Det både leg og lærd kan enes om er at hvis vi ikke får søvn nok, blir vi trøtte og fungerer dårligere enn om søvnen har vært god og dyp.

Søvnproblemer ser nesten alltid ut til å øke med alderen i en eller annen grad. Hos eldre med demens er søvnproblemer svært vanlig. De problemene som oftest opptrer er sen innsovning, hyppige nattlige oppvåkninger, tidlig morgenoppvåkning og nedsatt dagtidfunksjon.

Om søvn

Selv om søvn ved første øyekast virker som en rolig og avslappet tilstand, er det høy aktivitet i en rekke fysiologiske prosesser. Hver natt går vi gjennom fem stadier av søvn (2), hvorav fire stadier er såkalt «non-rem-søvn» (NREM), der stadium 1 er lett søvn og stadium 4 er dyp søvn. Det siste stadium er «rem-søvn» (REM); den søvntilstanden som er fylt av drømmer, og som kjennetegnes ved at øynene beveger seg med korte raske rykk under øyelokkene (rapid eye movements = REM). Skiftingen mellom de ulike søvnstadiene går i sykluser gjennom natten (2).

Det er de dype stadier i NREM-søvn (stadium 3-4) som er de viktigste i søvnrytmen (3). Uten slik søvn blir vi slitne og uopplagte, mens fravær av REM-søvn

ikke ser ut til å plage oss noe særlig (4). Hos yngre utgjør den dype NREM-søvnen ca en fjerdedel av nattesøvnen. En ufravikelig regel synes å være at slik søvn minsker med årene, og hos noen eldre kan dyp søvn mangle fullstendig (5). Eldre mennesker fyller sin natt med langt større del av den lette NREM-søvnen (stadium 1-2), som ikke ligger langt under overflaten for det som er våkenhet.

Ikke bare søvndybden og sammensetningen av søvnstadiene endres med årene. Det gjør også døgnrytmen, som er vår innebygde klokke som gir søvntrang om kvelden og våkenhet om morgenen (6). Mange eldre opplever at klokken tikker fortere med alderen og at både oppvåkning om morgenen og søvntrang om kvelden kommer tidligere enn før (6). Hos noen eldre skjer det mer alvorlige forstyrrelser i klokken funksjon – den begynner å fuske (7). Hva som er morgen og hva som er kveld synes ikke å være like klart. Dette kan skyldes at samspillet mellom klokken og de ytre faktorer som påvirker den forstyrres, i tillegg til at selve urverket virker dårligere med alderen (8).

Hvor lenge det er siden man sov sist, det vil si det oppbygde søvnbehovet, er også viktig for søvnreguleringen. Det oppbygde søvnbehovet om kvelden minskes ofte i eldre år fordi mange eldre sover om dagen, kanskje fordi de da føler trang til ekstra søvn, ettersom mangelen på dyp nattesøvn gjør dem uopplagte (9). Søvn på dagtid og oppvåkninger om natten kan bli en ond sirkel (10).

Søvnforstyrrelser

I hele gruppen av eldre 60 til 80 år, forteller 90 prosent at de plages med søvnnvanser fra tid til annen (11). Spørreundersøkelser blant eldre uten demens viser at søvnplager er assosiert med følelse av nedsatt livskvalitet, affektive forstyrrelser og begrensninger i daglige gjøremål (12, 13).

En vanlig oppfatning er at søvnbehovet går ned hos eldre mennesker. Det kan imidlertid virke som om eldre har det samme søvnbehovet som i yngre år, men at de fordeler søvnen ut over flere av døgnet timer (14). Demens forverrer søvnplagene ytterligere (5). Hos noen sykehjemsbeboere med demens synes søvnen å være delt opp i småstykker og vilkårlig plassert rundt om i døgnet 24 timer (15). En amerikansk undersøkelse blant sykehjemsbeboere med demens viste at de hverken sov eller var våkne i en hel sammenhengende time, døgnet gjennom (16).

Søvnproblemer kan skyldes en rekke forskjellige årsaker. Finnes en sannsynlig utløsende årsak til søvnproblemene (sekundær insomni), rettes behandlingen i hovedsak mot denne. Finnes ingen åpenbar utløsende årsak, eller denne årsaken har forsvunnet og søvnplagen består, kalles tilstanden en primær insomni.

Langvarige søvnproblemer hos eldre er ofte forårsaket av eller relatert til medisinske lidelser. Det kan dreie seg om smertetilstander, som artritt eller maliginitet, nevrologiske tilstander som slag eller demens, eller lidelser som stoffskiftelidelse, hjerte-/lungesykdom, nocturi¹⁾, refluksykdom og alkohol- eller medikamentmisbruk. Søvnforstyrrelser er også relatert til flere psykiatriske diagnoser, særlig stemningslidelser. Vi regner med at rundt halvparten av pasienter med kronisk insomni tilfredsstiller de diagnostiske kriteriene for en psykisk lidelse, og depresjon er den klart hyppigste enkeltårsak til kronisk insomni. Studier har vist at insomni ikke bare er et symptom på depresjon, men at langvarig insomni i seg selv tredobler risikoen for å utvikle depresjon (17).

De samme medisinske tilstander som kan gi søvnforstyrrelser er ofte årsaken til langvarig medikamentbruk, som i seg selv kan bidra til søvnforstyrrelser (18). Blant de medikamenter som særlig relateres til slike forstyrrelser er betablokkere, bronkodilatatorer, kalsiumblokkere, diuretika, kortison og thyroxin.

Behandling

All behandling av søvnforstyrrelser kan deles i to hovedgrupper: ikkemedikamentell og medikamentell behandling. På grunn av de begrensningene som følger medikamentell behandling av søvnforstyrrelser hos eldre, som tilvenning, dagtidstrøtthet, fall og nedsatt kognitiv funksjon, er det de siste årene forsket mye på ikkemedikamentelle behandlingsmetoder.

Før eventuelle behandlingstiltak er det en forutsetning at behandleren kjenner pasientens søvn. Til slik søvnutredning benyttes ofte søvndagbøker, hvor tidspunkter for sengetid, innsovningslatens²⁾, antall oppvåkninger i løpet av natten noteres, eventuelt supplert med søvnregistrering med polysomnografi³⁾.

Ikkemedikamentell behandling

Blant de ikkemedikamentelle behandlingsmetodene står stimuluskontrollbehandling og søvnrestriksjon sentralt. Stimuluskontrollbehandling går ut på å korrigere uheldig søvnadfærd og å styrke assosiasjonen mellom søvn og seng. Det understrekes at sengen skal brukes til å sove i. Får man ikke sove i løpet av kort tid (for eksempel innen 30 minutter), skal man stå opp, gå ut av soverommet og ikke returnere til sengen før man igjen er søvnnig. Tidspunktet for å stå opp om morgenen er bestemt på forhånd og skal ikke justeres etter hvor mye søvn pasienten reelt får hver natt. Denne behandlingsformen krever en motivert pasient som klarer å følge instruksjonene. Behandlingen er krevende, og ofte ses en forverring av søvnplagene de første en til to ukene, før bedring inntreffer. Det er viktig å forberede pasienten på dette.

Søvnrestriksjon går ut på å redusere tiden i sengen og kombineres ofte med stimuluskontrollbehandling. Mange pasienter med dårlig søvn kompenserer med å tilbringe lang tid i sengen i håp om å få sove, og iallfall få noe hvile. Det er ikke uvanlig at pasienter med rundt fem timers nattesøvn ligger i sengen i ni-ti timer. Dette anses som en viktig faktor i opprettholdelse av søvnnvanskene. Søvnrestriksjon tar sikte på å redusere sengetiden til den tiden pasienten reelt sover. Man benytter søvndagbok til å regne ut hvor lang tid pasienten sover. Det anbefales at tid i sengen uansett ikke reduseres til under fem timer. Hvis den utregnede søvnlengden per natt er på fem timer, begrenses pasientens tid i sengen til fem timer, for eksempel fra kl. 01 til kl. 06. Tiden pasienten får oppholde seg i sengen justeres fra konsultasjon til konsultasjon basert på endringer i søvneffektiviteten

¹⁾ Vannlatningsbehov om natten.

²⁾ Tiden som medgår fra man legger seg til man sovner.

³⁾ Metode for omfattende søvnregistrering hvor man samtidig registrerer hjernens elektriske aktivitet, muskelaktivitet og spontane øyebevegelser.

(total søvntid dividert på tid i sengen, oppgitt i prosent). Hvis søvneffektiviteten stiger, øker man gradvis tiden i sengen med for eksempel med 15-30 minutter per uke. Søvnrestriksjon er sannsynligvis et enklere tiltak å gjennomføre enn stimuluskontrollbehandling.

Døgnrytmen reguleres av ulike faktorer, men lys har den største innvirkningen. Lyset virker via øynene på det senteret i hjernen der døgnrytmeklokken sitter (5). Tidspunktet for lyseksponering avgjør i hvilken retning døgnrytmen påvirkes. Lyseksponering gitt før det laveste punktet på døgnrytmekurven (nadir) vil forsinke døgnrytmen, mens lys gitt etter nadir vil fremskynde døgnrytmen. Vanligvis ligger nadir en til to timer før man våkner opp om morgenen. Lyseksponering om kvelden vil skyve døgnrytmen i motsatt retning av hva lysbehandling om morgenen vil gjøre. Det er derfor viktig å vite hva slags lidelse/plager som skal behandles. Lys gitt før sengetid forskyver døgnrytmen til et senere tidspunkt, med det resultat at man sover lenger om morgenen. Effekten på døgnrytmen er størst jo nærmere sengetid lysbehandlingen gis. Lys gitt like etter oppvåkning skyver døgnrytmen andre veien, og vil kunne gjøre at man våkner tidligere neste dag.

Lysbehandling har vist lovende resultater på søvnforstyrrelser hos eldre med og uten demens (19). Hos eldre med demens som har søvnforstyrrelser, er det vanligvis ikke nødvendig å endre den eksisterende døgnrytmen. Behandlingen går ut på å styrke døgnrytmen. Dette gjøres ved å øke eksterne stimuli på dagtid, slike som sosial kontakt, fysisk aktivitet og særlig lys. Undersøkelser viser at lysbehandlingen reduserer uro om kvelden (sundowning) og gir økt aktivitet på dagtid (19). Kunstig lysbehandling i ca 30 minutter daglig med hvitt lys i området 2 000-10 000 lux kan påvirke døgnrytmen. Til sammenligning vil det i en vanlig opplyst dagligstue sjelden være lysintensitet over 500-600 lux.

Søvnhygiene er leveregler for god søvn og hører til basistiltakene for ikke-medikamentell behandling. Kort sagt går disse rådene ut på å sørge for oppbygging av søvnbehovet, å respektere døgnrytmen og å unngå høy aktivisering om kvelden og natten. I behandlingsøyemed har det vist seg lite effektivt å ukritisk gi råd om søvnhygiene, og deretter overlate resten til pasienten. Man må plukke ut de rådene som er aktuelle for hver enkelt pasient.

Medikamentell behandling

Ofte behandles alvorlige søvnvansker i alle aldersgrupper med medisiner (20). Hos eldre med kroniske søvnplager ser medisiner imidlertid ikke alltid ut til å forbedre søvnen (21), og i tillegg går ofte slike medisiner ut over pasientens våkenhet neste dag (22).

Det er viktig å skille mellom akutte søvnproblemer og problemer som har vart i flere måneder/år.

Medikamenter for innsovning er effektive og har få bivirkninger når de gis i en kortere periode, som en til to uker. Kanskje vil kortvarig medikamentell behandling være nok til å snu en vond trend, men vil kun være en symptomatisk behandling.

Det fins to hovedgrupper av sovemedisiner: benzodiazepiner og benzodiazepinlignende preparater. Ved søvnvansker anbefales benzodiazepinlignende preparater (zopiklone, zolpidem), fordi disse medikamentene har færre ulemper enn benzodiazepiner, ikke minst hos eldre (19). Dette skyldes blant annet at virketiden er kortere og at man dermed slipper «hangover». Det ser også ut til at de benzodiazepinlignende preparatene gir mindre avhengighet og misbruk. Indikasjonen for sovemidler er akutte, forbigående søvnvansker.

Når det gjelder andre preparater som foreskrives ved søvnvansker (antidepressiva, antihistaminer og nevroleptika), er dokumentasjonen på søvneffekter mye dårligere. I tillegg gir disse medikamentene ofte «hangover». Disse medikamentene bør ikke brukes ved behandling av søvnvansker hvis ikke det foreligger en sekundær insomni, for eksempel depresjon.

Ved valg av sovemedisin er det viktig å se på hvilket problem pasienten har. Hvis problemet er tidlig oppvåkning om morgenen, er det viktig å velge et preparat som har tilstrekkelig lang virketid. Sovemidler med kort virketid er dårlig egnet i slike situasjoner.

Ved all medikamentell søvnbehandling bør man som hovedregel benytte lavest mulig effektive dose i kortest mulig tid. Økt følsomhet for sovemidler hos eldre gjør at sovemidler blir anbefalt i lavere dosering enn hos yngre. Ved langvarig bruk av sovemedisiner bør man forsøke å redusere eller gradvis seponere preparatet. Undersøkelser både fra sykehjem og i allmennpraksis viser at dette er langt mer problemfritt enn mange tror (23).

Periodiske benbevegelser (PLMS) er en spesiell grunn til søvnforstyrrelser og kjennetegnes av gjentatte, stereotype benbevegelser under søvn. Disse bevegelsene kan gi hyppige oppvåkninger. Slike bevegelser øker med alder og er estimert å forekomme hos ca 45 prosent av eldre (24). PLMS er også assosiert med restless legs, kjennetegnet ved prikkende og ubehagelig følelse i bena, spesielt i hvile. Mistanke om PLMS utredes med søvnregistrering og behandlingen er medikamentell, enten med dopaminerge preparater eller klonazepam.

Episoder med komplett eller delvis pustestopp (apné) øker med alder og har en prevalens på 45-62 prosent blant eldre over 60 år; oftere hos menn og personer med høyt blodtrykk (24). To av hovedsymptomene på denne lidelsen er snorking og dagtidstrøtt. Søvnrelaterte pustevansker er i selv en risikofaktor for hjerte-, kar- og lungelidelser og er relatert til økt mortalitet (24). Mistanke om slik lidelse utredes med

søvnregistrering og behandles vanligvis med positivt luftveistrykk med pustemaske, eventuelt med kirurgi.

Mye forventning har knyttet seg til melatoninns rolle i behandlingen av søvnforstyrrelser hos eldre. Forskning har imidlertid ennå ikke avdekket noen sikker virkning av dette preparatet hos eldre (25).

Konklusjon

Øket oppmerksomhet hos behandlere er nødvendig for å identifisere og behandle søvnforstyrrelser hos eldre. Selv om søvnforstyrrelser har økende prevalens med alder, er ikke alle søvnforstyrrelser i denne gruppen en naturlig konsekvens av alderdom. Nedsatt evne til å sovne og til å sove sammenhengende påvirkes av en rekke faktorer, både somatiske og psykiske.

Før individuell behandling av søvnforstyrrelser, må det være tatt hensyn til elementære miljømessige forhold, slik som trygge og rolige omgivelser. Videre bør enkle råd om søvnhygiene følges. For å kunne behandle søvnforstyrrelser kreves det god kjennskap til pasientens sykehistorie og medisinbruk, og pasientens søvnmonster bør registreres med søvndagbok. Aktuelle ikkemedikamentelle tiltak kan være effektive og inkluderer først og fremst søvnrestriksjon, stimuluskontroll og økt lyseksposering.

■ arne.fetveit@medisin.uio.no

Referanser

- Richert AC, Baran AS. A review of common sleep disorders. *CNS Spectrums* 2003; 8: 102-109.
- Hashizume Y, Kuwahara H et al. Examination of accuracy of sleep stages by means of an automatic sleep analysis system «Sleep Ukiha». *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2001; 55: 199-200.
- Benington JH, Heller HC. Does the function of REM sleep concern non-REM sleep or waking? *Progress in Neurobiology* 1994; 44: 433-449.
- Prathiba J, Kumar KB et al. Effects of REM sleep deprivation on cholinergic receptor sensitivity and passive avoidance behavior in clomipramine model of depression. *Brain Research* 2000; 867: 243-245.
- Bliwise DL. Sleep in normal aging and dementia. *Sleep* 1993; 16: 40-81.
- Yoon IY, Kripke DF et al. Age-related changes of circadian rhythms and sleep-wake cycles. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003; 51: 1085-1091.
- van Someren EJ, Hagebeuk EE et al. Circadian rest-activity rhythm disturbances in Alzheimer's disease. *Biological Psychiatry* 1996; 40: 259-270.
- Weinert D. Age-dependent changes of the circadian system. *Chronobiology International* 2000; 17: 261-283.
- Regestein QR, Morris J. Daily sleep patterns observed among institutionalized elderly residents. *Journal of the American Geriatrics Society* 1987; 35: 767-772.
- Morin CM, Mimeault V et al. Nonpharmacological treatment of late-life insomnia. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 46: 103-116.
- Reynolds CF, 3rd, Kupfer DJ et al. Sleeping pills for the elderly: are they ever justified? *Journal of Clinical Psychiatry* 1985; 46(2 Pt 2): 9-12.
- Jensen E, Dehlin O et al. Insomnia in an 80-year-old population: relationship to medical, psychological and social factors. *Journal of Sleep Research* 1998; 7: 183-189.
- Newman AB, Enright PL et al. Sleep disturbance, psychosocial correlates, and cardiovascular disease in 5201 older adults: the Cardiovascular Health Study. *Journal of the American Geriatrics Society* 1997; 45: 1-7.
- Tune GS. The influence of age and temperament on the adult human sleep-wakefulness pattern. *British Journal of Psychology* 1969; 60: 431-441.
- Ancoli-Israel S, Parker L et al. Sleep fragmentation in patients from a nursing home. *Journal of Gerontology* 1989; 44: M18-21.
- Jacobs D, Ancoli-Israel S et al. Twenty-four-hour sleep-wake patterns in a nursing home population. *Psychology and Aging* 1989; 4: 352-356.
- Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA* 1989; 262: 1479-1484.
- Ancoli-Israel S. Insomnia in the elderly: a review for the primary care practitioner. *Sleep* 2000; 23: S23-30; discussion S36-38.
- Vitiello MV, Borson S. Sleep disturbances in patients with Alzheimer's disease: epidemiology, pathophysiology and treatment. *CNS Drugs* 2001; 15: 777-796.
- Rokstad K, Straand J et al. General practitioners' drug prescribing practice and diagnoses for prescribing: the More & Romsdal Prescription Study. *Journal of Clinical Epidemiology* 1997; 50: 485-494.
- Ancoli-Israel S, Roth T. Characteristics of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. I. *Sleep* 1999; 22 Suppl 2: S347-353.
- Okawa M, Mishima K et al. Circadian rhythm disorders in sleep-waking and body temperature in elderly patients with dementia and their treatment. *Sleep* 1991; 14: 478-485.
- Curran HV, Collins R et al. Older adults and withdrawal from benzodiazepine hypnotics in general practice: effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life. *Psychological Medicine* 2003; 33: 1223-1237.
- Ayalon L, Liu L et al. Diagnosing and treating sleep disorders in the older adult. *Medical Clinics of North America* 2004; 88(3): 737-50, ix-x.
- Singer C, Tractenberg RE et al. A multicenter, placebo-controlled trial of melatonin for sleep disturbance in Alzheimer's disease. *Sleep* 2003; 26: 893-901.



Aud Elisabeth Witsø, vernepleier, Ressurssenter for demens, Trondheim kommune

Veiledningsgrupper

– rom for refleksjon i hjemmetjenesten

I forbindelse med et samarbeidsprosjekt mellom Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens og Trondheim kommune, «Over terskelen», deltok ansatte i to demensarbeidslag og dagtilbud i hjemmet, i veiledningsgrupper. Gruppene ble satt sammen på tvers av enhetene. Til sammen deltok 16 personer fordelt på to veiledningsgrupper over en periode på halvannet år (1).

Hovedhensikten med veiledning er å utvikle eller videreutvikle kompetanse og erkjennelse. En kan definere veiledning som en faglig og personlig læringsprosess der en sammen med en veileder utforsker egen praksis. Dette gjøres ved å bringe inn situasjoner fra praksis i veiledningen. Prosessen krever tid (2). Veiledning i gruppe kan ha mange fordeler. I gruppen kan en få belyst utfordringene fra flere sider og få flere synspunkter på dem, ved at gruppedeltagerne både utfordrer hverandre og gir hverandre støtte. Når utfordringene gjøres allmenne kan de bli lettere både å bære og forstå (2). Sist, men ikke minst er det mindre økonomisk og tidsbelastende å ha veiledning i grupper enn individuelt.

Vårt utgangspunkt og de praktiske rammene

Få av de ansatte i demensarbeidslagene hadde erfaring med å delta i veiledning, men de uttrykte behov for å ha sted og rom til å samle seg og sette ord på demensarbeidet. Gruppene bestod av hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, ufaglærte og sykepleiere. Veilederne ble rekruttert fra Ressurssenter for demens i Trondheim kommune.

Praktiske rammer

Gruppene møttes en gang i måneden med tidsramme på to timer. I og med at gruppene ble satt sammen på tvers, så vi det hensiktsmessig å veksle mellom å avholde møtene på henholdsvis det ene og det andre arbeidslagets kontorer. Dette for å fordele «byrden» med transport. Men også for å få anledning til å bli litt mer kjent med hverandres arbeidsplass.

Mål for veiledningen

De ansatte skal ha ervervet god kompetanse om demens og brukers livshistorie. Mer konkret skulle veiledningsgruppene bidra til å

- utvikle faglig bevisste og etisk reflekterte medarbeidere
- lære medarbeiderne å delta i veiledning
- styrke ferdigheter i kommunikasjon
- øke kompetansen om demens
- utvikle et godt samarbeidsklima.

Å lære å delta i veiledning

Selv om ønsket om å delta var til stede, viste det seg raskt et behov for å lære hva det vil si å være i veiledning. Deltagerne kom til møtene med opplevelser av stress og utilstrekkelighet, og behovet for å uttrykke og ventilere dette kunne ta for stor plass på møtet. I starten var det vanskelig å konkretisere og avgrense problemstillinger og komme i gang med refleksjon. Det ble nødvendig å gjøre noen grep for å tydeliggjøre og avgrense veiledningsmøtet fra andre typer både formelle og uformelle møter. Disse grepene kunne i seg selv ses på som en del av prosessen i gruppen og besto i å

- avklare forventninger hos gruppedeltagerne og hos veilederen
- lage en veiledningskontrakt mellom gruppens deltagere og veileder
- lage kjøreregler for gruppen
- ha innsjekk og utsjekk på hvert møte
- anvende metoden *Problemrettet veiledning i gruppe* (3)

Innsjekk og utsjekk

Innsjekk innebærer at alle deltagerne i gruppen får et lite rom (ett til fem minutter) til å «sjekke inn» – dele med de andre og fortrinnsvis beskrive hvor de befinner seg akkurat nå. Det ga deltagerne våre anledning til å ventilere opplevelser fra den arbeids-hverdagen de nettopp kom fra, men innenfor en avgrenset ramme. Det ga også veileder viktig informasjon som kunne bidra til valg av dagsorden i gruppen. Dette er en strukturell føring hvor den enkelte blir ansvarliggjort fordi det blir vanskeligere å stikke seg bort eller å ta for mye plass. Den enkelte blir utfordret til å beskrive hva som opptar en i situasjonen – dermed kan en bli mer bevisst på hva en føler, tenker og hvilke behov en har. I og med at rommet er begrenset, kan det å sjekke inn være en øvelse i å sortere hva en skal si og på hvilken måte. Dette kan bidra til hensiktsmessig selvavgrensning (4).

For å avrunde veiledningsmøtet og gi det en ramme for det som hadde vært og veien videre, tok vi i bruk utsjekk (4). Her ble deltagerne på omgang gitt anledning til å gi uttrykk for hvordan de opplevde veiledningsmøtet. Veilederne avsluttet som regel utsjekken med å oppsummere og sammenfatte synspunkter, trekke frem fellestrekk og peke på temaer som det kunne være aktuelt å jobbe videre med på neste veiledningsmøte.

Problemstillinger

Ofte var deltagerne svært preget av den hektiske og kaotiske hverdagen de befant seg i når de kom til veiledningsmøtet. Noen eksempler fra innsjekkene i første halvår:

«Jeg har vært innom 15 brukere frem til kl. 12.00, hvorav åtte har demens. Ei av dem lå naken i senga når jeg kom, hu trenger at en setter seg ned, og jeg måtte forklare at jeg ikke kunne det – hu så bare på meg med et sånt blikk...det er så fælt.»

Hjertesukkene kunne handle om problemer med å komme fra (hun som sa dette kom et kvarter for sent til møtet):

«Det er ikke bare bare å komme seg av gårde fra brukere, skal jeg si deg – det er ofte at det er vanskelig å komme fra.»

Det opplevdes også vanskelig å forlate bruker uten å ha utført jobben og med usikkerhet knyttet til hva som skjer:

«Jeg lurte på om han som jeg var innom i morges har stått opp nå – han ville ikke det da jeg var der.»

Mange var også opptatt av problemstillinger knyttet til rapportskriving og informasjonsutveksling:

«Har ikke tid til å skrive ordentlig rapport – skriver ok – og hva betyr egentlig det?»

Deltagerne var opptatt av at travelheten i hjemmetjenesten går ut over brukerne, og følgende eksempel kan belyse dette:

«Jeg skal til en bruker seinere på dagen. På veien til en annen bruker ser jeg at hun er ute og går. Jeg har ikke tid til å stoppe og snakke med henne, eller kjøre henne hjem, fordi jeg har andre på lista som venter. Når jeg kommer tilbake seinere, er hun ikke hjemme. Jeg prøver seinere igjen, men heller ikke da er hun hjemme. Jeg kan ikke bruke tid på å gi henne den hjelpen hun egentlig trenger (følge henne hjem) på grunn av andre oppgaver. Det er vondt.»

Det ble også gitt eksempler på brukere som på grunn av manglende innsikt i egen situasjon avsto tilbud om hjelp til dusj eller måltider. På grunn av travelhet, noen ganger i kombinasjon med manglende kunnskap om samhandling, ble enkelte brukere snytt for den hjelpen de hadde vedtak på.

Deltagerne fra hjemmetjenesten var til å begynne med mest opptatt av at de hadde for liten tid, men etter hvert ble de mer opptatt av problemstillinger knyttet til samhandlingens innhold og kvalitet.

Vi som var veiledere sa tydelig fra om at deltakerne skulle ta med seg problemstillinger til veiledning, som et ledd i å skape en struktur og for å skille veiledning fra andre møter. I starten viste det seg at få var seg bevisst hva en problemstilling kunne være og hvordan den kunne formuleres, men gjennom innsjekkene kom det gjerne opp relevante temaer som inneholdt mange problemstillinger. Vi satte lys på dette, og etter hvert ble deltagerne mer bevisste på hvordan en problemstilling kan formuleres og avgrenses.

Metodevalg

I vårt prosjekt valgte vi å følge metoden Problemrettet veiledning i gruppe (3). Vi hadde en antagelse om at særlig metodens fase 4 kunne bidra positivt til å lære å være i veiledning. Her gjengis modellens faser i korthet.

Fase 1: Presentasjon

Hver deltaker presenterer kortfattet et konkret problem fra egen arbeidssituasjon som en kan tenke seg å få snakket om.

Fase 2: Problemvalg

Hver deltaker forteller etter tur hvilket problem, presentert i fase 1, de ønsker å gå nærmere inn på. Gruppen bestemmer hvilket problem som skal tas opp. Veileder må om nødvendig minne om taushetsplikten.

Fase 3: Redegjørelse for problemet

Probleminnehaveren redegjør nærmere for problemet. Det er ikke anledning for de andre til å spørre i denne fasen.

Fase 4: Avklaring av problemet og situasjonen

Gjennom spørsmål og svar skal deltakerne nå prøve å sette seg inn i og forstå hva problemet går ut på.

Etter tur stiller hver enkelt spørsmål, og «innehaveren» svarer etter hvert. Eksempler på spørsmål: Hvordan har denne situasjonen oppstått? Hvilke personer er involvert? For hvem er dette et problem? Hva består problemet i?

Fasen avsluttes med at hver enkelt – også probleminnehaver – formulerer hvordan hun/han nå oppfatter problemet. Formuleringen redegjøres for etter tur. Probleminnehaver gis anledning til å kommentere til slutt.

Fase 5: Egne løsningsforslag

Probleminnehaveren gis anledning til å redegjøre (uten innblanding) for hva hun/han selv kan tenke seg å gjøre med problemet.

Gruppelederen kan notere innehaverens egne løsningsforslag på tavlen eller på et stort ark, eller gjengi dem muntlig. «Innehaveren» skal godkjenne det som skrives eller gjengis.

Fase 6: Råd

Etter tur får hver enkelt i gruppen anledning til å komme med råd. En skal ikke kommentere eller diskutere andres råd. Probleminnehaveren skal heller ikke ta stilling til rådene som blir gitt underveis.

Gruppelederen kan notere rådene på tavlen/arket etter hvert, under punktene fra fase 5. Den som gir rådet skal selv formulere det som skrives ned.

Fase 7: Evaluering av råd

«Probleminnehaveren» forteller hvilke råd som er uaktuelle og hvilke som er gode råd. Ingen innblanding fra de andre deltakerne!

Hva kan vi gjøre?

Temaene og problemstillingene har vist seg å være innenfor følgende områder:

- Samarbeid/kommunikasjon og samordning mellom etater, arenaer og pårørende
- Å bygge tillit, skaffe seg kjennskap til og innpass hos enkeltbrukere – samhandling
- Samarbeid, verdsetting, ansvarliggjøring og arbeidsklima på den enkelte arbeidsplass
- Grenser for involvering – øvre og nedre.

Hovedtrekkene i et av veiledningsmøtene

Etter innsjekk og i runden for presentasjon av dagens problemstillinger er det en av deltagerne som tar opp følgende:

«Det er en dame som ikke vil ha hjelp til å dusje, hun bor alene... hun er ganske tynn... det lukter urin i hele leiligheten... så klager pårørende på at mor ikke får dusjet og skiftet kjoler... De bor i en annen kommune... Damen har også hund... jeg kunne tenkt meg å få drøftet denne situasjonen.»

Gjennom mange runder med avgrensning og kartleggende spørsmål og svar (fase 4) ble følgende tema belyst i veiledningsmøtet (her sammenfattet):

– Normer for hva som er å regne for «god nok hygiene.» Hva er hjelperens oppfatninger – hvor går hennes toleransegrense – hvordan påvirker dette brukerens situasjon?

- Hva er brukerens smak og behag, hva er pårørendes og hva er hjelperens smak og behag – hvilke forskjeller finnes?
- Betydningen av gjenkjenningsspektet for å bevare identitet ved demens: Er det greit å bare ville gå i den samme kjolen? Bør damen ha nye klær? Hva kan en kjole bety for en gammel dame med demens? Muligheter for klesvask?
- Dyrehold og kjæledyr hos enslige personer med demens: Hva kan en hund tilføre et menneskes liv av tillit og vennskap, men også ansvar? Hvor går grensen for når det blir uforvarselig å ha hund, hva skal til for at en kan beholde hunden så lenge som mulig?
- Damens egen oppfatning av hvordan hun har det, kontra hjelpers oppfatning. Hvem sin oppfatning skal styre og i hvilken retning?
- Samarbeid mellom forvaltningskontor, hjemmetjenesten, dagtilbud i hjemmet og pårørende – hva, hvem og hvordan frem til nå?

En del av de råd og forslag til tiltak som ble gitt til probleminnehaveren:

- Ta initiativ til et møte mellom forvaltningskontor, sone, dagtilbud i hjemmet og pårørende. Skriv ned og ta opp alt det du har vært opptatt av her i dag – også eventuell utredning av demens.
- Kartlegg damens livshistorie og prøv kunnskapen i samhandling med henne allerede i døren når du kommer.
- Fokuser realistisk på det som gjør det mulig for damen å bo hjemme – let etter løsninger ut fra det.
- Sørg for at damen får fattet vedtak på bistand til ivaretakelse av personlig hygiene, påklledning samt klesvask og gulvvask hver dag.
- Vær til stede og observer under middagsmåltidet – undersøk hvilken hjelp hun trenger. Sørg eventuelt for at hun får vedtak på at maten skal varmes opp og at noen er sammen med henne når hun spiser.
- Utnytt at føttene hennes fungerer. Fysisk stimulering er også psykisk og sosial stimulering – gå tur! Prøv ut erindring.
- Sørg for at det blir tatt urinprøve med jevnlig mellomrom med tanke på mulig urinveisinfeksjon – vurder utredning for inkontinens
- Snakk med pårørende om eventuelt innkjøp av ny kjole som ligner den hun har – eventuelt prøv ut om hun vil bruke noe nytt.

Samtlige råd ble vurdert som aktuelle av problemstiler i denne sammenheng. Erfaringene med veiledningsmøtet ble oppsummert i utsjekken:

- «Når vi spør, skreller vi av skallet og kommer til det som er av betydning.»
- «Dette var veldig nyttig, vi får sett andre veier å gå.»
- «Vi får belyst en sak så godt – jeg ble så hjulpet forrige gang.»

Som i eksemplet over, ble det noen ganger aktuelt å jobbe videre med delproblemstillinger i det som i utgangspunktet var et stort tema. Probleminnehaver fortalte ved neste veiledning at hun hadde initiert overfor aktuell saksbehandler på forvaltningskontoret å kalle inn til et samarbeidsmøte. Dette bidro fremover til bedre samarbeid med pårørende og bedre samhandling med bruker. Pårørende var svært fornøyd med å bli innkalt til et slikt møte og med å bli forespurt om å hjelpe til med å kartlegge livshistorien til moren. De ville også ta ansvaret for å handle inn nye kjoler og undertøy til mor. Det ble avklart hvem som skulle være hjemmetjenestens primærkontakt for henne, og primærkontaktens oppgaver ble avklart overfor alle parter som var til stede på møtet. Hun skulle blant annet sørge for at bare hun og et par andre skulle bistå brukeren med hjelp til personlig hygiene i en startfase. Mål og hensikt med demensutredning ble diskutert med pårørende, og sammen kom de frem til at dette var ønskelig. Saksbehandler på forvaltningskontoret påtok seg oppgaven med videre oppfølging overfor primærlege og med å samarbeide med primærkontakt om hjemmebesøk og demensutredning. På møtet ble det avklart på hvilke områder det var ønskelig å fatte nye vedtak om bistand, og tiden til oppfølging under måltid ble justert. Det ble vurdert dagtilbud i hjemmet og gjort avtaler om samarbeid mellom hjemmetjenesten og hjelperen fra Dagtilbud i hjemmet. Pårørende ønsket å se an morens hundehold enda en stund, og det ble avtalt at hjemmetjenesten og ambulerende dagtilbud skulle holde et ekstra øye med dette og kontakte pårørende minimum hver fjortende dag. Ved senere veiledningsmøter fikk vi vite at det fungerte godt å ha erindringsamtaler med brukeren over bestemte temaer, og at det gikk mye bedre for hjemmetjenesten å følge opp personlig hygiene, vask av klær og måltider når de benyttet kunnskap fra livshistorien i samhandlingen. Pårørende var svært fornøyd med å bli jevnlig kontaktet uten at det nødvendigvis var krise i morens hjem.

Erfaringer med å være i veiledning

Uttalelser fra deltagerne i utsjekken ovenfor sier noe om opplevelsen av å delta i veiledning. I tillegg ser vi som veiledere at veiledningen har skapt økt forståelse for hverandres arenaer, samtidig som det har gitt anledning til tydeliggjøring av ansvarsområder over-

for hverandre. Veiledningen ser ut til å ha identifisert felles problemfaktorer fremfor å gi anledning til å skyldte på hverandre. Følgende utsagn sier noe om hvordan deltakerne opplevde å være i veiledning:

«Jeg lærer mye, nå begynner jeg å skjønne hva vi skal gjøre. Jeg har aldri hatt veiledning før, men skulle hatt det for 20 år siden.»

Erfaringer med å være veileder

Det var en spennende periode der vi som veiledere fikk et verdifullt innblikk i utfordringene, men også gleden av å følge helt konkrete resultater av den fagutviklingen som fant sted gjennom refleksjon i veiledningen. Vi skrev veiledningsnotat for hvert møte, og med dette som utgangspunkt fikk vi tilbud om konsultasjon på egen veiledning av prosjektkoordinator. Det har vært noen utfordringer underveis knyttet til å holde kontinuiteten i gruppene på grunn av sykdom, utskiftninger av personale og tidspress. Veiledningsmøtene ble imidlertid alltid forsøkt gjennomført etter planen.

Anbefalinger

Vi har erfart at det var nødvendig med høy grad av styring fra veileders side fra starten, og at veiledning må læres. Det siste halve året ble det imidlertid rom for mer metodisk eksperimentering. Behovet for stram struktur avtok i takt med at deltagerne ble fortrolige med metoden Problemrettet veiledning. To av de ansatte fra Dagtilbud i hjemmet deltar nå i veiledningsgruppe sammen med personale i et ordinært dagtilbud for personer med demens. Fagkoordinatorerne for de to demensarbeidslagene som deltok i prosjektperioden, samt de nye fagkoordinatorerne for nye demensarbeidslag i andre sonegrupper, har i regi av ressurscenteret fått opplæring i enkel veiledningsmetodikk. De er anbefalt å ha en veilederrolle i demensarbeidslaget. Det har imidlertid vist seg at det er utfordrende å holde fokus på dette blant mye annet i praktisk hverdag. Fagkoordinatorerne har ikke gitt seg med dette, men har ytret behov for draghjelp og ønske om å knytte til seg veiledere fra Ressurssenter for demens igjen. Dette vil bli prioritert i 2008. Erfaringen er at veiledning er vel anvendt tid, og anbefalingen er at det settes av tid til veiledning blant ansatte i hjemmetjenesten.

■ aewitso@start.no

Referanser

- 1) Hauger B (2007) *Over terskelen*. Rapport. Trondheim kommune.
- 2) Teslo AL (2006) *Mangfold i faglig veiledning*. Oslo Universitetsforlaget, 2. utgave.
- 3) Handal G og Lauvås P (1995) *Kollegaveiledning*. Oslo: Cappelen.
- 4) Røkenes OH og Hansen PH (2006) *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Oslo: Fagbokforlaget, 2. utgave.



Sverre Bergh, forsker, Alderspsykiatrisk Kompetansesenter, SIHF Sanderud.

Trenger vi enda en kognitiv test?

En studie av den norske versjonen av Severe Impairment Battery

Kognitive funksjoner kan grupperes i undergrupper av kognitive evner, som språk og hukommelse, orienteringsevne i tid og rom, visuospatial evne og konstruksjon. En grundig forståelse for og evne til å skille mellom disse undergruppene av kognitive funksjoner er viktig, både for å diagnostisere forskjellige demenssykdommer og for å kunne legge til rette behandlingen for hver enkelt pasient. Etter hvert som de kognitive evnene svekkes og pasientenes symptombylle domineres mer og mer av APSD, kan det være vanskelig å teste pasientenes kognitive evne på en objektiv måte.

Det fins et utall kognitive tester oversatt til norsk som er i flittig bruk på alderspsykiatriske avdelinger, poliklinikker, sykehjem og allmennlegekontorer. De mest brukte er Mini Mental Status (MMS) (1), klokketesten (2), Trial Making Test (TMT) (3) og Kendrick Object Learning Test (Kendrick OLT) (4). Noen av disse, som MMS, måler flere undergrupper av kognitive evner. Klokketesten måler særlig visuo-konstruksjon mens Kendrick OLT måler hukommelse. Felles for alle testene er likevel at de er utviklet for pasienter med mild til moderat demens. Når disse testene legges frem for pasienter med moderat til alvorlig demens, vil alle pasientene skåre veldig lavt. Det gjør at testene er lite egnede til å skille mellom de kognitive funksjonene hos pasienter med alvorlig demens, og de er heller ikke egnede til å måle endring i kognitiv funksjon over tid hos en pasient med alvorlig demens. Denne effekten kalles ofte «gulveffekt.» Med det menes at når testene brukes på pasienter med moderat eller alvorlig demens, vil alle testresultatene bli tilnærmet like lave.

Det er derfor utviklet flere tester for bruk på pasienter med moderat til alvorlig demens. Mest kjent er kanskje Gottfries-Bråne-Steen skalaen (GBS-skalaen) som kombinerer observasjon av pasienten med et

semi-strukturert intervju (5). Andre kognitive tester er the Functional Assessment Staging (FAST) som baserer skåringene på et intervju med en omsorgsperson (6), the Global Deterioration Scale (GDS) som kombinerer en evaluering av kognisjon med ADL-funksjon (7) og Klinisk Demens Vurdering (KDV) hvor en omsorgsgiver skårer pasientenes globale demens (8). Det er få kognitive tester som evaluerer den kognitive funksjonen hos pasienter med moderat til alvorlig demens, og som benytter seg av direkte intervju og testing av pasienten.

Severe Impairment Battery – SIB

På bakgrunn av denne kjensgjerningen utviklet Judith Saxton og kollegaer i 1989 en ny kognitiv test (9). Den fikk navnet *Severe Impairment Battery* (SIB) og ble utviklet for pasienter med moderat til alvorlig demens. Den opprinnelige versjonen hadde 57 spørsmål med en maksimum skåring på 133 poeng. En revidert versjon med 40 spørsmål og en maksimum skåring på 100 poeng samt en forkortet versjon med 26 spørsmål og en maksimum skåring på 50 poeng ble senere utviklet (10). Ved validering av den opprinnelige versjonen av SIB fant man at testen skilte

godt mellom de kognitive evnene til pasienter med moderat og alvorlig demens. I tillegg viste SIB endringen i kognitive evner hos en pasient over tid. Derimot ble det slått fast at SIB skilte dårlig mellom pasienter med MMS over 12, da alle skåret tilnærmet fullt på SIB, altså en «takeffekt».

SIB består av ni underskalaer som uttrykk for undergrupper av kognitive evner. SIB er en svært strukturert test, der utsagn og spørsmål har presis ordlyd. Hvert spørsmål blir etterfulgt av et oppfølgende spørsmål, eventuelt med en fysisk gest/bevegelse dersom pasienten svarer feil på det første spørsmålet. Det oppfølgende spørsmålet kan være et multiple-choice spørsmål: Hvis for eksempel pasienten ikke kan besvare spørsmålet om hvilken måned det er, spør man videre: «Er det oktober, mars eller april?» På den måten hjelpes pasienten videre i testen, og pasientene vil i de fleste tilfeller klare å svare på mange spørsmål. Pasientene opplever dermed en følelse av mestring og synes testen er morsom å gjennomføre. Testeren bruker flere objekter som øse, kniv, fargede klosser og bilder under testen.

En norsk versjon av SIB

Da SIB er mye i bruk i utlandet, både i klinisk praksis og i forskning, ønsket vi å lage en norsk versjon av SIB. Det er etablerte regler for hvordan en validert oversettelse av utenlandske tester skal gjøres. Tre psykiatere/leger oversatte, uavhengig av hverandre, den engelske versjon av SIB til norsk. En fjerde psykiater laget så en norsk versjon av SIB ved å flette sammen disse tre norske oversettelsene. En sykepleier med bred erfaring innen psykiatri og som snakker engelsk og norsk flytende, oversatte den norske versjonen av SIB tilbake til engelsk, uten å ha den originale engelske versjonen for hånden. Vi sammenlignet så den originale engelske versjonen av SIB med den engelske oversettelsen av den norske versjonen av SIB og fant at de to versjonene var sammenfallende når det gjaldt innhold og struktur. Mindre språklige forskjeller ble godtatt. Vi hadde dermed en norsk versjon av SIB som vi ønsket å validere og reliabilitetsteste.

Validering av en test betyr at man undersøker om den tester det den gir seg ut for å teste. Med andre ord: Gir SIB et tall på den kognitive funksjonen til pasientene, eller måler SIB helt andre ting som depresjon eller ADL-funksjon? For å finne ut dette, testet vi 59 pasienter med SIB og sammenlignet våre resultater med en sykepleiers vurdering av pasientens demens ved bruk av Klinisk Demens Vurdering (KDV) for pasientene (11). KDV er en skala som måler grad av demens ved at en omsorgsperson vurderer pasientens hukommelse, orienteringsevne, evne til problemløsning, samfunnsaktiviteter, fritidsinteresser, hjem og egenomsorg. Vi kunne ha valgt en annen kognitiv test for å validere SIB, men valgte KDV da

det er en robust skala som gir gode data for pasienter med moderat til alvorlig demens. I tillegg baserer den seg på omsorgspersonenes observasjon av pasientene, slik at vi fikk et mål på pasientenes kognisjon direkte fra pasientene (SIB) og et mål på pasientenes kognisjon vurdert av en omsorgsperson (KDV).

Man kan reliabilitetsteste en test eller et spørreskjema på to måter. Den ene muligheten er det man kaller inter-rater reliabilitetstesting. Det betyr at man undersøker om to personer som tester den samme pasienten på samme tid får samme resultat og konkluderer likt. Den andre muligheten er en test-retest reliabilitetstesting. Da testes samme pasient to ganger med en viss tids mellomrom, og så ser man om de to skåringene samsvarer. Vi gjennomførte en mellomting av disse to mulighetene, der pasientene ble testet to ganger med SIB av to forskjellige testere med en til sju dagers mellomrom. Til sammen ble 30 pasienter undersøkt på denne måten.

Deltagere

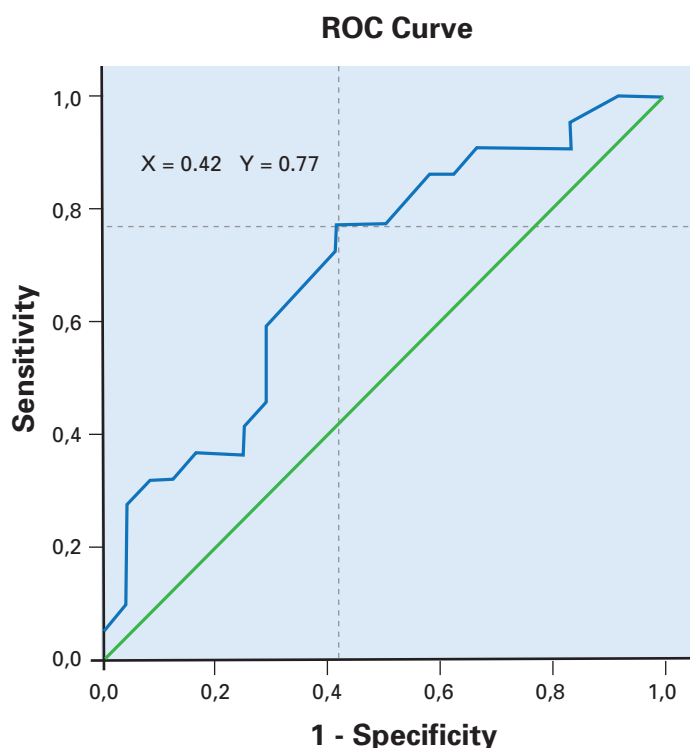
De 59 pasientene som ble undersøkt i valideringstesten var beboere på tre sykehjem i Hedmark og Oppland. Pasientene hadde enten ingen demens eller demens av mild, moderat eller alvorlig grad. De fordelte seg på KDV-klasser som følger:

Ingen demens (KDV0) = 8 pasienter
Mulig demens (KDV0,5) = 7 pasienter
Mild demens (KDV1) = 9 pasienter
Moderat demens (KDV2) = 22 pasienter
Alvorlig demens (KDV3) = 13 pasienter

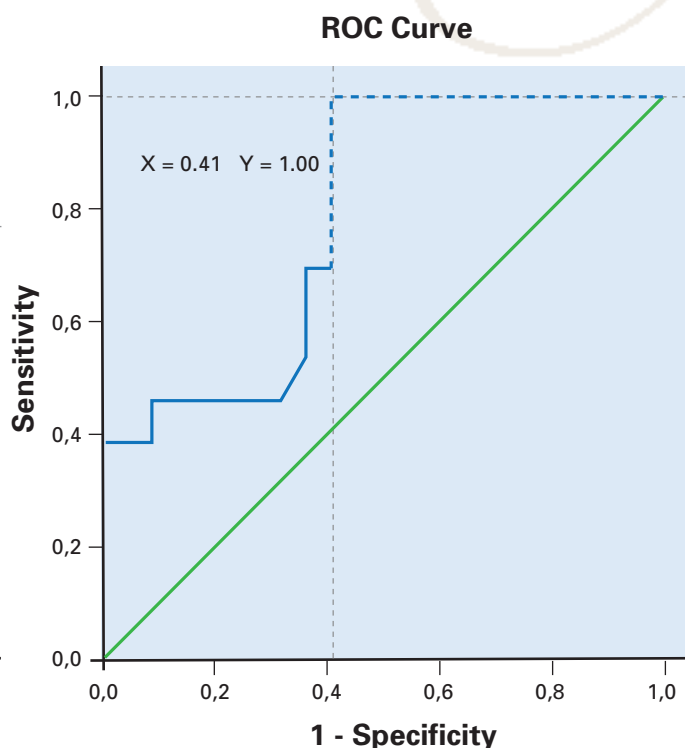
Vi inkluderte pasienter uavhengig av demensdiagnose, selv om mesteparten nok hadde demens ved Alzheimers sykdom eller vaskulær demens. Tredve av de 59 pasientene som ble inkludert i valideringsstudien ble testet to ganger med SIB for å gjennomføre reliabilitetstesten, én gang av undertegnede og én gang av en sykepleier.

Statistikk og etikk

Statistiske analyser ble gjort med dataverktøyet SPSS. Vi beregnet Cronbach's alfa (12) som et mål på intern konsistens. God intern konsistens betyr at alle spørsmålene tester det samme bakenforliggende begrepet, i vårt tilfelle kognitiv funksjon. Ved hjelp av Spearman's test (11) beregnet vi både korrelasjonen mellom KDV og SIB, og inter-rater reliabiliteten. Så analyserte vi forskjellen i SIB-skåring for de forskjellige klasser av KDV ved å bruke Mann-Whitney U-test (11). Til slutt brukte vi Receiver Operating Characteristic kurver (ROC-kurver) til å finne cut-off verdien mellom de forskjellige KDV-klassene. ROC-kurvene viser sammenhengen mellom «1-spesifisitet», vist på x-aksen, og «sensitivitet», vist på y-aksen, når man bruker en test



Figur 1. ROC kurve for KDV <2 vs. KDV 2, som identifiserer koordinatene $X = 0,42$ og $Y = 0,77$ og gir den beste cut-off verdien på 87/88 med en sensitivitet på 0,77 og en spesifisitet på 0,58.



Figur 2. ROC kurve for KDV 2 vs. KDV 3, som identifiserer koordinatene $X = 0,41$ og $Y = 1,00$ og gir den beste cut-off verdien på 80/81 med en sensitivitet på 1,00 og en spesifisitet på 0,59.

for å skille mellom grupper av pasienter eller personer. Vi brukte ROC-kurvene for å finne sensitiviteten og spesifisiteten ved forskjellige cut-off verdier for SIB, som igjen kunne brukes til å skille mellom pasienter med forskjellige grader av demens. Ved hjelp av sensitiviteten og spesifisiteten regnet vi ut accuracy. Det er et mål på presisjonen av testinstrumentet, det vil si i hvor stor grad SIB skiller mellom de forskjellige KDV-klasser. En accuracy på 100 prosent for en cut-off verdi mellom KDV2 og KDV 3, betyr for eksempel at

denne cut-off verdien skiller alle med moderat demens fra alle med alvorlig demens.

Pasienter med samtykkekompetanse samtykket til deltagelse på egne vegne. For pasienter med redusert eller ingen samtykkekompetanse fikk pårørende informasjon om studien. De kunne reservere seg mot at pasienten deltok. Denne fremgangsmåten er velbrukt ved forskning der pasienter med redusert samtykkekompetanse deltar. Studien ble godkjent av Regional Etisk Komité (REK) og Norsk Samfunnsmedisinsk Datateneste.

Tabell 1

Inter-rater reliabilitet mellom to testere for SIB (n=30)

	Spearman's rho	p-verdi
Total SIB skåring	0,85	0,000
<i>SIB Underskalaer</i>		
Sosial interaksjon	0,60	0,000
Hukommelse	0,55	0,002
Orienteringsevne	0,74	0,000
Språk	0,68	0,000
Oppmerksomhet	0,47	0,009
Praksis	0,55	0,002
Visuospatiale evner	0,62	0,000
Konstruksjon	0,76	0,000
Orientering for navn	0,46	0,010

Resultater

Gjennomsnittlig alder på testdeltagerne var 84,3 år og 73 prosent var kvinner. Alle hadde fullført grunnskolen og 44 prosent hadde høyere utdanning. Gjennomsnittlig total SIB-skåring for alle pasientene var 72,10. Det var ingen signifikante forskjeller på SIB-skåringene i forhold til alder, kjønn eller utdanning.

Reliabilitet

Cronbach's alfa (12) koeffisient var 0,97. Inter-rater reliabiliteten for SIB mellom de to testerne er oppgitt i tabell 1, beregnet ved Spearman's rho korrelasjonskoeffisient. Korrelasjonen for total SIB-skåring var 0,85 (p-verdi < 0,001). For underskåringene av SIB

varierte korrelasjonskoeffisient mellom 0,46 og 0,76, og alle var signifikante.

Med unntak av én pasient som ble testet med sju dagers mellomrom, ble alle pasientene testet med en til fire dagers mellomrom, gjennomsnittlig 1,9 dager. Gjennomsnittlig total SIB-skåring var 82,4 for den første testen og 80,8 for den andre, en forskjell på 1,6 poeng. Når undertegnede testet pasientene var den gjennomsnittlige totale SIB-skåringen 79,9 poeng, mens den var 83,3 når studiesykepleieren gjennomførte SIB-testen, en forskjell på 3,4 poeng.

Verken forskjellen i SIB-skåring mellom første og siste test eller forskjellen i SIB-skåring mellom undertegnede og studiesykepleierens test var statistisk signifikant forskjellig.

Validitet

Forskjellene i den gjennomsnittlige totale SIB-skåringen for KDV0, KDV0,5 og KDV1 var ikke statistisk signifikante, slik at vi i den videre analysen laget en ny KDV-klasse: KDV<2 (n=24). I tabell 2 (side 20) er gjennomsnittlig SIB-skåring for KDV<2, KDV2 og KDV3 oppgitt, sammen med p-verdiene for sammenligning mellom klassene. For totale SIB-skåringer er forskjellene mellom KDV-klassene statistisk signifikante, og for noen av undergruppene er det også statistisk signifikante forskjeller. Vi brukte ROC-kurver for å bestemme cut-off punkt mellom KDV-klassene (figur 1 og 2 side 18). På bakgrunn av sensitiviteten og spesifisiteten kunne vi regne ut accuracy. Med denne metoden fant vi at klassene KDV<2 og KDV2 kan atskilles med en cut-off verdi på 87/88 mens KDV2 og KDV3 best kunne atskilles med en cut-off verdi på 80/81, se tabell 3 (side 20).

Diskusjon/oppsummering

Denne artikkelen har gitt en rask innføring i en ny kognitiv test for pasienter med moderat og alvorlig demens, Severe Impairment Battery, SIB. Prosedyrene i oversettelsen fra engelsk til norsk er forklart, og resultatene fra en validerings- og reliabilitetsstudie vi har gjort på den norske versjonen av SIB, er oppsummert.

Den norske versjonen av SIB er valid og reliabel, og de resultatene vi har funnet i forhold til korrelasjoner og cut-off verdier er i samsvar med andre studier av SIB i verden. For dem som ønsker ytterligere opplysninger, informasjon og diskusjon henvises det til en artikkel som rapporterer resultatene av vår SIB studie i *International Journal of Geriatric Psychiatry* (13).

■ sverre.bergh@sykehuset-innlandet.no

Referanser

- 1) Folstein MF, Folstein SE et al. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975; 12 (3);189-98.
- 2) Shulman KI. Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2000 ;15 (6); 548-561.
- 3) Reitan RM. The relation of the trail making test to organic brain damage. *Journal of Consultant Psychology* 1955; 19 (5); 393-394.
- 4) Kendrick DC, Gibson AJ et al. The Revised Kendrick Battery: clinical studies. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 1979; 1; 18 (3); 239-340.
- 5) Gottfries CG, Bråne G et al. A new rating scale for dementia syndromes. *Arcade of Gerontology Geriatric* 1982; 1 (4); 311-330.
- 6) Reisberg B. Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacological Bulletin* 1988; 24 (4); 653-659.
- 7) Reisberg B, Ferris SH et al. Global Deterioration Scale (GDS). *Psychopharmacological Bulletin* 1988; 24 (4); 661-663.
- 8) Berg L. Clinical Dementia Rating (CDR). *Psychopharmacological Bulletin* 1988; 24 (4); 637-639.
- 9) Saxton J, Swihart AA. Neuropsychological assessment of the severely impaired elderly patient. *Clinics in geriatric medicine* 1989; 5 (3); 531-543.
- 10) Saxton J, Kastango KB et al. Development of a short form of the Severe Impairment Battery. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2005;13 (11); 999-1005.
- 11) Bland JM, Altman DG. Statistics Notes: Validating scales and indexes. *British Medical Journal* 2002 Mar 9; 324 (7337); 606-607.
- 12) Bland JM, Altman DG. Statistics notes: Cronbach's alpha. *BMJ* 1997; 314(7080): 572.
- 13) Bergh S, Engedal K et al. Reliability and validity of the Norwegian version of the Severe Impairment Battery (SIB). *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2008; Publisert online, før trykking.

Tabell 2

SIB skåringer delt etter KDV klasser

	<i>KDV <2 (n=24)</i> <i>Gjennomsnitt</i> <i>(SD)</i>		<i>KDV 2 (n=22)</i> <i>Gjennomsnitt</i> <i>(SD)</i>		<i>KDV 3 (n=13)</i> <i>Gjennomsnitt</i> <i>(SD)</i>		<i>p-verdi</i> <i>KDV<2</i> <i>vs KDV 2</i>	<i>p-verdi</i> <i>KDV <2</i> <i>vs KDV 3</i>	<i>p-verdi</i> <i>KDV 2</i> <i>vs KDV 3</i>
Total SIB skåring	84,0	(13,2)	74,2	(18,9)	46,7	(34,0)	0,023	0,000	0,005
<i>SIB Underskalaer</i>									
Sosial interaksjon	6,0	(0,0)	5,7	(1,3)	4,5	(2,6)	0,296	0,005	0,038
Hukommelse	11,2	(2,8)	8,3	(3,2)	5,4	(4,4)	0,002	0,000	0,080
Orienteringsevne	5,0	(1,3)	3,2	(1,6)	2,0	(2,1)	0,000	0,000	0,080
Språk	40,3	(5,7)	36,8	(8,9)	23,9	(17,4)	0,197	0,001	0,024
Oppmerksomhet	5,2	(1,1)	5,0	(1,6)	3,0	(2,6)	0,921	0,010	0,018
Praksis	5,5	(2,3)	4,0	(2,5)	2,2	(2,2)	0,028	0,001	0,065
Visuospatiale evner	7,1	(1,6)	6,6	(2,2)	3,4	(3,3)	0,247	0,001	0,008
Konstruksjon	1,7	(1,9)	3,1	(1,5)	1,0	(1,6)	0,008	0,240	0,000
Orientering for navn	1,9	(0,4)	1,6	(0,8)	1,3	(1,0)	0,068	0,008	0,331

Tabell 3

Cut-off verdier for forskjellige KDV klasser, uttrykt som sensitivitet, spesifisitet, accuracy, positiv likelihood ratio (LR+) og negativ likelihood ratio (LR-)

<i>KDV <2 vs KDV 2</i>					
<i>Cut-off</i>	<i>Sensitivitet</i>	<i>Spesifisitet</i>	<i>Accuracy</i>	<i>LR+</i>	<i>LR-</i>
85/86	0,64	0,67	0,65	1,91	0,54
86/87	0,73	0,58	0,65	1,74	0,46
87/88	0,77	0,58	0,67	1,85	0,39
88/89	0,77	0,50	0,63	1,54	0,46
89/90	0,86	0,42	0,63	1,48	0,33
<i>KDV <2 vs KDV 3</i>					
<i>Cut-off</i>	<i>Sensitivitet</i>	<i>Spesifisitet</i>	<i>Accuracy</i>	<i>LR+</i>	<i>LR-</i>
78/79	0,85	0,75	0,78	3,40	0,20
79/80	0,92	0,75	0,81	3,68	0,11
80/81	1,00	0,75	0,83	4,00	0,00
81/82	1,00	0,71	0,81	3,45	0,00
82/83	1,00	0,71	0,81	3,45	0,00
<i>KDV 2 vs KDV 3</i>					
<i>Cut-off</i>	<i>Sensitivitet</i>	<i>Spesifisitet</i>	<i>Accuracy</i>	<i>LR+</i>	<i>LR-</i>
78/79	0,85	0,59	0,69	2,07	0,25
79/80	0,92	0,59	0,71	2,24	0,13
80/81	1,00	0,59	0,74	2,43	0,00
81/82	1,00	0,54	0,71	2,17	0,00
82/83	1,00	0,50	0,69	2,00	0,00



*Linda Gjøre, prosjektmedarbeider/ergoterapeut og
Margit Gausdal, prosjektmedarbeider/ergoterapeut,
begge Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse*

«Nyttig og praktisk. Et redskap som kan brukes»

Gjennomføring av 25 kurs for kommunehelsetjenesten om kartlegging og utredning av demens i 2007

Antall personer med en demenssykdom i Norge er om lag 66 000 og vil øke i årene som kommer (1). I en undersøkelse om omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens i Norge gjennomført av Lystrup og medarbeidere, fant man at kun 54 prosent av personer med demens som mottok hjemmesykepleie hadde fått stilt en demensdiagnose av lege (2).

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse fikk i oppdrag av Sosial- og helsedirektoratet å arrangere og gjennomføre 25 kurs for helsepersonell i kommunehelsetjenesten i 2007. Temaet var «utredning av personer med demens i kommunehelsetjenesten». Oppdraget er en del av Helhetlig plan for en styrket demensomsorg, utrednings- og diagnostikkprogrammet, og har vært et av tiltakene som skal bidra til en styrket demensomsorg i Norge (3).

Hensikt

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet utviklet et utredningsverktøy til bruk for personell i kommunehelsetjenesten. Verktøyet består av tre deler: en for pleie- og omsorgspersonell, en for fastleger samt en veileder. Utredningsverktøyet skal brukes ved mistanke om demens hos hjemmeboende. Hensikten med kursene var å gjøre verktøyet kjent blant fastleger og helsepersonell i kommunehelsetjenesten. Et sekundært mål med kursvirksomheten har vært å bidra til opprettelse av demensteam som skal arbeide systematisk og aktivt i utredning og oppfølging av pasienter med demens og deres pårørende.

Gjennomføring

Kursene er lagt til de største byene, og alle kommuner i landet er blitt invitert til å delta. Invitasjon ble sendt til helse-/sosialsjef, hjemmetjeneste, kommuneover-

lege, fastleger, forvaltningsenhet, leder for pleie og omsorg, leder for ergoterapitjeneste og til sykehjem i alle kommuner. Fylkesmenn og utredningsenheter i spesialisthelsetjenesten ble informert om og invitert til å delta på kurs i sin region. Lokal kompetanse fra spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste ble invitert til å delta som undervisere på flere av kursene.

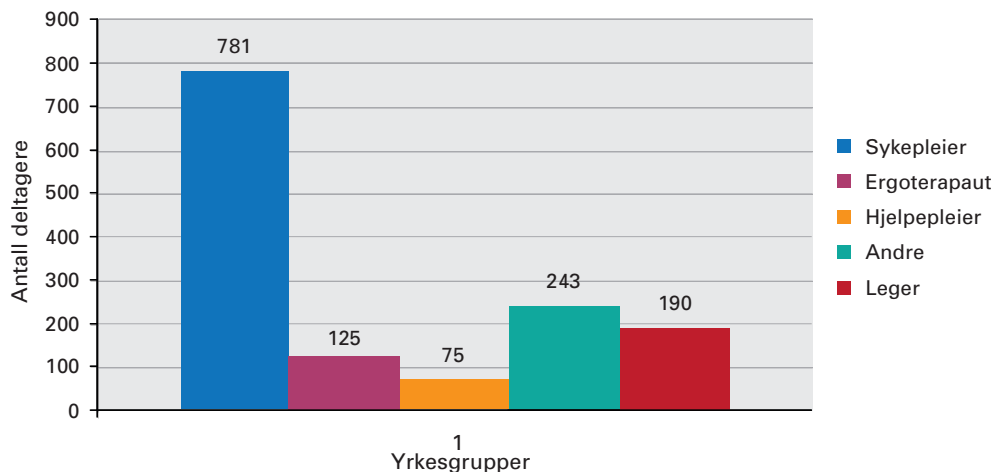
Kurset var tellende med seks timer, meritterende til klinisk spesialist i sykepleie, meritterende til ergoterapi-spesialist i allmennhelse og eldres helse, og ble godkjent i allmennmedisin med seks valgfrie poeng til videre- og etterutdanningen for leger. På felles del ble det forelest om aldring, demenssykdommer og diagnostisk utredning, og om organisering av demens-team/koordinator og hvilke oppgaver de bør ha. Etterpå hadde undervisende lege gjennomgang av kartleggings- og utredningsverktøyet for fastlegene, mens øvrig helsepersonell hadde undervisning i den delen av verktøyet som er beregnet på pleie- og omsorgspersonell. Det ble vist til teori, brukt demonstrasjonsfilm av screeningsverktøyet Mini Mental Status (MMS) og Klokketest, og praktisk utprøving av begge. Det var lagt inn tid for spørsmål og diskusjoner i begge gruppene.

Organisering

En prosjektgruppe ved Kompetansesenteret hadde ansvaret for arrangering av kursene. Det ble lagt opp til å bruke lokale foredragsholdere og kontaktpersoner

Kursdeltagere (n=1413)

Fordeling av yrkesgrupper på kursene.



på kursstedene som kunne være behjelpelig med å ordne det praktiske. Flere lokale leger rundt i landet med høy kompetanse på feltet, ble benyttet som foredragsholdere. Det viste seg vanskeligere å skaffe lokale krefter til gjennomgang av kartleggingsverktøy for pleie- og omsorgspersonell, derfor har to ergoterapeuter fra Kompetansesenteret vært på 20 av 25 steder og holdt denne kursdelen. Ved de øvrige kursene klarte man å skaffe lokale foredragsholdere.

Deltagelse

Til sammen har det vært 1 413 deltagere fordelt på de 25 kursene. Fordeling av yrkesgrupper er vist i figur 1. Figuren viser at det har vært en hovedvekt av sykepleiere på kursene. Kategorien *andre* er på 243 personer. Her inngår vernepleiere, lærere, fysioterapeuter, omsorgsarbeidere, representanter fra Fylkesmannen og i tillegg noen kursdeltagere som registrerte seg uten yrkestittel.

Tilbakemeldinger

Kursdeltagerne evaluerte nytteverdien av kurset ved hjelp av avkrysningsskjema. Det var også mulighet for kommentarer. Totalt sett var tilbakemeldingene svært gode. Mange sa at de var fornøyd med kursets opplegg og innhold. Femtisyv prosent evaluerte det faglige utbyttet av kurset til meget nyttig, 42 prosent til nyttig, mens 2 prosent syntes det hadde vært lite nyttig.

«Nyttig og inspirerende»

«Nyttig og praktisk. Et redskap som kan brukes»

Kursdeltagerne ble spurt om kurset ville få praktisk nytte for dem i deres eget arbeid. Her svarte 48 prosent at kurset hadde vært meget nyttig, 50 prosent svarte nyttig, mens 1,8 prosent sa at det hadde vært

lite nyttig og 0,2 prosent mente kurset ikke ville få praktisk nytte i deres arbeid.

Det sekundære målet med kursene var et håp om at de skulle bidra til opprettelse av demensteam. Denne evalueringen fanget ikke opp om det er blitt opprettet demensteam i de kommunene som har hatt deltagere på utredningskurs. Men det er interessant å se kommentarer som:

«Nå skal vi hjem og jobbe for å få til en faggruppe/utredningsgruppe!»

Konklusjon

Ut fra kursdeltagernes evaluering ser det ut til at kursene har bidratt til kompetanseheving i forhold til utredning av demens og at flere deltagere ønsket å være pådrivere for opprettelse av demensteam i sine kommuner etter kursdeltagelsen. Det etterspørres nå tilsvarende kurs, og i 2008 vil det bli gjennomført flere kurs med geografisk spredning i Norge. Dette vil bli annonsert i tidsskrifter og på nettstedet til Kompetansesenteret: www.aldringoghelse.no.

■ linda.gjora@aldringoghelse.no
 ■ margit.gausdal@aldringoghelse.no

Referanser

- 1) Sosial- og helsedirektoratet (2007) *Glemsk, men ikke glemt!* Om dagens situasjon og fremtidas utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. Oslo.
- 2) Lystrup, Linda Stendal mfl. (2006) Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr 15, s.1917-1920
- 3) St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Omsorgsplan 2015. Oslo.



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Sårbar skreddersøm i Fana

Organiseringen av demensomsorgen i Fana bydel i Bergen bidrar til fleksible tilbud. Dagavdelingen er ressursbase for tjenestene. Den står for kontakt med brukere og pårørende, drift av dagtilbud, observasjon i hjemmet og på dagsenteret, kartlegging og dokumentasjon. Dagavdelingen er lokalisert på Skjoldtunet sykehjem, men ligger organisatorisk under hjemmesykepleien.

Målet med organiseringen er å være handlingsdyktige når behovene for tjenester melder seg. Å bli bedre på tilrettelegging av hele demensomsorgen er bydelens overordnede mål. Rett tiltak til rett tid er grunntanken, og oppmerksomheten er særlig rettet mot de mest sårbare brukerne som det er vanskelig å hjelpe gjennom tradisjonelt organisert hjemmesykepleie. En nøkkel til gode løsninger er miljøterapeutstillingen som deles mellom sykepleier i 60 prosent stilling og ergoterapeut i 20 prosent stilling. De to jobber miljøterapeutisk hjemme hos brukere og er dessuten med i hukommelsesteamet.

– *Fordelen med en slik organisering er den helhetlige tenkningen vi kan gjøre,* sier Anita Krokeide, leder for dagavdelingen.

– *Tiltakskjeden skal henge sammen for den enkelte bruker.*

– *Brukerne får dessuten færre personer å forholde seg til,* supplerer Randi Milde. Hun er sykepleieren i miljøterapeutstillingen og faglig ansvarlig for gruppen unge personer med demens.

– *Når vi får henvendelse om hukommelses- og funksjonssvikt fra hjemmesykepleien eller en pårørende, drar en av oss hjem til vedkommende og vurderer behovene. Er behovet et dagtilbud, tror vi det er positivt for brukerne at de treffer samme person igjen på dagsenteret. Vi er et par ansatte som også kan gå hjem til brukere og være et ambulerende dagtilbud.*

Et mål å være i forkant

Muligheten for planlegging av tiltak er en av fordelene med Fanamodellen, ved at de kan gjøre et grundig kartleggingsarbeid i forkant. Anita Krokeide så behovet for dette da de opprettet hukommelsesteam i bydelen, og fikk støtte fra ledelsen til opprettelse av miljøterapeutstillingen. Tiltakskjeden i demensomsorgen består av

- fire dagsentergrupper med seks til åtte brukere i hver. Tre av gruppene er for eldre, en er for yngre



Sykepleier Randi Milde øverst, og leder Anita Krokeide til høyre.



personer med demens. Den enkelte bruker kan ha tilbudet fra en til fem dager i uken

- kveldstilbud til yngre hjemmeboende med demens
- tjenester til hjemmeboende, deriblant ambulerende dagtilbud ved spesielle behov
- hukommelsesteam som utfører kartlegging
- veiledning til pårørende samt til helsepersonell, derunder internundervisning
- avlastning i sykehjem for yngre personer med demens, som starter med helgeavlastning.

Dagavdelingen driver dessuten et eldresenter for 20 eldre uten demensdiagnose, og driver nettverks- og utviklingsarbeid innen demensomsorgen.

Med blick for individet

Randi Milde jobber på dagsenteret to dager en uke og tre dager den neste. De øvrige dagene foretar hun hjemmesøk.

– *Med denne modellen har jeg bedre anledning enn travle hjemmesykepleiere til å se helheten i behovene brukeren har og legge til rette for individuelt utformede tjenester. Jeg er ikke styrt av en lang liste oppdrag som skal utføres den dagen, men kan prioritere dem med størst behov for spesielle tiltak.*

Fra spyling av terrasse til dagsenter for yngre med demens

For et par år siden fikk bydelen en henvendelse fra Inger Lien Røe. Sammen med ektemannen Jan Olaf Røe fortalte hun i DEMENS nr. 1-2006 om demenssykdommen som rammet Jan Olaf da han knapt var 50

Jan Olaf Røe er opptatt med potetस्कrelling på kjøkkenet sammen med hjelpepleier Serianne Rosvold.



år. Hun tok tidlig kontakt med bydelen, og Randi Milde gikk hjem til dem og vurderte situasjonen. Slik ble ekteparet pionerer i denne delen av demenstilbudet.

– *Vi ble fort enige om at Jan Olaf ikke hørte hjemme på det dagsenteret vi da hadde, der brukerne var eldre mennesker med demens. Derfor gikk jeg hjem til ham tre timer en dag i uken, som ambulerende dagtilbud. Vi gikk turer, var på konserter og utstillinger – aktiviteter han hadde utbytte av. For ham var det dessuten viktig å gjøre Inger glad og avlaste henne. Han hadde alltid gjort mye praktisk i hjemmet, men nå var det ikke så enkelt lenger. Dermed gikk Jan Olaf og jeg sammen om å rense takrennene, spyle terrassen, gjøre hagearbeid, kjøre på bossplassen med boss – kort sagt ting han hadde gjort før han ble syk. Han fikk en god opplevelse av å gjøre nyttig arbeid, og jeg kunne støtte ham i det. En flott opplevelse! Etter hvert diskuterte vi om hans ressurser kunne komme de eldre på dagsenteret til gode, og på et tidspunkt begynte han som assistent på dagsenteret. Han kom før brukerne, var med og laget frokost, samtalte med de eldre og spilte for dem. Han ble en meget populær mann.*

Etter en tid kom det en ung kvinne med demens, som også hadde behov for dagtilbud. Naturlig avgang og en liten rokering av gruppene gjorde det mulig å opprette en gruppe for seks personer, der to var i 50-årene og fire var noe eldre. Etter en tid endret situasjonen seg for to av brukerne, og nå består gruppen av fire personer. Tilbudet er organisert som et miniprojekt i bydelen. Randi Milde har ansvar for den daglige driften, og tilbudet er på to dager pluss en kveld i uken. De har gått på museer, utstillinger, kafé og de går mye på tur.

Hverdagslig og lett gjenkjennelig

D&A er på besøk på dagsenteret en tirsdag formiddag. Stemningen er rolig og god, praten går livlig og mange temaer er oppe til diskusjon. Arne Aga forteller om øvelser i Brigade Nord på 1960-tallet, da den kalde krigen var på sitt kjøligste. Nå spikker han knagger så flisene fyker. Det samme gjør Oddvar Henriksen. Jan Olaf Røe er opptatt med potetस्कrelling på kjøkkenet sammen med hjelpepleier Serianne Rosvold. Middagen skal snart på bordet. Randi Milde leser litt fra overskriftene i dagens avis, og kommentarene lar ikke vente på seg. En hverdagslig atmosfære mellom mennesker som trives sammen og bryr seg om hverandre, og der den gode samtalen er sentral.

– *Først nektet jeg å gå hit, sier Oddvar Henriksen.*

– *Jeg ville ikke i noen barnehage. Men det er jo så hyggelig! Mye latter og prat, og vi gjør mye forskjellig. Jeg kunne ikke gå rundt i hælene på min kone hele tiden – det ville både hun og jeg blitt tussete av.*

Han er opptatt av å være åpen om sin alzheimerdiagnose.

– *Da jeg fikk diagnosen satt jeg og gråt i to dager. Så reiste jeg meg og sa at dette skulle jeg gå gjennom med rak rygg. Vi må være åpne og ikke prøve å gjemme oss bort. Vi er de samme personene som før.*

En av utfordringene ved å drive tilbudet er å skape en atmosfære brukerne trives i.

– *I hverdagen er det viktig å tenke på hva det er naturlig for folk i denne aldersgruppen å drive med når de ikke lenger er i jobb. Valg av mat, musikk og aktiviteter diskuterer vi hele tiden, forteller Anita Krokeide og Randi Milde.*



Arne Aga og Oddvar Henriksen i full gang med spikking av knagger.

Deltakerne liker å være til nytte. Å gå i butikken og handle til dagsenteret er en god aktivitet. Den store utadrettede virksomheten er ikke alltid like sentral, av naturlige grunner.

– Vi har sett at kino, for eksempel, ikke egner seg for alle. Det blir for mange mennesker, for mørkt, for mye lyd. Noen ganger deler vi oss, så noen drar ut mens andre er igjen her i huset. Vi må ta hensyn til dagsform og sykdomsutvikling.

Hva med ressursene?

For tiden er det fire deltakere og to ansatte. Er det dyrere å drive dagsenter for yngre enn for eldre?

– Det ser ikke slik ut, for med denne organiseringen kan vi utnytte ressursene godt. Randi og Serianne går hjem til en av brukerne om morgenen og ettermiddagen og hjelper med stedet, så ektefellen kan være på jobb. Dermed har ikke brukeren hatt behov for hjelp fra hjemmesykepleien gjennom sykdomsforløpet. Det kan bli vel så dyrt å sende mange mennesker inn i et hjem og gi tiltak som ikke virker, sier Anita Krokeide.

Det stikkes ikke under en stol at opprettelsen av dagsentergruppen for yngre tar plasser fra eldre som trenger dagtilbud. Denne prioriteringen har soneleder i hjemmesykepleien, ledelsen for dagavdelingen og forvaltningsledelsen i bydelen gjort i fellesskap, og hittil er dette det eneste faste dagtilbudet til yngre med demens i Bergen.

– Vi var enige om at det var viktig å prioritere de unge nå. Enigheten om at vi skal gi rett tilbud til rett tid er en viktig etisk grunnstein i arbeidet vårt.

Åpent flere dager og kvelder samt tilbud i helger står på ønskelisten.

– Pårørende trenger forutsigbarhet, støtte og avlastning, og vi må stadig jobbe for å utvikle tilbudet.

Flytting til sykehjem – og hva så?

I løpet av januar 2008 tilsa sykdomsutviklingen at fire av de opprinnelig seks gruppedeltakerne fikk fast sykehjemsplass. Dermed raknet gruppen.

– Det ble vanskelig. Både pårørende, avdelingene deltakerne hadde flyttet inn på og vi på dagsenteret så at de fire trengte et annet aktivitetstilbud enn det sykehjemsavdelingene kunne gi. Et annet viktig poeng var at de to som var igjen i gruppen, sto i fare for å miste sitt sosiale nettverk som betyr mye for dem.

Situasjonen var endret over natten og løsningen måtte komme fort. Også for pårørende kom endringen brått, og på sine brukeres vegne følte de et stort behov for at stabiliteten i tilbudet ble opprettholdt. I starten ble de aktuelle brukerne hentet på sykehjemsavdelingen og tatt med til dagsenteret. Men fordi dagtilbudet er beregnet for hjemmeboende, var ikke dette



Anne-Grethe Eriksen er nøye med borddekkingen.

uten videre uproblematisk. Leder for dagavdelingen og leder for sykehjemmet diskuterte den videre utviklingen med soneleder i bydelen.

– Hun mente det var etisk riktig å være fleksibel og ikke avslutte dagtilbudet brått for dem som var flyttet til sykehjemmet. Nå prøver vi å lage en ny organisatorisk rutine, slik at yngre brukere av dagavdelingen får tilpassede tjenester ved overflytting til et høyere omsorgsnivå – i dette tilfellet fast sykehjemsplass. På den måten får også sykehjemsavdelingen tid og mulighet til å lage et tilpasset opplegg rundt den aktuelle brukeren. Vi trenger noen retningslinjer når neste bruker står i denne situasjonen. Alt vi gjør overfor yngre personer med demens er i stor grad nybrottsarbeid.

De nye retningslinjene går ut på at de yngre brukerne av dagsenteret fortsatt skal få delta der så lenge de kan nyttiggjøre seg tilbudet, selv om de bor på sykehjemmet. Nyten av dagsentertilbudet for den enkelte skal evalueres månedlig og være avgjørende for hvor lenge tilbudet skal vare. Dessuten skal yngre hjemmeboende ha fortrinnsrett til dagtilbudet foran brukere som har fått fast sykehjemsplass. Finansieringen kan deles av sykehjemmet, hjemmesykepleien og dagavdelingen. Sykehjemmet vil søke om ekstramidler til særlige tiltak for å få dette til.

Hvilken rolle har pårørende i evalueringen av nytteverdien?

– Evalueringen skal foretas av primærkontakten i dagsenteret sammen med personale i sykehjemsavdelingen, som skal rådføre seg med pårørende og holde dem orientert. Avslutning av tiltaket avgjøres av de samme personene. Pårørende har en svært viktig rolle – de kjenner brukerne best og vil alltid tenke på

det de mener er best for dem. Samtidig må vi foreta faglige vurderinger. Av og til kan vi oppdage forvirringstilstander som pårørende ikke helt får tak i. Flytting til sykehjem representerer en helt ny hverdag som kan skape forvirring. Da kan det bety en ekstra belastning å forflytte seg derfra og oppholde seg noen timer på dagsenteret for så å vende tilbake til sykehjemsavdelingen. Hensynet til brukeren har førsteprioritet.

Sårbare tiltak

Ønsket fra sykehjemmets side er å få samlet de yngre med demens i samme bogruppe.

– Det er interesse blant ansatte for å bygge opp kompetanse på dette området. Her skal ikke folk være plassert, de skal bli ivaretatt. Vi er opptatt av at tjenestene skal tilpasses brukeren – ikke omvendt. Vi kommer til å møte mange flere med behov for individuell tilpasning i årene som kommer, så vi må være tilpansningsdyktige. Det kan vi utvikle med denne organiseringen.

– Og apropos kompetanse: Det er ingen ufaglærte i dagavdelingen i Fana. Heller ingen ansatte som har problemer med norsk språk. Men avdelingen er sårbar, sier Anita Krokeide.

– Tiltakene er basert på erfaring og god kompetanse hos fagfolkene som utfører dem. Dette gjør oss sårbare for endringer i personalgruppen. Det er ikke så mange som har tatt videreutdanning i demensomsorg, eller jobbet spesielt med dette fagområdet. Slik jeg ser det, er det behov for flere som har spesiell kompetanse på demensfeltet i kommunehelsetjenesten, for å møte utfordringene i tiden fremover.

Kulturkollisjon på sykehjemmet

Selv om Inger Lien Røe opplever kontakten med sykehjemmet som åpen og god, var det et sjokk for paret i midten av 50-årene å møte sykehjemmet da Jan Olaf fikk fast plass der. Heklebrikker og ørelappstoler i rosa og lys blått er ikke akkurat i ekteparets stil. Heller ikke middag klokken 13 og kveldsmat klokken 17.30. Eller for den saks skyld den store mangelen på aktiviteter.

– Fra første møte var jeg opptatt av åpen og ærlig kommunikasjon med sykehjemmet. Dette gjelder Jan Olafs livskvalitet. Sykehjemmet har heldigvis en moderne arkitektur, og rommet hans er på bakkenivå. Han har vindu mot hagen og kan gå ut dit når han ønsker. Det er ingen låste dører. Dette er veldig bra. Men utsmykning og møblement tilhører en annen generasjon, og vi føler oss fremmedgjort.

Sykehjemmet oppfordret paret til å ta med møbler hjemmefra. Der bor Inger fremdeles, hun er midt i livet og ønsker ikke å dele opp møblementet. For å slippe å bruke institusjonens møbler, ble løsningen å kjøpe nye møbler til Jan Olaf.

– Jeg kjøpte møbler, bilder og pyntegjenstander i en design som Jan Olaf kan identifisere seg med. Han har sykehjemmets kuleste rom!

Aktivitet – en mangelvare

Som nevnt i reportasjen fra Skjoldtunet, tok Inger affære for at Jan Olaf ikke skulle miste dagsentertilbudet da han fikk fast plass på sykehjemmet.

– Det er avdelingen som skal stå for et tilpasset aktivitetstilbud når folk har fått fast plass, men med

omkring 30 års aldersforskjell blant beboerne er det en umulighet. Nå har de fått til en ordning der Jan Olaf og den andre unge beboeren fortsatt kan være på dagsenteret så lenge de har utbytte av det. Det er jeg veldig glad for, men jeg har dårlig samvittighet fordi han «tar opp plass» for hjemmeboende som ifølge reglene skulle hatt disse plassene. Behovet er mye større enn ressursene.

Den totale mangelen på fysisk aktivitet bekymrer Inger. Det blir mange passive timer for Jan Olaf.

– Han er en tapper mann, men han er veldig lei seg nå. Vi kan ikke forvente at noen har mulighet til å gå ut en tur bare med ham, og la syv beboere være igjen med én hjelper. Men det fins muligheter. Jeg har danset med Jan Olaf og en annen beboer inne på Jan Olafs rom, til skikkelig rockemusikk. Der kom dansefoten, og dans er god mosjon! Men det er ikke så greit å spille moderne musikk i et miljø der flertallet er i 80-årsalderen. Jeg vil gjerne ha frem at jeg ikke kritiserer sykehjemmet for denne kulturen. Den passer for de eldre beboerne. Det er differensiering av tilbudet jeg etterlyser.

Pleie eller rengjøring?

Sykehjemmene i mange kommuner får en sekkebevilgning og kan selv bestemme om de vil bruke lønnsmidler til egne renholdere, eller om pleiepersonalet må ta renholdet i tillegg til å ta seg av pasientene.

– Jeg fikk sjokk da det gikk opp for meg at pleierne tar seg av vask av gulv, vinduer, dører og vegger, støvtørring, klesvask, stryking og det som ellers skal gjøres. Det går simpelthen ikke an at de som skal ta vare på syke mennesker, i tillegg skal gjøre alt dette. Hvor blir profesjonene og kompetansen av? På Jan Olafs avdeling sier de rett ut at de har valgt å gjøre mindre rent for å bruke de små ressursene de har på beboerne.

Du er selv lærer. Hva ville ha skjedd hvis ledelsen på skolen hadde krevd at lærerne skulle ha ansvaret for rengjøringen?

– Vi hadde nektet. Jeg beundrer virkelig de som jobber i sykehjem. Jeg vet at mange er frustrerte.

Døgnrytmen – hvem passer den for?

På sykehjemmet er det frokost i 9.30-10-tiden, middag klokken 13, kaffe tidlig på ettermiddagen og kveldsmat kl 17.30. De som er oppe kan få suppe, frukt eller knekkebrød i 21-tiden.

– For Jan Olaf som strever med å spise, er dette en rytme som er helt fremmed.

Når Jan Olaf er hjemme i helgene, lager Inger middag om kvelden, slik de alltid har gjort, og de tar et glass vin til maten. Da har han allerede spist middag.

– Det er da ingen i byen som spiser middag klokken 13? Det gjorde vi ikke en gang i min barndom!

Etter kveldsmaten er det ingenting å gjøre i avdelingen. Da er de andre beboerne trette og trekker seg tilbake på rommene, selv om personalet prøver å holde dem oppe lengst mulig. Fjernsynet er eneste tilbud, men det ser ikke Jan Olaf på.

– Han sitter bare der, plystrer kanskje litt, for han er jo et musikk menneske. Av og til kan det hende at en av de to som er på vakt før klokken 21, kan sette seg litt og prate med ham når de andre er gått til ro.

Klar tale til politikerne

I begynnelsen av april inviterte Helse- og sosialkomiteén i Bergen kommune til åpen høring om overgangen fra hjem til sykehjem. Inger Lien Røe var en av innleiderne, og hennes innlegg gjorde et sterkt inntrykk på tilhørerne. Mange blikk og nikk tilhørerne imellom viste at Ingers beskrivelse var noe de kjente igjen. Hun håper komiteén sitter igjen med i hvert fall ett budskap:

– Noe må bli gjort for yngre mennesker med demens. De passer ikke sammen med mennesker som er 30-40 år eldre. Noen enkle grep kan tas allerede nå: De kan samle de yngre med demens i Bergen og la dem få et dagsentertilbud basert på deres kultur og som de kan identifisere seg med. Avlastningsplasser og faste sykehjemsplasser på ett sted ville være et stort

fremskritt. I dette opplegget burde kommunen la oss pårørende få komme sammen og ha et fellesskap. I en så stor kommune som Bergen må det være flere unge med demens enn de tre-fire som vi vet om. Og det må ikke være avgjørende for tilbudet hvilken bydel eller kommune man bor i – det er urettferdig. Man må ikke godta slike tilfeldigheter verken lokalt eller sentralt.

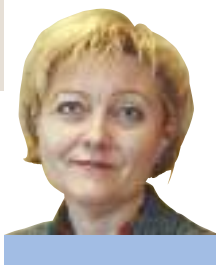
En dag må Jan Olaf gi fra seg plassen på dagsenteret. Hvilke tanker gjør du deg om det?

– Da må det være et bedre tilbud i avdelingen, og det må være tilpasset hans behov, sier Inger som lover å slåss også for dette når den tid kommer.

– Nå håper jeg at politikerne har fått med seg at det er annerledes å være en ung person med demens og å være pårørende, enn å være gammel i samme situasjon, selv om det også er krevende.



Inger Lien Røe på talerstolen under høringen.



Kirsten Eikeland, seksjonsleder, seksjon for alderspsykiatri.

Samarbeid på kryss og tvers

Seksjon for alderspsykiatri, Sykehuset Telemark HF

■ Psykiatrisk klinikk organiserer de fylkesdekkende psykiatrifunksjonene for hele Telemark fylke og de distriktpspsykiatriske funksjonene for Kragerø, Porsgrunn, Nome, Siljan og Skien. Psykiatrisk klinikk er organisert i syv seksjoner og seksjon for alderspsykiatri er en av disse. Den er lokalisert i Skien og er fylkesdekkende.

Vi har nær avstand til de øvrige psykiatriske seksjonene og til den somatiske delen av sykehuset.

Vårt opptaksområde, Telemark fylke, har ca 165 000 innbyggere, herav ca 24 500 over 65 år.

Telemark har 18 kommuner. Størstedelen av befolkningen bor i Grenlandsområdet. Vi skal gi hele fylket et godt tilbud og dette medfører reiseavstander på nærmere tre timer én vei dersom pasienter skal ha ambulant vurdering/behandling i nordfylket.

Presentasjon av seksjonen

Målgrupper

Seksjon for alderspsykiatri arbeider med følgende pasienter:

- Pasienter med alvorlig psykisk lidelse, depresjoner, psykoser, personlighetsforstyrrelser og angst med debut etter 65 års alder
- Pasienter med demens som har adferdsproblemer og/eller psykiatrisk symptomatologi
- Pasienter med uavklart demensdiagnose, hvor psykiatrisk symptomatologi er fremtredende
- Tidlig diagnostikk av demens ved hukommelses-klinikk.

Etter henvisning fra fastlegen vil seksjonen også kunne gå inn i saker som erfaringsmessig kan være vanskelige ved demens, for eksempel førerkortvurdering, spørsmål om hjelpeverge og testasjonshabilitet. Aldersgrense på 65 år skal ikke tas bokstavelig, men er en rettesnor.

Organisering av seksjon for alderspsykiatri

Virksomheten er samlet i ett bygg. Seksjonen består av en sengeenhet med 15 døgnplasser og en poliklinikk med seks fagstillinger. Sengeenheten er inndelt i to poster:

Utredningspost med seks plasser. Utredning av kompliserte demenstilstander og demens med psykiatrisk og adferdsmessig problematikk (APSD). Behandlingstid ca tre til seks uker.

Korttidspost med ni plasser. Behandling av funksjonelle psykiatriske lidelser, vesentlig depresjoner, angst og psykoser. Behandlingstid ca fire til ti uker.

Poliklinikken: Utredning av kompliserte demenstilstander og tidlig diagnostikk av demens.

Seksjon for alderspsykiatri har ikke akuttfunksjon, men tar imot pasienter etter venteliste. Vi prioriterer å ta raskt imot pasienter fra klinikkens akuttseksjon. Både ved innleggelse og ved poliklinisk time har vi som mål at ventetiden skal være mindre enn en måned. I perioder med stor pågang er dette vanskelig å holde.

Regionalt nettverkskompetansesenter innen alderspsykiatri

Nettverkskompetansesenteret ble vedtatt etablert som et samarbeid med psykiatrien i Vestfold i regional psykiatriplan for Helse Sør april 2004. Frem til 2009 er nettverket prosjektorganisert. Lederen er ansatt ved vår seksjon.

Nettverkets oppgaver er forskning og fagutvikling innen alderspsykiatri, noe som gir vår seksjon muligheter for å drive praksisnær forskning.



Arbeidsmåter

Direkte pasientarbeid

Seksjonen vektlegger tverrfaglig arbeid og har følgende faggrupper tilsatt: psykiater, psykologspesialister, ergoterapeuter, spesialsykepleiere og hjelpepleiere.

Det er nært samarbeid mellom sengeenhet og poliklinikk. I poliklinikken vurderes i hvert enkelt tilfelle hvorvidt pasient og pårørende skal komme til vår poliklinikk eller om vi skal bistå i form av hjemmebesøk eller sykehjemsbesøk.

Både i sengeenhet og poliklinikk vektlegges samarbeid med pårørende og førstelinjetjenesten.

Indirekte pasientarbeid

I tillegg til direkte pasientarbeid vektlegger seksjonen veiledning, rådgivning og undervisning av førstelinjetjenesten.

Vi holder et årlig kurs for alle kommunene i Telemark. I tillegg holder vi kurs og foredrag på forespørsel fra de ulike kommuner. Vi har gitt undervisning på Høgskolen i Telemark og har bidratt årlig med foredrag på kurs i regi av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Rammebetingelser for seksjon for alderspsykiatri

Organisering, samarbeid, personell

Seksjonens ledelse er fornøyd med å være organisert som egen seksjon. Vi mener å ha godt samarbeid med samarbeidspartnere internt og eksternt. Seksjonen har medarbeidere med god formal- og realkompetanse.

Lokaler

Nåværende lokaler ble bygget i 1963 og restaurert og påbygget i 1995. Dette medførte at vi fikk poliklinikken og ny sengeenhet hvor utredningsposten nå er, og alle sengerom ble enerom. Det ble også utført generell oppussing av øvrige rom.

Vi fikk oppgradert uteområdet vårt i 2004-05 slik at vi har hager som er skjermet fra det øvrige uteområdet.

Hagene utenfor både korttidsposten og utredningsposten har lett atkomst fra henholdsvis stue og spisestue og er mye i bruk. Vi hadde fruktbart samarbeid med landskapsarkitekt under planleggingen og er godt fornøyd med resultatet.

Faglige satsningsområder for vår seksjon de siste årene

Vi utarbeider årlig en kompetanseutviklingsplan for seksjonen hvor vi beskriver hvilke temaer som skal fokuseres og hvordan. Over tid har miljøbehandling, angst og depresjon og yngre med demens vært fokus.

Innen miljøbehandling har vi hatt ulike prosjekter i sengeenheten. Vi har blant annet prøvd ut bruk av musikk som tiltak overfor pasienter med demens og APSD. Dette prosjektet vil bli presentert nærmere i en senere artikkel i Demens&Alderspsykiatri. Uteområdet vårt er aktivt brukt i miljøbehandlingen.

Yngre personer med demens har vært fokus siden 2004-05. Vi har blant annet deltatt i prosjektet *Pårørende til yngre personer med demens* i regi av vårt nettverkskompetansesenter. Prosjektet er et samarbeid mellom Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Regionalt nettverkskompetansesenter innen alderspsykiatri, Psykiatrien i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF. Prosjektet er nå avsluttet, men vi fortsetter gruppetilbudet til pårørende da vi ser at behovet er stort.

Angst og depresjon hos eldre har vært et satsningsområde de siste to årene. I 2007 holdt vi blant annet kurs hvor kommunehelsetjenesten, geriatrik seksjon ved sykehuset og DPS-ene (distriktpsykiatriske sentre) var invitert. Vår seksjon har siden midten av 1990-tallet hatt egen sengepost for eldre med funksjonelle lidelser. En vesentlig del av de innlagte pasientene har alvorlige depresjons- og angstlidelser. Det virker som om det er færre tilbud til denne gruppen enn til personer med demensdiagnose. I regi av vårt nettverksenter pågår det nå en studie som blant annet kartlegger tilbud til denne pasientgruppen i kommunene i Vestfold og Telemark.

Hva ønsker samarbeidspartnerne av oss?

For å gi et godt tilbud til våre målgrupper er det vesentlig å ha et godt samarbeid med mange instanser.

Kommunene er viktige samarbeidspartnere. I form av brukerundersøkelser i 1995, 1997 og 2002 spurte vi fastleger, ledere i sykehjem og åpen omsorg hva de synes om vårt tilbud og hva de ønsket fremover. Svaret fra kommunene var at de ønsket raske innleggelser, tilgjengelighet for råd/veiledning og mer ambulant virksomhet. I regi av nettverkssenteret kartlegges nå på nytt hva kommunene mener om samarbeid med oss.

Vi har en del samarbeid med den somatiske delen av sykehuset, spesielt nevrologisk og medisinsk avdeling.

Innen psykiatrien er det hovedsakelig akuttseksjonen og DPS-ene vi samarbeider med.

Innen psykiatrisk klinikk avsluttes nå et arbeid som klargjør samarbeid og ansvarsfordeling mellom de spissede funksjonene og DPS-ene. Dette gir en viktig avklaring for vår seksjon. Vi er avhengig av at eldre uten demensdiagnose har tilbud i DPS-ene på lik linje med andre aldersgrupper både når det gjelder innleggelser og poliklinisk behandling.

Planer fremover

Opptrappingsplanen for psykisk helsevern er inne i sitt siste år. I psykiatrisk klinikk pågår det et større arbeid for å utarbeide et nytt strategisk dokument for psykiatrien frem mot 2012.

Vår seksjons kartlegging av dagens tilbud til alderspsykiatriske pasienter og økningen av antall eldre fremover viser at det er stort behov for å satse på denne pasientgruppen. En må forvente at befolkningen vil ha stigende krav til helsetjenester også innen alderspsykiatrien. Etterkrigsgenerasjonene vil ha forventning om helt annen service, valgmulighet, tilgjengelighet og kompetanse enn dagens eldre og deres pårørende.

Rekruttering av personell vil være en utfordring. Vi erfarer i dag at det er vanskelig å rekruttere psykologspesialister og overleger. Nyutdannede sykepleiere signaliserer at de ikke primært ønsker å arbeide innen eldreomsorgen. Dette skjer parallelt med en sterk økning av antall eldre i befolkningen og vil utgjøre en utfordring på alle nivåer, både innen spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Fremtidige målgrupper

Målgruppene som beskrevet innledningsvis vil etter vår mening fortsatt være alderspsykiatriens ansvar fremover. I tillegg har en gradvis sett en endring av målgruppen. Nye pasientgrupper og utfordringer er:

Yngre personer med demens

I regi av Regionalt nettverkskompetansesenter for alderspsykiatri har vi holdt tre kurs for pårørende til

yngre personer med demens. Antall og interesse/tilbakemeldinger fra pårørende viser at det fremover er behov for å gi både pasienter og deres pårørende et tilbud. Dette er sammenfallende med erfaringer fra andre fylker. En ser at denne gruppen må ha et annet tilbud enn de eldre vedrørende oppfølging og behandling. Vi bør prøve ut samarbeidsformer mellom spesialisthelsetjeneste, kommune, pårørende og pasienter. I denne pasientgruppen ligger også en utfordring i form av adferdsproblematikk.

Pasienter med demens og utagerende/utfordrende adferd

Dette er en utfordring i gruppen yngre personer med demens, men også i gruppen eldre da de på grunn av god behandling for somatiske plager er fysisk sprekere enn tidligere.

Det er behov for å øke kompetansen vedrørende terapeutisk mestring av vold.

Rusavhengige

En har de siste årene registrert økning av henvisninger hvor rus inngår i problematikken. Dette er en ny gruppe som krever annen kompetanse og andre samarbeidspartnere.

Personer med utviklingshemning og demens

Seksjonen har hatt møter med habiliteringstjenesten vedrørende samarbeid og vi bør utvikle dette videre.

Innvandrere, asylsøkere og flyktninger

Vi har i de siste årene hatt noen henvisninger hvor pasient og pårørende kommer fra annet land, med fremmed språk og kultur. Denne gruppen forventes å øke, noe som vil gi nye utfordringer for alderspsykiatrien. For å gi en god utredning og behandling er vi avhengige av samarbeid med pasient og komparent. Kunnskap om språk og kultur er avgjørende. Samarbeid med tolk må etableres.

Pasientrettighetslovens tillegg vedrørende bruk av tvang

Endring av pasientrettighetsloven, som ventes å settes ut i livet i 2009, åpner for bruk av tvang overfor pasienter med demensdiagnose i førstelinjetjenesten, forutsatt grundig diagnostisering og vurdering av samtykkekompetanse. En venter at dette vil medføre økt antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

Oppsummering – tanker om fremtidig tilbud

Seksjonens ledelse mener dagens organisering og arbeidsmåter bør bygges på og videreutvikles.

Vår erfaring er at både personer med demens og spesielt personer med funksjonelle lidelser er underdiagnostiserte grupper. En kan vente et økt antall

henvendelser etter hvert som kunnskap/forventning øker i befolkningen og blant helsepersonell i kommunene.

Seksjonen har i møter med DPS-ene i Telemark foretatt en ansvarsfordeling angående alderspsykiatrien og DPS-ene.

Vedrørende pasienter med demensdiagnoser vil seksjon for alderspsykiatri samarbeide direkte med kommunehelsetjenesten som tidligere. Når det gjelder pasienter med funksjonelle psykiatriske lidelser, vil det være alvorlighetsgraden som avgjør hvorvidt pasienten får tilbud på DPS-nivå eller på seksjon for alderspsykiatri.

For fremtidig dimensjonering er det avgjørende at både DPS-ene og kommunehelsetjenesten tar sitt ansvar for alderspsykiatriske pasienter.

Vi ser behov for å styrke ambulant virksomhet ved å øke antall refusjonsberettigede stillinger i vår poliklinikk og vektlegge å bruke mer tid der pasienten bor. Det vil medføre at pasienten slipper flytting og dermed redusere forvirring. Det vil også bidra til økt samarbeid/kompetanseoverføring overfor kommunehelsetjenesten.

Økt ambulant arbeid kan dessuten forhindre innleggelser og redusere behov for døgnplasser.

Vi bør prøve ut ulike samarbeidsmodeller i forhold til kommunene.

Seksjonen ser behov for å styrke bemanningen også i sengeenheten, både med hensyn til terapeuter og stillinger i turnus.

Vi ønsker å styrke nettverkskompetansesenteret. Her ligger god mulighet for utprøving av nye behandlingsmuligheter og samarbeidsmodeller samt for styrking av forskning, fagutvikling og rekruttering.

Etter vår mening er det nå påkrevet med omfattende oppussing og antagelig utvidelse av eksisterende bygningsmasse, for at bygningsmassen skal være mest mulig tilpasset de faglige behov vi ser fremover.

Erfaringsvis krever det tid å bygge opp gode behandlingstilbud, mens det kan gå fort å rive dem ned.

Vi mener vi har mye verdifullt å bygge på i seksjon for alderspsykiatri, men ser at alderspsykiatrien er helt avhengig av viktige fagpersoner. Vi må derfor satse aktivt på å rekruttere og beholde personell og legge forholdene til rette for forskning og fagutvikling.

■ kirsten.eikeland@sthf.no

Referanse

- Engedal K (2000) *Urunde hjul, Alderspsykiatri i praksis*. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007) *Glemsk, men ikke glemt*.



Leon Jarners Forskningspris 2008

Leon Jarners Minnefond, opprettet i 1989, er en uavhengig stiftelse som arbeider for å fremme forskning om Alzheimers sykdom og andre demenssykdommer.

Minnefondet skal også i 2008 dele ut en forskningspris på kr 50 000 til et forsknings- eller utviklingsprosjekt om demenssykdommer, personer med demens eller pårørende, som er utført eller under utførelse i Norge. Resultatene fra prosjektet må ha nyhetens interesse, og dersom det dreier seg om et utviklingsarbeid, må erfaringene kunne generaliseres. Prisen vil bli delt ut i forbindelse med Demensdagene 2008, som arrangeres i Oslo kongressenter. I tilslutning til utdelingen holder prisvinneren sin forelesning.

Dersom prosjektet skal komme i betraktning, må det ikke være eldre enn fire år. Prosjekter fra alle fagretninger er aktuelle og kan være av medisinsk, sykepleievitenskapelig eller samfunnsvitenskapelig karakter. Resultatene kan være publisert eller upublisert.

Det foreligger ikke særskilt søknadsskjema. Beskrivelse av prosjektet med angivelse av metodene som er brukt, de viktigste resultatene og hvilken betydning resultatene kan ha, bør skrives på to til tre A4-sider med 1,5 linjeavstand. Eventuelle publikasjoner fra prosjektet må vedlegges.

Søknadene vil bli vurdert av en jury av tre fagpersoner fra ulike fagfelt.

Søknader sendes i fire eksemplarer innen **15. oktober 2008** til:

Leon Jarners Minnefond
v/Marie Helene Sveum
Bogstadveien 47
0366 Oslo





*Tekst: Enhetsleder Anne Marie Mork Rokstad,
Nasjonalt kompetansesenter for demens*

Demensplan 2015 i farta

Tre regionale oppstartkonferanser er avholdt i regi av Demensplan 2015. Til sammen 38 utvalgte kommuner fra Helse Sør/Øst RHF ble invitert til Hamar 3. og 4. mars og til Drammen 31. mars og 1. april i år. Tolv kommuner fra Helse Vest RHF ble invitert til Bergen 5. og 6. mai.

Kommunene ble invitert som ressurskommuner eller for å delta med utviklingsprosjekter i regi av de tre programområdene: utvikling av tilbud om utredning og diagnostikk, dagtilbud og tilbud til pårørende. Til stede var også representanter for fylkesmanns-embetene, undervisningssykehjem som er utpekt til demensfyrtårn i demensplanen, samt andre kompetansemiljøer på demens i regionen.

Prosjektleder Marit Gausel Blom i Helsedirektoratet presenterte Demensplan 2015 og de tre aktuelle utviklingsprogrammene. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse presenterte de nasjonale kartleggingsundersøkelsene fra 2007. Der ble alle landets kommuner intervjuet om utbredelsen av tilrettelagte tilbud om diagnostikk og utredning, dagtilbud for

personer med demens og tilbud til pårørende i form av pårørendeskoler eller samtalegrupper. Spørsmål knyttet til det å være utviklingskommune ble gjennomgått på konferansene, og tilbud om studiematerialet Demensomsorgens ABC ble lansert. Representanter fra de inviterte kommunene la i parallelle sesjoner frem sine planer om utviklingsprosjekter, og nettverk med ressurskommuner og kompetansemiljøer ble etablert. Kongsvinger og Horten kommuner delte sine erfaringer fra etablering av helhetlige demenstilbud i sine kommuner. Dette var nyttige innspill til kommunene som skal starte utviklingsprosjekter. I etterkant av konferansene er de kommunene som deltok formelt blitt forespurt om å delta med utviklingsprosjekter.

Tilsvarende regionale konferanser arrangeres i Molde i mai og i Bodø i juni. Før sommeren håper en å få på plass 25 kommuner med utviklingsprosjekter innenfor hvert av de tre programområdene.

Knut Engedal

Lærebok – Alderspsykiatri i praksis

**Et viktig læreverk for alle med
tilknytning til demens og demensomsorg**

Alderspsykiatri i praksis er en revidert og oppdatert utgave av Norges første lærebok i alderspsykiatri (Urunde hjul, 2000), skrevet av dr. med Knut Engedal. Han presenterer alderspsykiatriens utvikling som fag og tar for seg de viktigste psykiske lidelsene i alderdommen, klassifikasjon, diagnostikk og utredning.

Boka tar opp spesielle utfordringer ved legemiddelbehandling av psykiske lidelser hos eldre og drøfter etiske og juridiske problemstillinger ved behandling av denne pasientgruppen. Ny kunnskap er inkludert, men forfatteren har videreført sin praktiske tilnærming med bruk av mange kasuistikker. Læreboka er beregnet på en tverrfaglig leserkrets som ønsker å fordype seg i psykiske lidelser som opptrer i eldre år.



292 sider
kr 300,-

ISBN 978-82-8061-084-3

Bestill boken fra:



Aldring og helse
Forlaget

Forlaget Aldring og helse, Postboks 2136, 3103 Tønsberg, Tlf.: 33 34 19 50, Fax: 33 33 21 53, E-post: post@aldringoghelse.no



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

En pille og nok en pille...

Spennende medikamentprosjekt i Tromsø

■ Kan legemiddelbruken på en bestemt sykehjemsavdeling kuttes med 30 prosent uten at det går ut over pasientenes helse og velbefinnende? Vil de tvert om få det bedre? Dette er spørsmål som skal besvares gjennom et såkalt gjennombruddsprosjekt ved avdelingene Minde og Bukta på Kroken sykehjem i Tromsø.

Legeforeningen har tatt initiativ til flere gjennombruddsprosjekter. Arbeidsmetoden er utviklet i USA og har vært anvendt på en rekke medisinske områder. Betegnelsen «gjennombrudd» innebærer at det skal settes klare og radikale mål for forbedring – mål som krever annerledes tenkning. Ifølge kriteriene skal prosjektene omhandle områder som er virkelige, viktige, vanlige og vanskelige. Metoden går blant annet ut på systematisk observasjon og kartlegging av forhold man ønsker å endre.

Pille for alt som er ille og vel så det

Elisabeth Meløy (helsesøster) og Mari Vårtun (spesialsykepleier i geriatri) er begge avdelingsledere på Kroken sykehjem, som er et undervisningssykehjem.

Kroken sykehjem søkte Legeforeningen om å få delta på deres landsomfattende gjennombruddsprosjekt. Et av kriteriene var at sykehjemslegen måtte være med, og sykehjemslege Jan Gunnar Svendby er med i prosjektet i tillegg til Elisabeth og Mari. Etter første samling i februar valgte de av flere utarbeidede temaer *Medikamentbruk i sykehjem*. De tre har lenge interessert seg for medikamentbruk hos eldre, og har erfart at pasienter kommer inn på sykehjemmet med et stort utvalg av ulike medikamenter.

– Noen av medikamentene er kanskje unødvendige, andre kan virke uheldig i forhold til hverandre, noen bør kanskje tas i andre doser. Målet vårt er at medikamentbruken skal være nøye tilpasset den enkelte.



Elisabeth Meløy t.v. og Mari Vårtun.

Mange har fått den ene medisinen etter den andre, kanskje fra forskjellige sykehusleger, uten at noen lege har den fulle oversikten. Da kan en opprydding bety et bedre liv for den enkelte.

Betyr dette at leger stort sett er lite observante for medikamentbruk hos eldre mennesker?

– Noen er nok det, og kanskje kunnskapen om hvordan kroppen fungerer i eldre år er for liten. Det er nok for få geriater. I andre tilfeller kan det være at pasienten ikke oppsøker fastlegen så ofte, men blir akutt innlagt på forskjellige sykehusavdelinger. Det kan være vanskelig for en spesialist å danne seg inntrykk av om pasientens medikamentbruk er riktig, og man skriver ut medikamenter ut fra den spesifikke lidelsen som gjelder der og da.

Elisabeth Meløy og Mari Vårtun ønsker at både leger og hjemmetjeneste bør ha økt oppmerksomheten på medisinerbruk hos hjemmeboende eldre.

– Det er kanskje for stor avstand mellom lege og hjemmetjeneste i mange tilfeller. Vi tror at med større fokus på riktig medikamentbruk kan noen pasienter oppleve å få bedre livskvalitet både hjemme og i sykehjem.

De vil dessuten ha en debatt om hvor lenge sykehjemspasienter skal bruke forebyggende medikamenter som for eksempel statiner eller blodtrykksmedisin.

Gjennombrudd på Kroken

Medikamentene hos hver enkelt av de 30 pasientene i prosjektet skal gjennomgås. Når nye pasienter kommer inn, er dette en del av rutinen. Grupper på ti pasienter observeres i fjorten dager mens de bruker sine vanlige medikamenter. På registreringsskjemaer kartlegges uro, søvnmonster, fall og smerter hos hver enkelt, og resultater av forskjellige blodprøver.

– Etter disse fjorten dagene går sykehjemslegen sammen med oss gjennom medikamentbruken hos de samme pasientene, og ser om noe kan tas bort eller endres. Deretter har vi en ny observasjonsperiode med endrede doser og seponerte medikamenter. Rett medisin i rett dose til rett pasient er målet.

De første ti pasientene har nylig vært gjennom sin første periode med endret medikamentbruk.

– Resultatene viser at selv om ulike medikamenter er blitt seponert/reduisert, er det til nå ikke observert negative effekter av dette. Det er likevel for tidlig å trekke en endelig konklusjon.

Peker noen medikamentgrupper seg ut blant dem som kan eller bør seponeres?

– Enkelte står på fast smertelindring. Dette kan være preparater de en gang fikk for smerter de ikke lenger har. Blodtrykksmedisin kan være aktuelt å seponere. Mange som har vært veldig aktive og hatt høyt blodtrykk, er nå kommet inn i en mye mer passiv tilværelse og kan få for lavt blodtrykk hvis de fortsetter med medisinen. Det kan resultere i svimmelhet og fall. Andre kan stå på diabetesmedisin i for høye doser. Enkelte pasienter her har fått bivirkninger av slik medisin, og lenge før prosjektet startet begynte sykehjemslegen å seponere eller gi lavere doser. Dette har ikke gitt negative utslag.

Livskvalitet, ikke sparing

Mistenksomme sjeler kan tenke at det ligger en spareplan i bunnen for prosjektet?

– Vi tenker ikke på å spare penger verken for trygden eller kommunen, selv om det kan bli en tilleggsvirkning. Pårørende oppfatter heller ikke dette som et sparetiltak. De er blitt orientert underveis og har kunnet stille spørsmål, og de er positive og opplever at pasientene blir tatt ekstra godt hånd om gjennom prosjektet. Er det pasienter som ikke ønsker å delta i prosjektet, holder vi dem selvsagt utenfor. Vi verken lurar medisin i pasienter eller lurar dem til å ta mindre medisin.

Prosjektet går ikke utelukkende ut på å seponere, pasienter kan få medikamenter i tillegg til dem de har fra før, eller preparater kan bli skiftet ut med andre i samme kategori.

– Vi observerer pasientene tett gjennom prosjektet, og kan muligens oppleve at vi registrerer tilstander vi ikke har vært helt klar over tidligere. Smertetilstander kan være ett eksempel, søvnproblemer et annet.

Personalet er tent på oppgavene og spent på resultatene, forteller prosjektlederne. Lege Jan Gunnar Svenby er på avdelingen i ca to timer hver tirsdag og fredag og står ellers i telefonkontakt med avdelingslederne. Han hadde ikke anledning til å delta i dette intervjuet, men det går tydelig frem at han er en ildsjel når det gjelder å få ned eldres medisinbruk. Prosjektet varer i ni måneder, og rapporten skal være ferdig i november.

– Poenget er at pasientene skal få det bedre, være mer våkne og ha færre bivirkninger. Å lære å bruke gjennombruddsmetoden i daglig arbeid mener vi også vil dyktiggjøre oss i å registrere og observere, slik at vi om nødvendig kan endre praksis til beste for pasientene, også på andre områder.

Signe Tretteteig

«En helt annen verden...»

Betydningen av samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten i forhold til yngre personer med demens.

Yngre mennesker med demens har ofte andre behov enn eldre med samme diagnose. Perioden etter at diagnosen er stilt er en svært sårbar fase for hele familien. Et familiemedlem har fått en alvorlig diagnose som for de fleste betyr at det vil skje en forverring og at vedkommende etter hvert blir helt avhengig av andre.

Rapporten omhandler et prosjekt med utgangspunkt i helseforetaket Psykiatrien i Vestfold (PiV) og deres hukommelsesenheter. Gjennom samtaler med helsepersonell belyses kunnskap og erfaringer fra praksis i forhold til samarbeid og rutiner.



99 sider
kr 150,-

ISBN 978-82-8061-091-1



Bestill boken fra:

Aldring og helse
Forlaget

Forlaget Aldring og helse, Postboks 2136, 3103 Tønsberg, Tlf.: 33 34 19 50, Fax: 33 33 21 53, E-post: post@aldringoghelse.no



*Psykiater Ingun Ulstein PhD og sykepleier/doktorgradsstipendiat
Aud Johannessen, begge Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse*

Effekt av strukturert problemløsning i familier med demens

En rekke studier har vist at pårørende til personer med demens har økt risiko for stressrelaterte helseplager sammenlignet med jevnaldrene uten omsorgsoppgaver. Dette har i første rekke sammenheng med atferdsendringer og psykiske symptomer ved demens, ofte omtalt som APSD (1). Andre faktorer som påvirker belastningen er pasientens sviktende egenomsorg (ADL-svikt) og tiden pårørende bruker på å tilrettelegge og hjelpe pasienten i det daglige. Grad av kognitiv svikt har vist seg å ha mindre betydning. Egenskaper ved pårørende påvirker også belastningen (2).

I de fleste studiene rapporterer kvinner høyere grad av emosjonell belastning enn menn, mens ektefeller med daglig omsorg er mer belastet enn voksne barn og fjernere slektninger som ikke bor sammen med pasienten. Pårørende som før sykdomsdebut har hatt en god og nær relasjon til pasienten, opplever mindre belastning. Likeledes beskytter gode, fleksible mestringstrategier mot stressrelaterte plager. Denne erkjennelsen har resultert i utvikling av såkalt psykososial intervensjon, forkortet PSI. Pårørende får undervisning om sykdommen, og ved bruk av problemløsningsmetoden lærer de hensiktsmessig kommunikasjon og mestring og får innsikt i hvordan de skal forholde seg til pasienten på en positiv måte (3, 4).

Målsetting med studien Demens i familien

Den norske studien Demens i familien (DIF), en randomisert, kontrollert multisenterstudie, har i tråd med internasjonale studier vist at det er en signifikant sammenheng mellom pårørendes belastning målt med Belastningsskala pårørende (RSS) (5) og APSD målt med Nevropsykiatrisk intervju (NPI) (6). RSS inngår i kartleggingsverktøyet som er utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (7), mens NPI er mye brukt i forskning og i klinisk praksis for å kartlegge APSD.

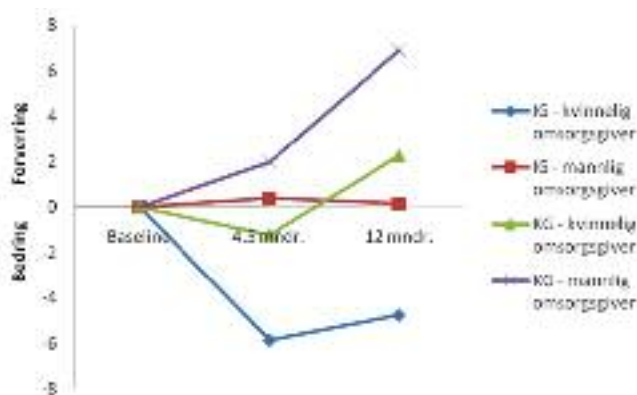
En av målsettingene med DIF var å identifisere egenskaper ved pasienter og pårørende som hadde nytte av en kortvarig psykososial intervensjon (8). Pårørende i intervensjonsgruppen fikk tre timers undervisning om demens med fokus på sykdomsutvikling, de viktigste demenssykdommene og behandling med og uten legemidler, inklusiv psykososiale tiltak. Deretter deltok de på seks gruppemøter av to timers varighet over en fire måneders periode, der de fikk opplæring i bruk av strukturert problemløsning, se tekstboks 1.

Tekstboks 1 Strukturert problemløsning

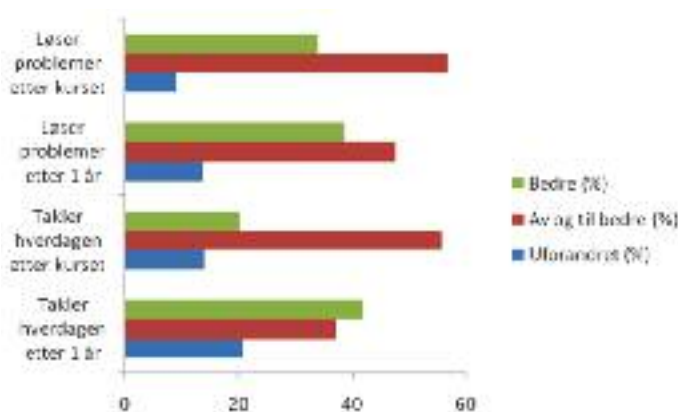
1. Definere en problemstilling så konkret som mulig
2. «Brain-storming»; forskjellige løsningsforslag, alle forslag skal skrives opp
3. Diskutør for og i mot
4. Velg løsningsforslag eller kombinasjon av løsningsforslag
5. Detaljert planlegging av hvordan løsningsforslaget skal gjennomføres
6. Evaluering og vurdering av effekt på neste møte

Gruppemøtene startet med noen få minutter «small-talk» før forrige møtes problemløsning ble evaluert. Gruppeleder tok ansvaret dersom den avtalte problemløsningen ikke var blitt gjennomført. Årsaken kunne være mangelfull analyse av problemstillingen eller ufullstendig planlegging av hvordan pårørende skulle gjennomføre løsningsforslaget. Deretter ble en ny problemstilling valgt blant de problemene pårørende slet med. Gruppeleder var instruert i å velge problemstillinger som involverte og engasjerte alle deltagerne.

En kognitiv teknikk kalt hypotesetrete (9, 10) ble benyttet for at pårørende skulle få mer realistiske



Figur 1. Effekt av intervensjonen, basert på subgruppeanalyse av 96 kvinnelige pasienter, 49 i intervensjonsgruppen (IG) og 47 i kontrollgruppen (KG).



Figur 2. Pårørendes vurdering av hvordan de takler hverdagen og løser problemer etter å ha deltatt på kurset.

forventinger til pasientens funksjon i det daglige, og til å forstå at atferdsendringene ikke var viljestyrte.

Problemløsningsgruppene som var lukket, ble ledet av en gruppeleder (spesialsykepleier i psykiatri eller geriatri) og hadde fra fire til åtte deltagere. Det ble fokusert på konkrete problemstillinger som hvordan man kan få avlastning, informasjon til slekt og venner, hvordan man bør forholde seg til APSD, hvordan man kan skape forutsigbarhet i hverdagen og behovet for å ta vare på seg selv. Der dette var naturlig ble problemstillingene knyttet opp mot de teoretiske kunnskapene pårørende hadde fått i undervisningen. Det ble lagt vekt på å gi pårørende oversikt over de tilbudene som fantes i den enkeltes hjemkommune.

Forut for intervensjonen fikk gruppelederne opplæring i bruk av strukturert problemløsning og hypotesetreet i gruppe. I tillegg deltok de på seminarer og fikk veiledning underveis. Gjennom rollespill erkjente

de betydningen av å bruke tid på å formulere konkrete problemstillinger. Etter hvert som de fikk erfaring med metoden, så de at problemløsningsmetoden også kunne benyttes på behandlingsmøter og i personalveiledning (11).

Materiale og metode

Til sammen 180 pasienter og pårørende ble inkludert i studien fra mai 2001 til juni 2003. Antallet var basert på statistiske beregninger forut for studiestart, såkalt styrkeberegning. Pasienten måtte fylle demenskriteriene i henhold til ICD-10 (12), mens pårørende skulle ha minst ukentlig ansikt-til-ansikt kontakt med pasienten og skåre fem eller høyere på RSS. Når åtte pasient-/pårørendepar var inkludert, ble det foretatt en blokk-randomisering til enten intervensjons- eller kontrollgruppen. Pasientene i begge gruppene fikk vanlig oppfølging ved hukommelsesklinikken, mens pårørende i kontrollgruppen hadde tilbud om «ad hoc» rådgivning hos erfaren sykepleier, et tilbud de sjelden benyttet seg av.

Pårørende fylte ut RSS og ble intervjuet vedrørende pasientens APSD med NPI ved inklusjon, 4,5 måneder etter inklusjon/umiddelbart etter at intervensjonen var ferdig og 12 måneder etter første undersøkelse. Samtidig ble det gjennomført en evalueringstudie der pårørende ble bedt om å vurdere de forskjellige elementene av intervensjonen (13) og om intervensjonen hadde hatt effekt på hvordan de taklet hverdagen og løste problemer knyttet til omsorgsoppgavene.

Resultater

Intervensjonen hadde ingen signifikant effekt på pårørendes belastning og APSD. Subgruppeanalysen viste imidlertid at pårørende til kvinnelige pasienter (ektemenn og voksne barn) rapporterte signifikant mindre APSD enn pårørende i kontrollgruppen etter å ha deltatt i intervensjonen, se figur 1.

Til tross for dette var de fleste pårørende fornøyde med intervensjonen. De følte at de løste problemer bedre og taklet hverdagen bedre, se figur 2.

Trettiseks pårørende kom med en eller flere tilleggs kommentarer på evalueringsskjemaene. Pårørende påpekte at det hadde vært nyttig å få belyst problemstillingene fra ulike vinkler. Gjennom diskusjonene fikk de nyttige tips og råd om hvordan hverdagens problemer kunne løses. Metoden gjorde det mulig for alle å bidra med forslag og innspill, og pårørende påpekte at det var viktig med struktur i gruppene. De hadde glede av å møte andre i samme situasjon. Å utveksle erfaringer, dele gleder og få være noe for andre, var viktig. Historier om hvordan andres familiemedlem med demens hadde tilpasset seg dagsenter og andre avlastningstilbud, virket positivt inn på dem som strevde med å få pasienten til å

akseptere offentlig hjelp. I samtaler fikk de mulighet til å bearbeide følelser som håpløshet, maktesløshet og ensomhet. Det gjorde godt å få vite at det var legitimt å bli sliten og føle frustrasjon og sinne.

Endringsforslag

Pårørende kom også med endringsforslag. Noen foreslo at gruppene burde differensieres, blant annet at pårørende til yngre pasienter burde få tilbud om egne grupper. Andre forslag var at ektefeller og voksne barn burde være i forskjellige grupper og at vi kunne differensiere i forhold til sykdomsutvikling for å gjøre det lettere å identifisere seg med hverandre. Lengre varighet av intervensjonen, oppfølgingsmøter én til to ganger i året og mulighet for individuelle samtaler ble foreslått. Møterommets lokalisering var viktig for at det skulle være enkelt å komme seg til møtene. Noen pårørende ønsket grupper for familiemedlemmet med demens.

Diskusjon

Dette er den første randomiserte, kontrollerte, psykososiale intervensjonsstudien som er gjennomført i Norge. Vi fant ingen sikker effekt av den kortvarige intervensjonen i forhold til de primære effektmålene, RSS- og NPI-skåre. Imidlertid fant vi en signifikant forskjell i total NPI blant kvinnelige pasienter i intervensjonsgruppens favør.

Det er mange mulige forklaringer på dette funnet. Det er mulig at omsorgsgivere til kvinnelige pasienter (ektemenn og voksne barn, flest døtre), forholder seg til problemene i hverdagen og til APSD på en annen måte enn hustruer med omsorgsoppgaver. Ektemenn overtar gradvis oppgaver i hus og hjem etter hvert som demenssykdommen forverrer seg, og fyller dermed sin pensjonisttilværelse med meningsfulle oppgaver.

– *En ektemann fortalte at han hadde overtatt matlagingen. Når han spiste på restaurant ba han om å få oppskrifter på sauser og annen mat han likte for senere å prøve dem ut hjemme.*

Voksne barn fungerer som omsorgsadministratorer (10) og sørger ofte for at familiemedlemmet med demens får nødvendig offentlig hjelp. Gjennom gruppeintervensjonen fikk de hjelp til å finne frem til hva slags type hjelp pasienten hadde behov for, og hvordan de kunne få pasienten til å akseptere hjelpen. Ektemenn og døtre var mindre emosjonelt belastet enn hustruer, en mulig forklaring på at de var bedre i stand til å nyttiggjøre seg undervisning og annen informasjon. De fikk mer realistiske forventninger til pasientens funksjon og lærte å takle APSD på en mer hensiktsmessig måte.

Økning av NPI-skåren blant kvinnelige pasienter i kontrollgruppen ble ikke fulgt av en økning av RSS-

skåre, et overraskende funn idet APSD ved baseline var den viktigste forklaringsvariabelen til belastning. Det kan ha sammenheng med at belastningen som ektemenn og døtre følte, primært hadde sammenheng med praktiske oppgaver og ikke så mye med de følelsesmessige aspektene ved omsorgsoppgavene.

Årsaken til at vi ikke fant noen endring i NPI-skåren blant mannlige pasienter og i RSS-skåren til kvinnelig omsorgsgivere, kan ha sammenheng med hustruenes mestringsmåte. Kvinner er vanligvis mer emosjonelle i sin tilnærming (14), setter spørsmål ved sitt bidrag og gir oftere uttrykk for skyldfølelse for at de ikke gjør nok, noe som kan føre til depresjon eller vedlikeholde depressive følelser. Siden problemløsning er oppgaveorientert, er det også mulig at metoden ikke har møtt hustruenes behov for å fokusere på de emosjonelle aspektene ved omsorgsrollen. En annen forklaring kan være at siden særlig eldre kvinner er sosialisert til en omsorgsrolle, hadde de lite å lære i en problemløsningsgruppe. Videre har kvinner (i første rekke hustruer) andre omsorgsoppgaver enn menn. De påtar seg oftere oppgaver som er knyttet til personlig hygiene, noe som lett kan føre til konflikter og øke belastningen (15). Dette er mulige forklaringer på at hustruer gjennom hele studien rapporterte høyere grad av belastning enn mannlige omsorgsgivere, noe som er i tråd med andre studier (16, 17).

Vi delte pårørende i tre grupper i forhold til deres skåre på RSS (2), og fant en signifikant forskjell i intervensjonsgruppens favør idet færre pårørende konverterte fra lavrisikogruppen til middels- og høyrisikogruppen. Denne effekten forsvant ved 12 måneders oppfølging. En mulig forklaring er at intervensjonen var for kortvarig og lite intensiv til at pårørende klarte å internalisere problemløsningsmetoden og bruke den når de møtte nye problemer fordi symptomene endret seg. Likevel står dette i kontrast til pårørendes egen evaluering som viste at flertallet mente at de av og til eller alltid taklet hverdagen bedre og løste problemer bedre etter å ha deltatt i intervensjonen.

Førtien pårørende i intervensjonsgruppen hadde en RSS-skåre høyere enn 23 ved baseline, forenlig med moderat til høy risiko for klinisk relevant stress eller depresjon (2). Intervensjonen hadde liten effekt på disse omsorgsgiverne. Den kognitive modellen (hypotesetreet) vi benyttet (9), var nyttig for å hankses med APSD, men kan ha vært for overfladisk til å modifisere depresjon og angst. Det er derfor mulig at de mest belastede pårørende ville hatt bedre nytte av individuell rådgivning som beskrevet av Mittelman og medarbeidere (18) eller kognitiv terapi individuelt eller i gruppe.

Studien har også andre begrensninger. Deltagerne ble rekruttert fra hukommelsesklinikker og er derfor ikke representative for hele populasjonen av hjemme-

boende pasienter med demens og deres pårørende. I tillegg burde oppfølgingstiden ha vært lengre idet man må anta at endring tar tid. Videre burde flere pasienter og pårørende ha vært inkludert for å kunne studere subgruppeforskjellene, dette fordi studien allerede i utgangspunktet fikk en for lav styrke (ble underpowered) grunnet frafall.

Kravet om evidens er kommet i fokus de siste 10-15 år og har ført til diskusjoner om hvilke forskningsmetoder som er best for å få frem «det sanne» – den beste praksis. Ulike forskningsmetoder er blitt rangert og randomiserte kontrollerte studier (RCT) vurderes å være gullstandard innen evidensbasert medisin (EBM) (19, 20). Innen EBM-tradisjonen har brukerbaserte evalueringsstudier hatt en lav rangering. Likevel er det viktig å huske at også RCT har begrensninger ved denne type behandlingsforskning. Selv om det ikke var noen signifikante forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgruppen i forhold til deltagerens bakgrunns-karakteristika, var det likevel innad i den enkelte gruppe store forskjeller både i forhold til pårørendes alder, relasjon til familiemedlemmet med demens, belastning og rapportert APSD. Pårørendes forslag om lengre varighet av intervensjonen og differensiering av grup-pene bekrefter at disse forskjellene kunne slå uheldig ut. Dette kunne vært løst gjennom stratifisering eller snevrere inklusjonskriterier.

I DIF ble en modifisert RCT benyttet idet det er vanskelig å blinde denne type intervensjon. Pårørende i intervensjonsgruppen visste hva de fikk, samtidig som miljøene der studien ble gjennomført var for små til at prosjektmedarbeiderne var fullstendig uvitende om hvilken gruppe pårørende tilhørte. Ved å benytte både RCT og deltagerevaluering får man frem forskjellige synspunkter. Å belyse problemstillinger fra ulike vinkler gjennom forskjellige forskningsmetoder er viktig for å oppnå bedre praksis. Gjennom brukerevaluering får man frem subjektiv kunnskap om hvordan en behandling oppleves. Samtidig er det viktig å vite at dersom samhandlingen mellom den som inter-venerer og brukeren er god, vil resultatene påvirkes i positiv retning, noe som kan redusere verdien av en evalueringsundersøkelse. Samtidig bruk av RCT vil kunne objektivisere funnene.

■ ingun.ulstein@aldringoghelse.no

Referanser

- 1) Finkel S (2000) Introduction to behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD). *Int J Geriatr Psychiatry* 15 Suppl 1: 2-4.
- 2) Ulstein I (2006) Belastningsskala pårørende: Et nyttig instrument i arbeidet med å kartlegge pårørendes situasjon og deres behov? *DEMENS* 10: 12-15
- 3) Ulstein I (2006) Klarer man mer når man kan mer? I Krüger RME (red.) *Evige utfordringer helsetjenester og omsorg for eldre*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- 4) Øksnvad AL, Grønnestad T, Arntzen, B (2000) *Familiearbeid ved psykoser. Mot samme mål*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- 5) Greene JG, Smith R, Gardiner M, Timbury GC (1982) Measuring behavioural disturbance of elderly demented patients in the community and its effects on relatives: A factor analytic study. *Age Ageing* 11: 121-26.
- 6) Cummings JL (1997) The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology* 48: 10-16.
- 7) <http://www.aldringoghelse.no/PDF/Belastningsskala.pdf>
- 8) Ulstein I, Sandvik L, Wyller TB, Engedal K (2007) One-year randomized Controlled Psychosocial Intervention Study among Family caregiver of Dementia Patients Effects on Patients and Caregivers. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2007;24(6):469-75.
- 9) James IA, Powell I, Reichelt K (2001) Cognitive therapy for carers: distinguishing fact from fiction. *J Dementia Care* 9: 24-26.
- 10) Ulstein I (2005) Pårørendes situasjon. I Engedal K og Haugen PK. *Demens. Fakta og utfordringer*. (4. utgave) Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- 11) Guldahl VB, Johannessen A (2000) *På hvilken måte kan veiledning bidra til at kursledere starter ESL-grupper*. Tønsberg: Høgskolen i Vestfold avdeling for lærerutdanning.
- 12) International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems. ICD-10. 2004. Second Edition. 10th Revision. Geneva. WHO.
- 13) Johannessen A (2006) *Pårørende til personer med demens. Evaluering av en psykoedukativ intervensjon rettet mot pårørende*. Master of public Health 2006. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.
- 14) Fitting M, Rabins P, Lucas MJ, Eastham J (1986) Caregivers for dementia patients: a comparison of husbands and wives. *Gerontologist* 26: 248-52.
- 15) Miller B, Cafasso L (1992) Gender differences in caregiving: fact or artifact? *Gerontologist* 32: 498-507.
- 16) Zarit SH, Todd PA, Zarit JM: Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontologist* 1986;26:260-66.
- 17) Bedard M, Kuzik R, Chambers L, Molloy DW, Dubois S, Lever JA: Understanding burden differences between men and women caregivers: the contribution of care-recipient problem behaviours. *Int Psychogeriatr* 2005;17:99-118.
- 18) Mittelman MS, Ferris SH, Steinberg G, Shulman E, Mackell JA, Ambinder A, Cohen J: An intervention that delays institutionalization of Alzheimer's disease patients: treatment of spouse-caregivers. *Gerontologist* 1993;33: 730-40.
- 19) Ekeland TJ (1999) Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 36; 1036-1047.
- 20) Rieper O, Hansen FH (2007) *Metodedebatten om evidens*. Rapport. København: Anvendt Kommunal Forskning (AFK).



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Nasjonalforeningen Demensforbundet med foten på gasspedalen

Nasjonalforeningen Demensforbundet er en viktig aktør på demensfeltet, som interesseforening og arrangør av tiltak for personer med demens og deres pårørende. Demensforbundet er en integrert del av Nasjonalforeningen for folkehelsen, som har demenssaken som et av sine hovedarbeidsområder. Rådet for demens blir valgt av de lokale demensforeningene på deres årsmøte. Demensforbundets prinsippprogram lister opp ti punkter som viser hva forbundet mener må til for at personer med demens og deres pårørende skal få et godt liv. Blant punktene kan nevnes:

- Personer med demens må møtes med respekt. Demenssyke må få ivaretatt sin verdighet gjennom alle faser av sykdommen. De må møte kunnskap, innlevelse og vilje til tilrettelegging.
- Rettsikkerheten til personer med demens må klargjøres og styrkes.
- Personer med demens må få ivaretatt sin rett til helsehjelp, blant annet når det gjelder utredning, diagnostisering og sikkerhet.
- Alle hjemmeboende personer med demens må få et tilrettelagt dagtilbud i sitt nærmiljø.
- Familier med demenssyke må gis trygde- og støtteordninger som gjør det mulig å opprettholde en levestandard som er lik den familien hadde tidligere.
- Ulike kommunale tilbud om avlastning må tilpasses den enkelte families behov. Det forutsetter gode og fleksible ordninger.

Oppgaver nok, både lokalt og sentralt

Lokalt er det nå 130 demensforeninger spredt i alle landets fylker. Til sammen har foreningene ca 4 000 medlemmer. Med tanke på at det fins minst 250 000 pårørende til personer med demens, står vel medlems-tallet en del tilbake å ønske? D&A retter spørsmålet til fagkonsulentene Ellen Berner og Liv Anita Brekke i Nasjonalforeningen.

– Organisasjonen er i vekst. Vi har en vervekampanje gående, og den har gitt oss 300 nye medlemmer i løpet av 2007, en vekst på nærmere ti prosent. Det

Liv Anita Brekke
t.v. og Ellen
Berner.



viser at tilbudet våre lokale demensforeninger gir er verdifullt og nyttig både for personer med demens, deres pårørende og for fagfolk. I fjor opprettet vi ti nye lokale demensforeninger.

Fylkeshelselagene i Nasjonalforeningen velger en demenskontakt som har hele fylket som sitt område og arbeider med informasjon, helsepolitikk, bidrar til å starte nye demensforeninger og holder oversikt over hvilke demenstiltak som fins i fylket.

De lokale demensforeningene driver informasjons-tiltak innenfor egen kommune, arrangerer åpne møter, har samtalegrupper og driver pårørendeskole. Enkelte arrangerer demenscafé. Flere av Nasjonalforeningens øvrige lokallag, helselagene, er også aktive på demensfeltet. Demensforeningene i Møre og Romsdal var pådriver for oppholdet for yngre personer med demens på Savallen i fjor, som D&A har skrevet om tidligere. Demensforeningen i Hamar-regionen har i flere år arrangert fjelltur for personer for demens og deres pårørende. Ett arbeid som skal styrkes enda mer i året som kommer, er tiltak for personer som selv har demens, for eksempel gjennom samtalegrupper. Da trengs det mer enn vilje til frivillig arbeid?

– Vi oppfordrer lokalforeningene til å ha fagfolk i styret i tillegg til pårørende. Mange av våre demens-kontakter er fagfolk. Det er verdifullt at pårørende og fagfolk «trekker lasset sammen». Noen foreninger har fått forpliktende samarbeidsavtaler med sin kommune, slik at kommunen stiller med faglig kompetanse når det trengs. Dette vil vi gjerne jobbe videre med.

Helsepolitisk aktør

Nasjonalforeningen Demensforbundet er aktiv i forhold til sentrale myndigheter, både som høringsinstans og som pressgruppe.

– *Vår oppgave som interesseorganisasjon er å være denne gruppens stemme overfor myndighetene. Vi har vært sterkt inne i arbeidet med Demensplan 2015. Vi er svært glade for at handlingsplanen er blitt en realitet, men en plan i seg selv gir ikke brukerne et bedre tilbud. Vi i Nasjonalforeningen Demensforbundet skal være «vaktbikkjer» både sentralt og lokalt og passe på at staten og ikke minst kommunene følger opp planen.*

Ikke alle medlemmer opplever det like enkelt å møte lokalpolitikere og kreve handling. Demensforbundet har derfor satt i gang skoleringsopplegget *Fra avmakt til makt* for sine medlemmer. Dette kurset i rettigheter og helsepolitisk arbeid er foreløpig arrangert i elleve fylker, men alle fylker skal få tilbud om kurset.

– *Slik senker vi medlemmenes terskel for å ta kontakt med sentrale organer i kommunen, og kurset er blitt svært godt mottatt av våre medlemmer.*

Demenslinjen

Demenslinjen er en hjelpetelefon for mennesker som ønsker informasjon om demenssykdommer og hjelpe tiltak. Nasjonalforeningen får midler over statsbudsjettet til drift av linjen. Den startet i 2000, og i fjor kom det 2 200 henvendelser, en økning på 20 prosent fra året før.

– *Vi får stadig henvendelser om uverdige forhold, dårlig kvalitet på tilbudene og for lav bemanning i tjenestene. Informasjon om sykdommen er naturligvis en gjenganger, og forholdet til fastlegen. At fastlegen ikke tar demens på alvor og ikke utreder, er et tema som går igjen.*

Erfaringer fra Demenslinjen er svært viktige i vårt helsepolitiske arbeid. De gjør at vi til enhver tid er oppdatert på hva slags tilbud personer med demens og deres pårørende får. Dette målbærer vi overfor sentrale politikere og beslutningstakere.

Nasjonalforeningen Demensforbundet deler også ut forskningsmidler. I år er summen 600 000 kroner til forskning med fokus på å fremme best mulige livsvilkår for personer med demens og deres pårørende, forskning om årsaksmekanismer og annen forskning rundt utredning og behandling av demens. Søknadsfristen var 1. juni.

Åpenhet et mål

Demensforbundet utgir en rekke informasjonsbrosjyrer og bladet Demensnytt. Åpenhet om demenssykdommer er et sentralt tema. Det er ingen tilfeldighet at den store Alzheimer Europe-konferansen som Nasjonal-

foreningen arrangerte sammen med Nasjonalt kompetansesenter for demens i Oslo i slutten av mai, het Bryt barrierene! Ellen Berner og Liv Anita Brekke opplever at det er geografiske forskjeller i Norge på dette området.

– *Tabuer og manglende åpenhet om demens er en utfordring. Det er viktig å få demens frem i lyset. Åpne møter er et tiltak for å få frem informasjon, og vi oppfordrer lokallagene til å bruke media aktivt. Og vi kan ikke underslå at det hjelper på åpenheten at kjente personer forteller at de har fått en demenssykdom. Det står stor respekt av at blant andre tidligere fiskeriminister Jan Henry T. Olsen har stått frem og fortalt om sin sykdom.*

Demensprisen

På markeringen av Alzheimerdagen deles Demensprisen ut i alle fylker. Prisen deles ut til en enkeltperson, en gruppe mennesker eller en institusjon, en avdeling eller et dagsenter, og er en honnør for en innsats utenom det vanlige. Den deles ikke ut til Nasjonalforeningens egne tillitsvalgte. Prisen består av et bilde av kunstneren Inger Dale.

På ønskelisten:

At Demensplan 2015 følges opp

Nasjonalforeningen Demensforbundet har over statsbudsjettet i 2007 og 2008 fått bevilget en million kroner for å styrke demensarbeidet i kommunene. De brukes til å øke det lokale tilbudet og øke og videreutvikle veiledningen og støtten til pårørende og personer med demens

– *Fordi arbeidet drives på frivillig basis, får man gjort mye for små midler. Å få en slik bevilgning oppleves som en god klapp på skulderen. For dem som driver det frivillige arbeid er dette en vitamininnsprøytning samtidig som det setter oss i stand til å øke og videreutvikle vår aktivitet og tilbud til personer med demens og deres pårørende.*

På spørsmål om hva som står på Demensforbundets ønskeliste for de nærmeste årene, er meldingen klar:

– *Demensplan 2015 er en ønskeliste i seg selv. Nå må kommunene og statlige myndigheter sette planen ut i livet. Hvis vi skulle ønske oss noe, måtte det derfor være at planen ble gjort mer forpliktende for både sentrale og lokale myndigheter, slik at vi kunne være helt sikre på at tilbudet til personer med demens og deres pårørende faktisk blir bedre.*

Demenslinjen: Tlf. 815 33 032



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Ny blodprøve – et mulig gjennombrudd i tidlig diagnostisering av Alzheimers sykdom?

Det norske selskapet DiaGenic ASA har fått patent i 19 europeiske land pluss USA for en blodprøve som kan vise seg å konstatere risiko for Alzheimers sykdom på et stadium før sykdomssymptomer opptrer. Den grunnleggende teorien er at en sykdom ikke bare preger det rammede organet, men også etterlater en «signatur» i andre deler av kroppen. Denne signaturen kan identifiseres gjennom bruk av genteknologi. Metoden kan også brukes for å diagnostisere Parkinsons sykdom og brystkreft.

Det pågår en forskningsstudie der 400 personer er inkludert ved seks forskningssentre i Norge og 150 personer ved fem sentre i Sverige. I tillegg har man kontrollgrupper. Hensikten med studien er å undersøke blodprøver fra personer med mistenkt eller etablert Alzheimers sykdom for om mulig å finne et felles genetisk «fingeravtrykk». Man tar dessuten bildediagnostikk (MR og PET) og hukommelsestester, samt registrerer symptomer og sykdomshistorie hos de inkluderte personene. Når studien er ferdig, vil man på laboratoriene sammenholde blodprøvene med den informasjon man har om den enkelte pasient for å se om vedkommende har utviklet Alzheimers sykdom. Hvis testen svarer til forventningene vil den være positiv hos pasienter med etablert AS og hos pasienter med MCI (mild kognitiv svikt) som etter en tid utvikler AS. Den skal være negativ hos for eksempel pasienter med MCI som ikke utvikler AS.

NKS Olaviken Alderspsykiatriske sykehus AS var et av sentrene som i en tidlig fase var med i studien. Overlege og psykiater Tor Jacob Moe ser på utfallet av studien som et mulig gjennombrudd i tidlig diagnostikk av Alzheimers sykdom.

– Hvis studien gir de resultatene vi håper på, kan det bety at vi på et tidlig tidspunkt kan konstatere at pasienten vil utvikle Alzheimers sykdom. Mennesker som lurer på om de er i ferd med å utvikle sykdommen, kan få et svar som enten gjør at de kan puste lettet ut eller som setter dem i stand til å planlegge det videre livet ut fra en sannsynlig sykdomsutvikling.



Overlege og psykiater
Tor Jacob Moe.

Behovet for en tidligere og mer nøyaktig diagnostisering av Alzheimers sykdom har vært påpekt fra mange hold, blant andre Alzheimer's Association. Tor Jacob Moe er en av dem som ivrer for en sikrere diagnostikk.

– Vi er ikke i stand til å være presise nok med de metodene vi har i dag. Det er viktig å kunne skille de som har sykdommen fra dem som har noe som ligner. En mulig gevinst av å kunne påvise sykdommen tidlig er at personene vil være i stand til selv å stille krav til hjelpeappa-

tet i en helt annen grad enn nå. Hvis det viser seg at mange vil utvikle Alzheimers sykdom, vil dette sette makt bak kravene til forskning og god omsorg.

Men hjelper det å stille en tidlig og nøyaktig diagnose når man ikke har medisin som kan stanse sykdomsutviklingen?

– Man kan håpe at det store trykket som er til stede på utviklingen av nye medikamenter, kan føre til noe om ikke altfor lenge. Det må undersøkes gjennom videre forskning.

En person som får et positivt svar på denne blodprøven kan ikke sendes ut i verden uten oppfølging?

– Avgjort ikke, men en nøyaktig diagnose kan gjøre oss i stand til å være mer presise i behandling og rådgivning til pasienten og de pårørende. Det kan være en hjelp for personer til å foreta valg for sitt fremtidige liv. Men nye muligheter gir også nye utfordringer, og legene må settes i stand til å møte pasientene på en god måte.

Hva med de etiske problemstillingene omkring en test som viser en fremtidig sykdomsutvikling? Det kan jo tenkes at personen dør av andre årsaker før symptomene på Alzheimers sykdom for alvor blir synlige?

– Vi har prosedyrer i forhold til Huntingtons sykdom, som er en dominant arvelig sykdom. Der viser gentestene at du enten har eller ikke har sykdommen, men de som har tatt testen kan selvfølgelig velge om de vil vite resultatet eller ikke. Erfaringer med disse prosedyrene vil kunne brukes også i forhold til den nye blodprøven som forhåpentligvis vil kunne påvise eller avkrefte Alzheimers sykdom.



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Alderspsykiatrikonferansen i Tromsø 2008

Opp å stå – ut å gå!

Landskonferansen i alderspsykiatri ble arrangert i Tromsø i midten av april, med drøyt 200 påmeldte. Foredragene omfattet blant annet kulturelle utfordringer, depresjon ved demens, miljøtiltak og legemiddelbruk, selvmord og tilbud til rusmiddelavhengige.

I normalbefolkningen er forekomsten av depresjon mellom 11 og 15 prosent, av alvorlig depresjon mellom 2 og 4,3 prosent, ifølge undersøkelser gjengitt i boken *Urunde hjul – alderspsykiatri i praksis* (1). Blant sykehjemspasienter har ca 34 prosent depresjon og mellom 33 og 40 prosent har alvorlig depresjon. I tillegg til å gi bedre fysisk helse, virker fysisk aktivitet positivt på depresjon. Det sa fysioterapeut dr.philos. Jorunn Lægdheim Helbostad (bildet) ved Institutt for nevromedisin, NTNU. I sitt foredrag viste hun til resultater fra en rekke undersøkelser:

- De fleste studier peker i retning av at trening har en positiv virkning på depresjon
- Det er ikke funnet at noen typer trening virker bedre enn andre
- Ved progressiv styrketrening hos personer over 60 år er det funnet en viss sammenheng mellom treningsintensitet og effekt på depresjon

- Fysisk trening har ikke større effekt enn kognitiv terapi og medikamenter
- Treningsopplegg over ni uker har bedre effekt enn kortere opplegg
- Treningsmiljøet har betydning.

Den fysiske gevinsten av aktivitet er stor. Mens inaktivitet øker dødsrisikoen ved hjerte-/karlidelser, diabetes og kreft, gir bevegelse og mosjon sterkere skjelett, forebygger fall, bedrer blodomløpet – også til hjernen – og øker velværet. Tretti minutter aktivitet daglig er nok til å gi helsegevinst. Og til alle som ønsker å gjøre noe med saken:

- Få tak i den enkeltes ønsker
- Trim til faste tider
- Legg til rette for opplevelse av mestring
- Skap en god ramme med tillit, trygghet og humør
- Husk at personer med demens trenger spesiell tilrettelegging og instruksjon.

For egen regning: Tenk om alle eldre som ønsker det kunne oppleve å få bevege seg ute i frisk luft nå i den lyse årstiden, og samtidig få det bedre både fysisk og psykisk! Kanskje det til og med ville være god kommuneøkonomi?



Referanse

- 1) Engedal K (2000) *Urunde hjul. Alderspsykiatri i praksis*. Tønsberg/Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Posterpriser på landskonferansen i alderspsykiatri

Konferansedeltakernes posterpris gikk til spesialsykepleier Ingrid Fjellestad og fagutviklings- sykepleier Kirsti Frøshaug ved Akershus universitetssykehus (AHUS) for posteren *Bedre alderspsykiatri!* Den beskriver et pilotprosjekt for systematisk innhenting av pasienterfaringer ved Alderspsykiatrisk avdeling ved AHUS. Erfaringene fra prosjektet skal føre til utforming av et egnet instrument for innhenting av pasienterfaringer – et vesentlig bidrag til pasienters lovfestede rett til brukermedvirkning. Prosjektet skal ha en planlagt varighet på tre år og avsluttes i 2010.

Fagjuryens posterpris ble tildelt seksjonsoverlege Kjell Martin Moksnes, avdelingssjef Bernhard Lorentzen og avdelingssjef Erik Nordberg ved Alderspsykiatrisk avdeling, Ullevål universitetssykehus. Posterens tittel var *Ventetid for utskrivningsklare pasienter fra sykehus* og viste resultater av en statlig betalingsordning for utskrivningsklare pasienter ved somatiske sykehusavdelinger. I Oslo var alderspsykiatriske avdelinger med i ordningen frem til 2002, og fagfolkene bak posteren har sammenlignet ventetiden for pasienter ved somatiske og alderspsykiatriske pasienter i Oslo før og etter at ordningen opphørte. Undersøkelsen viser at opphør av betalingsordningen for alderspsykiatriske pasienter har bidratt til at ventetiden igjen har økt for denne gruppen.



*Fire stolte vinnere:
Fra venstre Kjell Martin
Moksnes, Bernhard Lorentzen,
Ingrid Fjellestad og Kirsti
Frøshaug.*

Smått er godt – også for Husbanken

Omsorgsplan 2015 anslår behovet for nye omsorgsboliger og sykehjemsplasser til å ligge på 12 000 frem mot 2015. Gjennom Husbanken kan det gis statlig støtte på 20 prosent av godkjente anleggs- kostnader til omsorgsboliger med fellesareal, begrenset oppad til 400 000 kroner per bolig. Til sykehjem kan det gis tilskudd på 30 prosent av godkjente anleggskostnader, begrenset oppad til 600 000 kroner per plass.

I retningslinjer vedtatt av Husbanken i desember 2007 går det blant annet frem at:
«Sykehjem og omsorgsboliger skal være tilpasset eldre personer med demens og kognitiv svikt i tråd med Demensplan 2015. Dette innebærer små avdelinger og bofellesskap med rom for aktiviteter og tilgang til tilpasset uteareal.» (Red.)

B ØKONOMI
ÉCONOMIQUE



NORGE

P. P.

Returadresse:

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
Geriatrisk avd., Ullevål universitetssykehus, 0407 OSLO

:aktuell informasjon – debatt



:neste nummer

vol. 12 – nr. 3 – 2008

- ◆ ISO-sertifisering – til glede for hvem?
- ◆ Gi oss tid! Hjertesukk fra demensnettverk i Troms
- ◆ Kan musikk hjelpe ved adferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens?
- ◆ Glimt fra forsommerens kongresser



Aldring og helse

Nasjonalt kompetansesenter

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

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

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

ISSN: 0809-3520

Medlem av:

Fagpressen



www.aldringoghelse.no