



vol. 13 – nr. 2 – 2009

Demens&Alderspsykiatri

- ◆ Metoder for å minske uro og atferdssymptomer
- ◆ Medisiner i stedet for tilrettelagt omsorg?
- ◆ Vaksine mot Alzheimers sykdom – hvor står vi?
- ◆ Når kulturer møtes: Omsorg i et flerkulturelt Norge



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter



Demens&Alderspsykiatri

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

Utgiver

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

Layout/trykk

BK Gruppen, Tove Aasrum, Sandefjord

Det redaksjonelle arbeidet er avsluttet 11. mai 2009.



Retningslinjer for publisering i fagtidsskriftet Demens&Alderspsykiatri

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

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

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

Redaktør:

Ragnhild M. Eidem Krüger
Hop terrasse 12, 5232 Paradis
Tlf. 55 91 22 11, Fax 55 91 22 12
Mobil: 915 39 065
ragnhild.kruger@aldringoghelse.no

Redaksjonssekretær:

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

Ansvarlig redaksjonskomité:

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

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

Geir Selbæk, psykiater, PhD
Sykehuset Innlandet HF, Tlf. 96 88 35 35

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

Faglige medarbeidere:

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

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

Abonnement:

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

www.demensogalderspsykiatri.no



- 4 Demensdebatt på Tinget
- 5 Tempoet må opp!
- 6 Min mening: Sykehjemmenes rolle må avklares og oppgraderes!
- 7 Forebygging av APSD i en forsterket sykehjemsavdeling
Britt Odland, Sverre Thorshaug
- 11 Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens (TID)
Bjørn Lichtwarck
- 15 Är det personalen eller patienterna som har ett störande beteende?
David Edvardsson
- 19 Medisiner i stedet for tilrettelagt omsorg?
- 21 ... og den som ikke klage kan, hører hjemme i gråsoneland
- 22 Sykehjems plass på billigsalg – hvor er etikken?
Aase-Marit Nygård
- 24 Overforbruk av antipsykotika – har Helsetilsynet gjort jobben?
- 25 Vaksine mot Alzheimers sykdom – feilslått satsing eller fortsatt håp?
Anne-Rita Øksengård
- 28 Det handler om trivsel og verdighet
Kristin Fragell Lillevold
- 32 Hva er det ved hukommelsen vår som påvirkes når vi blir eldre?
Martin Andersson
- 35 «Vi har lært å fange opp behov hos den enkelte pasient!»
Torhild Holthe
- 36 Inni er vi like? Utfordringer og løsninger i en flerkulturell omsorgshverdag
- 40 Satsing på geriatri- og demensforskning i Bergen
- 42 Vondt i kroppen og i sjelen
Glimt fra geriatrikonferanse

Politikere: Stell pent med sykehjemmene!

Det er store kontraster i dette nummeret av Demens&Alderspsykiatri. Vi har gode eksempler på hvordan uro hos pasienter med demens kan forebygges og hvordan intervensjoner kan lykkes når uroen og angsten står i full blomst. Vi får vite hvordan frivillig innsats på sykehjem kan organiseres, og at det i Bergen satses på demens- og geriatriforskning gjennom en kombinasjon av næringslivs- og offentlige midler.

Men vi får også vite at sykehjemshverdagen er et daglig slit for å balansere pasientenes behov mot «systemets» virkelighetsoppfatning. Da pressen i vinter fortalte at bydeler i Oslo tildelte personer med demens vanlig sykehjems plass i stedet for plass i demensavdeling (som sto ledig), og at en bydel foreslo medisiner i stedet for plass i demensavdeling, ble det pinlig tydelig at verden går langsomt fremover. Hvor er kunnskapen om demens hos dem som tildeler plasser? Når omkring 80 prosent av dem som bor på sykehjem har en demenslidelse, burde det være et selvsagt krav at de som tildeler sykehjems plasser vet hva demens innebærer og tar hensyn til det. Hvor er ydmykheten overfor faglige anbefalinger? I tilfellene i Oslo ble legenes anbefalinger satt til side. At økonomiske hensyn ble prioritert foran pasientenes behov, er det ingen tvil om.

Det er lagt mye omtanke i Demensplan 2015 «Den gode dagen». Den blir likevel bare et stykke papir hvis ikke intensjonene blir til praktisk virkelighet i møte mellom enkeltindivider og «system». Sykehjemmenes rolle er blitt mer og mer omfattende de siste årene, og den blir ikke mindre sentral gjennom den bebudede samordningsreformen. Ansvarlige politikere må se til at de økonomiske rammene endrer seg i takt med oppgavene. Hvis ikke, svikter de de aller sykeste eldre – som verken makter å sende klage til fylkeslegen eller ringe lokalavisen. Det kan vel ikke de folkevalgte ha heftende ved seg – aller minst i et valgår?

Ragnhild M. Eidem Krüger

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



Demensdebatt på Tinget

Den 16. mars var kvaliteten i demensomsorgen tema for en interpellasjon på Stortinget. Debatten ble ordrik, men brakte ikke frem nye opplysninger eller politiske løfter.

Interpellasjonen kom fra Vigdis Giltun (FrP):

«En publisert studie av psykiater Geir Selbæk (...) viser at demente i sykehjem sliter med alvorlige psykiske problemer. Mange er aldri diagnostisert, og få får tilbud om adekvat behandling. Medisinbruken er overdreven, og ofte til større hjelp for personalet enn for pasienten. Funnene indikerer at demente i sykehjem er like dårlige som pasienter i psykiatriske sykehus. 80 prosent av sykehjemsbeboere har demens, men kun 20 prosent av de demente har plass i skjermede enheter, og det ser ut til å være tilfeldig hvem som havner der. Studien viser at demente er en stor gruppe som er oversett, og som får for dårlig oppfølging. Man har i mange år hatt som målsetting å gi demente et godt bo- og behandlingstilbud, men studien viser at denne gruppen nærmest er glemt.

Vil statsråden sørge for opptrappingstiltak som raskt sikrer denne pasientgruppen et faglig godt behandlings- og botilbud?»

I sitt svar sa helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen blant annet:

«Det er ingen tvil om at vi har en god helse- og omsorgstjeneste, (...). Likevel er det mange pasienter som ikke får den hjelpen de trenger og har krav på. Det kan være syke eldre, mennesker med kroniske sykdommer – som KOLS, kreft og demens. (...) Disse pasientene er taperne i dagens Helse-Norge. Samtidig

Bjarne Håkon
Hanssen



er samhandlingsproblemet voksende, blant annet fordi det blir flere syke eldre og flere som lever lenge med sin sykdom, blant annet demens.(...)»

Statsråden ga en gjennomgang av planer som eksisterer for denne delen av helsesektoren. Både sykehjemmene, hjemmetjenestene og samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten skal styrkes, ifølge Hanssen. Kommunene har fått penger for å sette i gang tiltak, sa statsråden:

«I statsbudsjettet for 2009 har vi understreket at økningen i de frie inntektene skal gi rom for å starte oppbygging av dagtilbud (til personer med demens, red. anmerk.) i 2009, og vi ser at det skjer.»

Hele debatten finnes på www.stortinget.no

Store mangler i eldreomsorgen Kritisk rapport fra Riksrevisjonen

Riksrevisjonens rapport om kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene til eldre (www.riksrevisjonen.no) viser at kommunene ikke alltid klarer å sikre at alle tjenestemottakere gis et tjenestetilbud i tråd med behovet. Flere eldre får avslag på institusjonsplass fordi det er for få plasser eller fordi plassene brukes til andre formål enn de er avsatt til. Dekningsgraden for institusjonsplasser for eldre over 80 år er redusert med syv prosent fra 2003 til 2007. Dessuten mottar kun én av ti hjemmetjenestebrukere dagtilbud. (Red.)

Tempoet må opp!

Ifølge svaret fra Bjarne Håkon Hanssen er regjeringen godt fornøyd med sin innsats på demensfeltet. Vigdis Giltun er ikke like fornøyd.

– Jeg hadde håpet at statsråden kunne komme med signaler om at man må gå raskere frem, både med utbygging av nye sykehjemsplasser og med forbedringer av sykehjemmene ved å gjøre om avdelinger til skjermede enheter. Jeg hadde dessuten håpet at det skulle bli mer fokus på miljø og trivsels-tiltak for å bedre hverdagen for personer med demens på sykehjemmene.

Det ligger jo i Demensplan 2015 at det skal gis tilskudd til 12 000 plasser i sykehjem og omsorgsboliger innen 2015?

– Men i dette tallet ligger også boliger til personer med utviklingshemning, psykiatriske boliger, der vi fremdeles mangler 2 800 plasser, boliger til rusavhengige og så videre. Kun omkring 6 000 av de planlagte enhetene vil være sykehjemsplasser. Vi mangler allerede ca. 15-16 000 plasser i forhold til tidligere målsetning om 25 prosent dekningsgrad for dem over 80 år. Og det er omkring 24 000 personer med demens på sykehjem som ikke bor i skjermet enhet. Derfor hadde jeg håpet at helseministeren ville love flere midler for også å bygge om flere eksisterende avdelinger. Han var så vidt inne på at vi ikke er klar over hvor store utfordringer vi står overfor i årene fremover. Vi vil få et voksende etterslep fordi det blir flere og flere over 80 år og en sterk økning i antallet eldre med demens. Terskelen for å få sykehjemsplass er da også blitt høyere og høyere for hvert år.

Overdreven medisinbruk

I interpellasjonen sa Vigdis Giltun at medisinbruken er overdreven. Nå er det blitt kjent at bydelene i Oslo har overprøvd faglige råd fra leger om at personer med demens bør ha plass i demensenhet på sykehjemmet, og tildelt dem vanlige plasser – til tross for at det var ledige plasser i demensavdeling på det aktuelle sykehjemmet (se s. 19). Det tyder på at økonomiske beveggrunner styrer tildelingen mer enn faglighet. En av bydelene har også foreslått at sykehjemmet kan



Vigdis Giltun

bruke beroligende medisin i stedet for skjermet enhet. Hva tenker du om det?

– Dette er veldig alvorlig og helt meningsløst. Det viser at eldre og pleietrengende har altfor dårlige rettigheter, og at de rettighetene de har ikke blir fulgt opp. Det er klart at hvis sykehjemmet har en skjermet enhet eller en demensavdeling, skal de som har behov for det få benytte den.

Men dette skjer i en kommune hvor FrP har byråddet for velferd og sosiale tjenester, og mange vil vel tenke at dette er partiets politikk i praksis når økonomi og kvalitet konkurrerer?

– Jeg vil uansett ikke forsvare en slik praksis. De eldre må få den omsorgen de har behov for.

KOMMENTAR

«Det er nesten ikke til å tro at enkelte kommunale bestemmende instanser i 2009 kan overprøve anbefalinger i tråd med hva som gir en pasient best innenfor aksepterte rammer.»
Les Aase-Marit Nygårds kommentar side 22.

Min mening: Sykehjemmenes rolle må avklares og oppgraderes!

I mange år har sykehjemmenes rolle vært diskutert uten at myndighetene har påtatt seg å definere hva et sykehjem skal være. Vi har fått omsorgsboliger med, men også mange uten heldøgns omsorg.

Hjemmesykepleien er i mange kommuner blitt prioritert langt foran sykehjemmene. Mange opplever at sykehjemmene sitter igjen med svarteper. Pasienter skrives tidligere ut fra sykehus enn før, og resultatet er at sykehjemmene skal ta seg av alvorlig syke pasienter med kreft, KOLS og andre somatiske sykdommer. Samtidig har omkring 80 prosent av pasientene ved norske sykehjem demens.

Oppi det hele går diskusjonen om de syke skal kalles pasienter eller beboere. Overlege Pernille Bruusgaard ved Smestad sykehjem i Oslo mener sykehjemmenes rolle må oppgraderes.

– Det er pasienter vi snakker om! Ingen flytter inn på sykehjem uten minst én diagnose, og det er få som ikke bruker medisiner. De fleste er pasienter med flere sykdommer samtidig, men det opplever jeg ikke at systemet omkring anerkjenner. Det er mye tvil om hvorvidt man skal kalle dem beboere eller pasienter, men de blir ikke friskere om vi kaller dem beboere. Dette tror jeg er viktig å få avklart, for så snart du kaller dem pasienter, må pasientrettighetsloven gjelde. På sykehjemmet der jeg jobber, er det snakk om vanskelige og utfordrende medisinske problemstillinger. Langkommet KOLS, kreft, store kroniske sår, de har peg-sonder og trakeostomier.¹ Ikke minst er demens med atferdsforstyrrelser en faglig utfordring. Dette må ikke komme i bakgrunnen for konjakk og sangstunder, selv om det også er viktig for livskvaliteten. Vi opplever kombinasjoner av alvorlig somatisk syk-

Overlege Pernille
Bruusgaard



dom og demens som grenser til alderspsykiatri, og det gjør behandling vanskelig. Vi vet at medisin mot den ene sykdommen forverrer symptomene av den andre, og dessuten motsetter pasientene seg behandling i blant.

Jeg ønsker meg sykehjem basert på faglighet. Vi må ha flere ansatte med kunnskap om aldring og demens, og vi trenger flere leger – også for å løfte sykehjemmenes status som helseinstitusjoner. Det er bare legene som kan bestemme hvilke medisiner som skal brukes og hvilke som skal tas bort, og jeg håper dette ville føre til mindre medisinbruk og sterkere fokusering på pleietiltak og lindring. Vi trenger opplæring av hele personalet på et sykehjem. Personer med demens og atferdsforstyrrelser kan være opprivende å jobbe med hvis du ikke opplever at du har redskap til å imøtekomme problemene deres. En undersøkelse som ble gjort i Oslo i løpet av en helg viste at det var opptil 90 prosent ufaglært personale på ett av sykehjemmene. Og folk har verken mindre demens, KOLS eller andre sykdommer selv om det er helg.

NB!

Se også intervju med Pernille Bruusgaard side 19.

¹) Kirurgisk fremkalte hull i luftrøret på halsens fremside, ved åndedrettshindring eller ved langvarig behandling med respirator. (Red.)



*Britt Odland og Sverre Thorshaug, sykepleiere,
Forsterket Skjermet Enhet, Indre Havn sykehjem, Horten*

Forebygging av APSD i en forsterket sykehjemsavdeling

«En krevende jobb for spesielt interesserte» skriver Britt Odland og Sverre Thorshaug om forebygging av atferdsmessige og psykologiske symptomer hos personer med demens (APSD) i en forsterket sykehjemsavdeling. Artikkelen bygger på forfatterne innlegg på Demensdagene 2008.

Atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens (APSD) er et syndrom hos personer med demens som inkluderer apati (passivitet), depressive symptomer, angst, hallusinasjoner, vrangforestillinger, manglende hemning, agitasjon (upassende verbal eller motorisk atferd), roping og vandring (1).

Da Horten kommune var i ferd med å planlegge nye sykehjem, startet diskusjonen om å integrere et utvidet tilbud til personer med demens og APSD ved Indre Havn sykehjem. Ett av kriteriene for opphold skulle være at pasientens atferd var uforenlig med opphold i vanlig forsterket enhet. Behovet i Vestfold med 230 000 innbyggere ble anslått til åtte plasser. Da sykehjemmet åpnet i 2004 ble Forsterket Skjermet Enhet (FSE) startet som et prosjekt med støtte fra Sosial- og helsedirektoratet.

Det ble etablert et formalisert samarbeid med Psykiatrien i Vestfold (PiV) ved Granli senter, enhet for hukommelsessvikt. De skulle stå for utredning og diagnostisering av aktuelle pasienter. I tillegg skulle psykiatrien bidra med veiledning, psykiatrisk sykepleier, psykolog og psykiater ved behov. Dette samarbeidet er opprettholdt.

Virksomheten er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven som en del av det kommunale helse- tjenestetilbudet.

Organisering/dimensjonering

FSE er organisert i to poster med fire pasienter på hver post. Bemannning er én til én, det vil si én pleier per pasient fra kl. 07 til 22 alle dager. I tillegg er det egne nattevakter. Dette utgjør til sammen 25 årsverk.

Vi har en klar ansvarsfordeling blant personalet. Hver pasient har sin primærkontakt og fagsykepleier.

En sykepleier (koordinator) har ansvaret for den daglige driften. Struktur i posten er viktig, for eksempel ansvarlige personer for brannberedskap, mat, hygiene og HMS (helse, miljø og sikkerhet). Det må være stor grad av orden på posten, slik at vår oppmerksomhet hele tiden kan rettes mot pasientene. Personalet skal til enhver tid vite hvor nødvendige hjelpemidler er. På den måten unngås mye unødvendig trafikk på posten som kan uroe pasientene.

Postens utforming og miljø

Posten er fysisk utformet slik at når pasienten kommer ut fra sitt eget rom møter han alltid personalet i fellesrommet. Vi legger vekt på et oversiktlig og hyggelig miljø møblert som et privat hjem. Fellesmåltider er et av våre beste miljøtiltak, derfor har vi stort spisebord med plass til alle (2). Vi har få forstyrrende, løse gjenstander som kan flyttes på og brukes som våpen. Noen ganger må vi strippe fellesrommet for alt som er overflødig, for så å ta tingene frem igjen litt etter litt, tilpasset tilstanden til pasientene. Alle pasientene har stort enerom med bad. Posten har et skjermingsrom som blir brukt som en ekstra stue, «Lillestua», ved behov.

Da posten åpnet var det åpen kjøkkenløsning. Den ble etter kort tid bygget inn for å bedre sikkerheten og redusere støyen. Kjøkkendørene holdes alltid låst. I tilknytning til stua er det en liten sansehage som brukes mye i sommerhalvåret. Sansehagen har to utganger fra posten. Den er omgitt av et høyt gjerde for å hindre at pasientene går seg bort, og for å begrense innsyn. Vi setter poteter, sår grønnsaker og blomster, vanner, luker og høster, enkle oppgaver som de fleste mestrer. Når det er varmt spiser vi ofte ute, griller og koser oss.

Kompetanse

Vi tilstreber å ha kvalifisert personell. Alle fast ansatte har helsefaglig bakgrunn med inngående kunnskap om demens. Hver post har tre sykepleiere. De fleste hjelpepleiere og omsorgsarbeidere har spesialutdannelse innenfor psykiatri/geriatri. Personlig egnethet er kanskje det aller viktigste på denne type avdeling. Man må være interessert i faget, ha et ønske om å bli dyktigere, ha evnen til å tåle stressbelastninger over tid og kunne arbeide nært med kolleger. Sammenlignet med andre avdelinger har vi en høy andel menn, ca. 20 prosent, noe som er bra for både miljøet og sikkerheten. Det arrangeres fagseminarer høst og vår med høyt skolerte forelesere fra demens- og psykiatrisorgen lokalt og nasjonalt. Vi har internundervisning, og personalet fra FSE er etterspurt som undervisere på andre sykehjem på grunn av sin kompetanse. To pleiere videreutdanner seg til Marte Meo-terapeuter. Utdanningen er finansiert av kommunale midler. Institusjonen bidrar med permisjon med lønn. Marte Meo er en metode hvor videofilming brukes til å bevisstgjøre personalet om det som skjer i kommunikasjon mellom hjelper og pasient (3). Andre videreutdanner seg innenfor psykiatri og geriatri. Sykehjemslegen vår har stor kunnskap om og interesse for demensfeltet. Psykiatrien i Vestfold (PiV), ved

Granli senter for hukommelsessvikt, bidrar gjennom veiledning med spesialsykepleier to dager per uke og psykolog annenhver uke.

Veiledningen er både individuell og i grupper, alt etter aktuelle behov og problemstillinger. Når vi har store utfordringer med enkelte pasienter, får vi også hjelp av psykiater fra Granli. Uten veiledning og faglig støtte fra spesialisthelsetjenesten hadde ikke FSE kunnet gi samme høye kvalitet på omsorg og pleie.

«Det er ingen fast mal på hvordan postene skal drives, hva som er riktig og hva som er galt.»

En typisk pasient

Olav er 62 år og har diagnosen frontallappsdemens. Han har et svært redusert språk. Olav har vært to år på sykehjem i en annen kommune, og det er stadig blitt vanskeligere å samhandle med ham. På grunn av stor arbeidsbelastning over tid har personalet truet med kollektiv oppsigelse hvis pasienten ikke ble flyttet. Han er fysisk sprek, veltrenet, har høyt angstnivå, uforutsigbar atferd og er aggressiv. Olav sover lite og uregelmessig. Han motsetter seg stell og toalettbesøk og reagerer med slag, spark, spyting og roping.

Første viktige handling

Når vi får inn søknad om ny pasient, vurderes den i et fagteam bestående av sykehjemslege, avdelingsleder og ansvarlig sykepleier. Pasientens tilstand må være i samsvar med våre inntakskriterier:

1. Aldersdemens som hoveddiagnose
2. Utagerende atferd som er uforenlig med opphold i en vanlig skjermet enhet
3. Pasienten skal nylig være vurdert av PiV, Granli, enhet for hukommelsessvikt.

Kommunehelsetjenesten har ikke lovhjemmel for tvangsinneleggelse. For utredning må derfor pasienten innlegges og vurderes av spesialisthelsetjenesten, eventuelt vurderes poliklinisk.

Pasienten blir så innvilget plass. Sykepleier og primærkontakt reiser til sykehjemmet for å møte pasienten og ansvarlig personell. Vi innhenter så mye informasjon som mulig, også fra pårørende. Familien inviteres til å komme og besøke oss, gjerne før pasienten kommer. Vi ber dem fylle ut et anamneseskjema (pasienthistorieskjema) som vi har fått fra Granli. Hvordan var pasienten før han ble syk? Yrke, interesser, ektefelle, barn etc. kartlegges. Dette skjemaet har vi stor nytte av for å kunne ivareta pasientens personlighet og ressurser. Alle opplysninger vi får om pasienten bringes tilbake til posten og er tilgjengelige for alt personell.

NB! Det er viktig at også nattpersonalet får alle opplysninger.

På bakgrunn av innhentede opplysninger om pasienten tilrettelegges det fysiske miljøet. Det kan være å fjerne møbler, pyntegjenstander eller skaffe til veie hjelpemidler som pasientheis og rullestol. Jo mer vi vet om pasienten, jo bedre kan vi tilrettelegge tilbudet.

Vi lager en foreløpig tiltaksplan med risikovurdering der vi bruker et skjema for sikkerhets- og farlighetsvurdering som er utviklet i samarbeid med konsulent Odd Bendiksen, sikkerhetsavdelingen på PiV, Granli. Skjemaet inneholder også punkter om pasientens sårbarhet/krenkbarhet og gir oss derfor mulighet for å registrere tidlige tegn på uro; utagering som kunne ført til voldelige episoder. Foreløpig er skjemaet kun til utprøving på våre poster.

Tilrettelegging etter inntak

Den første tiden er pasienten i stor grad på eget rom. Dette gjør det lettere for personalet å bli raskt kjent med pasientens personlighet, ressurser og atferd. Flytting til nytt bosted kan skape forvirring hos pasienten, og det kan derfor være nyttig å begrense stimuli. Vi benytter postens mest rutinerte personale som etter en risikovurdering eventuelt bruker overfallsalarm. På den måten kan assistanse tilkalles på kort varsel.

De første dagene brukes i stor grad til observasjon og dokumentasjon for å lage en individuell tiltaksplan. Tiltakene blir evaluert kontinuerlig. Det er viktig at alle

følger tiltakene (eneste mulighet for å se om tiltakene fungerer), noe som gir forutsigbarhet og trygghet og som igjen reduserer pasientens angst. Vi identifiserer tidlige tegn på APSD for å forebygge uhensiktmessig atferd: kroppsspråk, mimikk, motorisk uro. Pasientens sårbarhet og krenkbarhet kartlegges gjennom tidligere nevnte risikoskjema.

Tvang – helst ikke

Disse pasientene utfordrer oss på flere områder i forhold til bruk av tvang. Etikkk og nødvendig helsehjelp er temaer som drøftes ofte. Våre holdninger utfordres stadig – tvang eller ikke. Personalet skal både vise respekt og kunne håndtere pasienten slik at han ikke er til fare for seg selv eller andre.

Vi erfarer at pasienter i noen situasjoner opplever trygghet og demping av sin angst ved bruk av avgrensede opphold i skjermingsrom. I andre situasjoner opplever vi at veiledning ved bruk av for eksempel Marte Meo-metoden (3) hjelper oss til å omgås pasienten på en måte som gir trygghet nok til at samhandling kan skje og angst, uro og utagering dempes.

Dersom farlighet overfor medpasienter og personalet blir vurdert som høy eller kritisk, er terskelen for bruk av tvang lavere enn der personalet i større grad opplever kontroll. Dette er avhengig av kjennskap til både pasienten og egne begrensninger og erfaringer. Det er svært viktig å diskutere med pårørende og holde dem informert.

Hvilke tiltak som er hensiktsmessige i de ulike situasjoner vurderes der og da. Kartlegging er viktig for å finne frem til pasientens handlingsmønster. Pasienten kan være delirisk ved innkomst. Da er det erfaringsmessig skjermingstiltak som gir best resultat. Når vi blir bedre kjent med pasienten vil andre miljøtiltak basert på veiledning og samhandling ofte erstatte skjerming. Dette fører til mindre utfordrende atferd og bedret livskvalitet.

Personalets atferd påvirker pasientens atferd

Våre holdninger påvirker pasientens atferd og grad av APSD. Som ellers i helsevesenet står vår ivaretagelse av pasientens verdighet sentralt. Vi snakker med pasienten som om pårørende er til stede, også i krevende situasjoner. Vi tilstreber ærlighet – pasientene vil ofte merke om det ikke er samsvar mellom det vi sier og det vi viser (kroppsspråk). Dette skaper usikkerhet og angst og kan resultere i utagering. Pasienten møtes med respekt: «*Vi ser deg – vi hører deg – vi informerer deg*». Det legges stor vekt på å ha en personalgruppe som har kunnskap og trening i selvforsvar og grepsteknikker. I tillegg er debriefing satt i system slik at vår atferd kan korrigeres og vanskelige situasjoner

dermed forebygges. Å «*lufte ut*» på debriefing gir stressavlastning og kan være med på å holde motivasjonen oppe og redusere slitasje.

Marte Meo-metoden har vist seg som et egnet redskap til å bevisstgjøre oss på hvordan pasientenes atferd blir påvirket av personalets atferd.

Forebyggende tiltak

Fysiske

Noen ganger oppstår utfordrende atferd som lyn fra klar himmel, vi har ikke klart å observere hva årsaken til pasientens atferd er. Andre ganger er det lettere å forutse hva som er under utvikling, og da kan ulike forebyggende tiltak iverksettes. Ett av disse er skjerming.

Skjerming er ikke straff, det er et tiltak som er ment å gi pasienten trygghet, støtte og struktur blant annet ved å begrense stimuli. Skjerming kan også brukes for å hindre at stor uro og utrygghet brer seg i posten – hensynet til fellesskapet veier tungt. Vi bruker de mest rutiner ansatte i slike situasjoner. Pasienten er alltid sammen med minst én av personalet, og vi har med oss overfallsalarm. Skjermingssituasjonen kan vare fra minutter til timer, alt etter pasientens tilstand. Pasienten føres ut av fellesmiljøet, av og til inn på rommet sitt, av og til ut i hagen, og stundom til egnet skjermingsrom. Opphold på skjermingsrom dokumenteres i egen protokoll i hvert tilfelle. Den er til enhver tid tilgjengelig for tilsynsmyndighetene.

Miljø

En demensrammet hjerne går fort «varm». Pasientene har et stort behov for ro og hvile, det reduserer angst og uro. Vi prøver å redusere stimuli som opphold i fellesrom, lyd, bevegelser.

Det kan ofte være nødvendig å redusere besøk til pasienten, både i frekvens, lengde og antall besøkende. Besøk skal i utgangspunktet foregå på pasientens rom grunnet påvirkning på miljøet forøvrig. Det gir dessuten pasienter og pårørende anledning til å være litt for seg selv.

Pasientens døgnrytme individualiseres innen rime-lighetens grenser. Den baseres ofte på opplysninger om døgnrytme tidligere i livet. Om døgnet er «snudd på hodet» brukes innsovningsmedikamenter over et kort tidsrom. Lysterapi har også vært benyttet etter retningslinjer gitt av Fetveit og Bjorvatn (5). Dette har hatt god effekt på enkelte.

Av aktiviteter som benyttes for å dempe APSD kan nevnes:

- Rolig musikk. NB! Hva slags musikk liker personen?
- Spaserturer. Sykehjemmet ligger meget idyllisk til ved sjøen. Mange fine stier uten trafikk
- Bussturer. Vi disponerer minibuss noen dager i uka. Mange av pasientene elsker å være på tur

**«Våre holdninger
påvirker pasientens
atferd og grad av
APSD.»**

- Enkle spill/quizer/kryssord
- Hagearbeid
- Fellesmåltider. Urolige pasienter spiser på eget rom for å hindre at uroen «smitter».

Vi bruker humor bevisst. Det kan være en effektiv avledning og forebygge mange vanskelige situasjoner.

Medikasjon

Vi registrerer nøye virkning og bivirkninger. Ukentlig har vi drøftinger med sykehjemslegen angående medikasjon, hvor det blir gjort dosejusteringer, seponering eller prøving av ny medikasjon. Bruk av eventuelt medikasjon er svært viktig. Alle pasienter står på minimum ett medikament som kan brukes ved behov, ett beroligende (for eksempel Sobril/Heminevrin) og smertestillende. Det er viktig å observere tidlige tegn på utagering og kunne gi medisiner før utageringen er i «full blomst».

Hva gjorde vi med Olav?

Vi satte klare grenser. Tiltakene ble lojalt fulgt av personalet. Den første tiden ble han skjermet mye på rommet og på «Lillestua». Kom han inn i fellesmiljøet, tok han over styringen. Det ble fort bråk. En del medisiner ble seponert og andre lagt til, blant annet smertestillende.

Etter hvert klarte vi å få til en god søvnrytme hos ham. Han var svært glad i klassisk musikk, det virket beroligende. Olav kunne sitte lange stunder og lytte til musikken og se utover sjøen.

Hvordan gikk det med Olav?

Bedringen av søvn førte til en gradvis bedring av angst og uro. Forvirringen minsket, det samme gjorde utageringen. Etter 12 måneder var APSD redusert til et nivå som kunne aksepteres i vanlig skjermet avdeling, og Olav flyttet «hjem». I forkant av dette hadde vi vært på besøk på sykehjemmet han kom fra og hjulpet til med tilrettelegging av det fysiske miljøet i posten han skulle tilbake til. Det hadde også vært flere fra hjemkommunen og hospiteret hos oss for å se hvordan vi opptrådte i forskjellige situasjoner, og for å bli trygg på Olav. Vi tilbyr hospitering til sykehjemmene som har pasienter hos oss. Den eneste begrensning er at vi kun tar i mot én pleier av gangen. Vi oppfordrer personalet til å ta kontakt med oss på telefon hvis de har problemer etter tilbakeflytting.

Dette minsker stressnivået deres ved overflytting. Olav ble besøkt tre måneder etter utskrivning, og personalet på sykehjemmet mente de hadde fått en tryggere, roligere og mer forutsigbar pasient tilbake fra oss.

En krevende jobb for spesielt interesserte

Avdelingens målsetting: Pasienten skal føle trygghet, bli respektert og oppleve medbestemmelse i forhold til individuell behandling.

Det er ingen fast mal på hvordan postene skal drives, hva som er riktig og hva som er galt. Det betyr at vi må våge å handle fritt og kreativt. Hvis tiltak ikke fungerer, prøver vi noe annet som kanskje har virket på en annen pasient tidligere. Vi møter pasienten ved å skape trygghet gjennom respekt og aksept for pasientens opplevelse av situasjonen. Dette er validering, som betyr å akseptere og verdsette personen slik vedkommende opplever verden (6). Et svært viktig tiltak fra vår side er å tilpasse vårt tempo til pasientens.

Unik enhet?

Oss bekjent er FSE på Indre Havn sykehjem i Horten unik i landssammenheng med sitt formaliserte samarbeid med psykiatrien. Lokaltetene er godt tilrettelagt med små enheter og oversiktlige forhold. Personalet er godt skolert og motivert, det er en trygg atmosfære med åpen kommunikasjon og det legges stor vekt på individuelle planer og tiltak som evalueres kontinuerlig.

Stor takk til PiV, enhet for hukommelsessvikt, Granli senter. Uten deres støtte og kunnskap både under oppbyggingsfasen og i ettertid, ville det ikke vært mulig å nå det kvalitetsnivået vi har i dag.

Vi takker også avdelingsleder Karl-Asbjørn Lille og personalet på FSE, Indre Havn sykehjem for hjelp til utarbeidelse av artikkelen.

Læreboken *Demens. Fakta og utfordringer* av Engedal og Haugen m.fl. (7) har vært en viktig kilde til vår kunnskap om demens og de spesielle utfordringer vi har i en forsterket skjermet enhet.

For ytterligere opplysninger,
e-post: karl.asbjorn.lille@horten.kommune.no

Referanselisten er lagt ut på vår hjemmeside,
www.demensogalderspsykiatri.no



Bjørn Lichtwarck, sykehjemslege spesialist i allmennmedisin, fastlege, Tjærahågen bofellesskap, Rana kommune

Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens (TID)

Et praktisk verktøy i sykehjem for utredning og personalveiledning ved utfordrende atferd ved demens – basert på prinsipper i kognitiv miljøterapi

«Våre erfaringer er at systematisk og jevnlig bruk av modellen påvirker hverdagen i avdelingen. Forståelsen for atferd generelt endres hos personalet, og dette påvirker både personalets og beboernes trivsel og atferd.»

Gerd – 74 år, frontallappsdemens

Gerd¹ hadde bare vært i avdelingen i to måneder før flere av pleierne fortalte at de gruet seg til vaktene på grunn av hennes atferd. Flere fryktet at de ville bli sykmeldt. Gerds atferd ble beskrevet som meget krevende. Hun fotfulgte personalet kontinuerlig og krevde oppmerksomhet i form av stadige gjentatte spørsmål der ingen svar hjalp. Hun kjefte, og hun spyttet og slo under stell. De fleste opplevde å komme til kort med en opplevelse av å forsterke hennes uheldige atferd. Et par av pleierne syntes imidlertid å håndtere hennes atferd på en mer avslappet måte, og opplevde ikke samme belastningen. Da situasjonen toppet seg, ble det besluttet at vi måtte sette oss ned sammen i et møte for å finne løsninger. Situasjonen var kaotisk og uoversiktlig og personalet var utslitt. For å unngå kaos på fellesmøtet med personalet, og for å sikre at vi i løpet av timen vi hadde satt av skulle komme frem til en felles forståelse, bestemte jeg sammen med avdelingsleder at vi skulle forsøke å lede møtet etter samme strenge prinsipper som en gjør ved konsultasjoner i kognitiv terapi.

For Gerd ble dette et vendepunkt. Atferdsregistreringene var ikke særlig annerledes i ukene som fulgte, men personalet var mer fornøyd, og fortalte om en blidere og roligere Gerd.

Hvordan kan denne raske endringen forstås, og kunne vi videreutvikle dette til en mer generell modell for å utrede og takle utfordrende atferd ved demens?

Begrepet utfordrende atferd ved demens (UAD)

Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD) er en del av demenssyndromet og inkluderer alle ikke-kognitive og ikke-motoriske symptomer. Begrepet omfatter psykiske symptomer som hallusinasjoner, vrangforestillinger, depresjon og angst. I tillegg regnes også atferdssymptomer som apati, aggresjon, vandring, agitasjon, roping og seksuelt utfordrende atferd som en del av begrepet. Resultater fra en tverrsnittsundersøkelse av 1 163 sykehjemspasienter i fire norske fylker viste at 80 prosent hadde demens, og at omkring en tredel hadde alvorlige atferdsmessige eller psykologiske symptomer (1). APSD er et omfattende begrep, og vår erfaring er at det er når atferden blir krevende og utagerende at belastningen oppleves som størst både hos pasienter og omsorgspersoner. Vår intervensjonsmodell har vi i stor grad kun brukt ved slik utfordrende atferd ved demens (UAD) selv om det også her godt kan ligge psykiske forklaringer bak atferden. I engelskspråklig litteratur betegnes dette ofte som «behaviour that challenges», og defineres i NICE-rapporten om demens som «vansker opplevd av personer med demens, og som har en effekt på dem som gir omsorg» (2). I dette ligger det at atferden ikke bare er en egenskap eller utfordring som eies av pasienten, men også må ses på som en egenskap ved relasjonen mellom pasient og omsorgsperson.

¹) «Gerd» er anonymisert. (Red.)

Forskning

Hovedtyngden av forskningen som er utført ved UAD er kliniske studier der en evaluerer effekter av medikamentelle intervensjoner. Selv om dokumentasjonen av positive effekter av slike medikamenter er sparsom, viser en norsk studie av Selbæk at bruken er høy i sykehjem (3). Opptil 75 prosent av pasientene i denne studien brukte et eller flere psykofarmaka, og i vesentlig grad ble dette brukt ved utfordrende atferd som agitasjon, irritabilitet og aggresjon. Langtidsbruken var høy uten at det så ut til å påvirke symptomene i oppfølgingen. Antipsykotika, som ble brukt av hele 25 prosent i denne studien, kan i tillegg ha alvorlige bivirkninger både i form av delirium, parkinsonisme, økt risiko for hjerneslag og økt dødelighet (4,5).

Forskning om miljøterapeutiske tiltak er sparsomme, og resultatene usikre, ofte grunnet små utvalg og fravær av kontrollgrupper. I mange tilfeller dreier studiene seg om implementering av en enkeltstående intervensjon på gruppenivå av tiltak som musikkterapi, aromaterapi, reminisens osv. De er således ikke nødvendigvis rettet spesifikt mot en individuell forståelse av årsaken til atferden hos den enkelte eller skreddersydd til den enkelte pasients historie og evner (2). En britisk randomisert studie som evaluerte trening og støtteintervensjon av personalet i personsentrert tilnærming, viste en signifikant reduksjon i bruken av nevroleptika over 12 måneder selv om det ikke var en målbar effekt på selve atferden hos beboerne (6). Cohen-Mansfield viser i sin kontrollerte studie signifikant reduksjon i agitasjon ved en systematisk individuell intervensjon basert på en trinnvis algoritme. Dessverre har man i denne studien ekskludert pasienter med fysisk aggresjon, og tiltakene i avdelingene ble hele tiden ledet av forskergruppen selv (7). Testad fant i en randomisert norsk intervensjonsstudie at systematisk undervisning og veiledning av personalet gav redusert bruk av tvangstiltak selv om den registrerte atferden hos pasientene forble uendret (8).

Prinsipper i kognitiv miljøterapi – teorigrunnlag

«Kognitiv miljøterapi er en aktiv, strukturert, problemorientert, psykoedukativ og dynamisk form for behandling, hvor den kognitive modell anvendes i behandlingsmiljøet med innlagte pasienter med den hensikt å utvikle alternativer til pasientens dysfunksjonelle reaksjonsmønstre og utvikle nye ferdigheter.» Slik defineres kognitiv miljøterapi av J. Lykke (9). Jeg har ved litteratursøk ikke funnet litteratur som beskriver kognitiv miljøterapi brukt ved utfordrende atferd ved demens, mens det ikke er uvanlig med kognitiv miljø-

terapi som metode ved psykoser, misbruksproblematikk og så videre på psykiatriske døgninstitusjoner (10).

Et sentralt poeng i kognitiv psykologi er at følelser og atferd i en gitt situasjon i stor grad bestemmes av tolkninger av situasjonen (Ibid.). Ved å revurdere uhensiktmessige tanker eller tolkninger hos personalet kan følelser og atferd overfor pasienten endres, og derigjennom noen ganger påvirke pasientens atferd.

I en kaotisk situasjon med utfordrende atferd på en sykehjemsavdeling erfarte vi at prinsipper fra kognitiv terapi kunne bidra til endret forståelse og ikke minst aksept hos personalet for pasientens atferd. Idéen om at all atferd kan tolkes på ulike måter, og at en må skille mellom hva som er observerte fakta og hva som er tolkninger og egne følelser i vanskelige situasjoner, bidro til klarhet. Det kognitive prinsipp om alltid å systematisk tilnærme seg ett konkret problem av gangen hos pasienten, kartlegge og oppsummere fakta, utforske sammen ulike tolkninger og sammen i gruppe komme med forslag til mulige tiltak, utløste stor kreativitet i møtet med personalet. En velkjent strukturerende tilnærmingsteknikk i kognitiv terapi er 3-kolonne-skjema der hver situasjon beskrives i detalj med kolonner for situasjon (fakta), tanker (tolkninger), følelser (hos personalet) (11). Vi tilføyde en kolonne 4 for forslag til tiltak basert på de tolkninger som vi etter diskusjon vurderte som mest sannsynlige eller hensiktsmessige.

En trenger ikke lang utdanning i kognitiv terapi for å lede og gjennomføre et veiledningsmøte basert på denne metoden. En enkel innføring i prinsippene for kognitiv terapi er tilstrekkelig, da metoden i stor grad er enkel, strukturert og fornuftsbasert. En skal ikke «behandle» personalet eller pasienten med kognitiv terapi, men benytte seg av den kognitive modell for å strukturere tilnærmingen til utfordrende atferd, og finne gode og hensiktsmessige tiltak som kan prøves ut i avdelingen. Det er metoden for å komme frem til individuelt tilpassede tiltak som er det sentrale. Det kan noen ganger være så enkelt som å akseptere atferden en tid som en naturlig del av lidelsen hos pasienten, og dermed rydde bort forventningen hos seg selv om at atferden må endres fordi den er uakseptabel – en forventning som ofte skaper en følelse av utilstrekkelighet. Eller det kan være å gi psykofarmaka som en del av tiltakene. Metoden er tverrfaglig, og det er en forutsetning at sykehjemslegen deltar underveis i prosessen siden utfordrende atferd ofte har sammenheng med somatiske eller psykiatriske tilstander.

«Ved å revurdere uhensiktmessige tanker eller tolkninger hos personalet kan følelser og atferd overfor pasienten endres ...»

TID

Intervensjon foregår i tre faser:

- Kartleggingsfase
- Veiledningsmøte(r)
- Evalueringsfase.

Kartleggingsfasen

Atferdskartlegging

I denne fasen er målet å danne seg et faktabilde av atferden og av personen. Avhengig av hvor stor grad av hast det har å komme frem til tiltak, kan denne fasen vare fra få dager til tre-fire uker. Det er viktig at en tidlig enes om å kartlegge de deler av atferden som rent umiddelbart fremstår som utfordrende. Dette kan endres ved behov underveis. Vi bruker nokså konsekvent NPI, Neuro Psychiatric Inventory (12), sykehjemsversjonen, som utgangspunkt, og velger fra denne presist hva som skal registreres på vårt døgn-observasjonsskjema. Det er helt sentralt å være målrettet i dette valget i startfasen fordi man ikke kan registrere alt. En viss forenkling av det som kan synes kaotisk i atferden, er nødvendig for å få oversikt. Vi har laget fargekoder for hver av parametrene i NPI, og har satt tallkoder på undergruppene for å øke presisjonen. Personalet er lært opp til å bruke dette verktøyet i døgnregistreringen, og vår erfaring er at det har gjort oss betydelig mer målrettet i startfasen. En innvending er at registreringer basert på NPI kan bidra til en for snever tilnærming til atferden (13), men som det fremgår av neste avsnitt er dette bare ett av elementene i en mer omfattende kartlegging.

Personhistorie og sykehistorie

I tillegg skal en i denne fasen danne seg et bilde av personen og sykehistorien dersom det ikke er gjort tidligere. Vanligvis har vi ved innkomst til avdelingen rutinemessig gjort et grundig arbeid på dette området slik at det her ofte er snakk om å komplettere opplysningene. Dersom personen har vært hos oss en stund gir dette et bilde av sykdomsutviklingen. I kartleggingen inngår i tillegg

- en ny somatisk undersøkelse
- medikamentvurdering
- smertevurdering (klinisk vurdering)
- revurdering av type demensdiagnose
- vurdere grad av demens MMS, Obs-demens eller KDV (Klinisk Demens Vurdering) (14)
- skjematisk kartlegging av ADL-funksjoner (vi bruker Barthel-ADL index) (Ibid.)
- personopplysningskjema kompletteres om nødvendig i samråd med pårørende.

Veiledningsmøtet

Vi setter av 1-1,5 time til dette møtet, og forsøker å samle så mange av personalet som mulig. Møtet fastsettes etter at vi mener vi har dannet oss et tilstrekke-

lig bilde av personen og atferden. Dersom situasjonen er prekær gjennomfører vi møtet så snart det er praktisk mulig. Møtet ledes av sykepleier som er opplært i møtestrukturen. Selve møtestrukturen følger prinsippene for konsultasjoner og problemløsning i kognitiv terapi. Vi bruker 10-15 minutter på å liste opp de viktigste problemene, og gjør en prioritering av disse. I denne fasen av møtet får man også komme med frustrasjoner og «tømme» seg. Vi bruker flippover eller tavle som redskap for å sikre oss oversikt. Så drøftes ett problem av gangen med utgangspunkt i kolonne-skjema på tavla eller flippover der vi klart skiller mellom fakta (som er kommet frem i kartleggingsfasen), tolkninger og følelser. Vi drøfter hvilke tolkninger som er mest troverdige eller hensiktsmessige, og forsøker gjennom refleksjon å oppnå en felles forståelse. Etter dette får alle komme med forslag til tiltak basert på de omforente tolkningene, og vi drøfter forslagene med tanke på gjennomførbarhet og sannsynlighet for å oppnå resultater. Alle typer tiltak er i utgangspunktet tillatt, både miljøterapeutiske og farmakologiske. Før møtet avsluttes oppsummeres tiltakene. Det avtales hvordan de skal evalueres og tidspunkt for når dette skal skje.

Evalueringsfasen

Som regel starter denne fasen rett etter veiledningsmøtet. I praksis fortsetter vi de samme døgnregistreringene, og tiltakene vi er blitt enige om på møtet iverksettes. Det er avtalt hvor lang tid en skal bruke for å evaluere effekter av tiltakene, og vanligvis skjer en oppsummering av disse registreringene på en vanlig legevisitt etter tre til fire uker. Ved behov arrangeres det et nytt veiledningsmøte.

Konklusjon

Vi har god klinisk erfaring for at denne tverrfaglige intervensjonsmodellen ved utfordrende atferd ved demens (TID) sikrer god utredning. Tiltakene som iverksettes blir individuelt tilpasset den enkelte beboer. At vi bruker samme metode gang på gang sikrer struktur og kvalitet og bidrar til forankring og kontinuerlig læring i personalgruppen. Personalet opplever å ha et konkret redskap for å møte utfordrende atferd også hos neste pasient. Våre erfaringer er at systematisk og jevnlig bruk av modellen påvirker hverdagen i avdelingen. Forståelsen for atferd generelt endres hos personalet, og dette påvirker både personalets og beboernes trivsel og atferd. TID er enkel, og er mulig å integrere som en naturlig del av hverdagen uten at den i utgangspunktet krever ekstra ressurser. Det er nødvendig å sette av noe tid til generell opplæring om utfordrende atferd. De som skal lede veiledningsmøtet må ha noe kjennskap til de viktigste prinsippene i kognitiv terapi, men trenger ingen særskilt utdanning i terapiformen. At modellen bygger på prinsipper i

kognitiv miljøterapi gir den en teoretisk forankring som gir trygghet og kan utvikles videre. Det gjenstår en forskningsmessig evaluering og bearbeiding av intervensjonsmodellen. Det er under planlegging.

■ bjorn.lichtwarck@sentlege.nhn.no

OBS!

Tilsyn avslørte mange avvik

I 2008 utførte åtte av landets fylker tilsyn med legemiddelbruk i sykehjem. Ved 18 av 23 tilsyn ble det påpekt avvik.

Les hele saken på side 25.

Referanser

1. Selbæk G, Kirkevold Ø et al. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2007; 22(9): 843-9.
2. NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) clinical guideline 42 Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care. November 2006.
3. Selbæk G, Kirkevold Ø et al. The course of psychiatric and behavioural symptoms and the use of psychotropic medication in patients with dementia in Norwegian nursing homes – a 12 month follow-up study. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2008; 16(7): 528-36.
4. Schneider LS, Pollock VE et al. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomised placebo-controlled trials. *The Journal of the American Medical Association* 2005; 294: 1934-1943.
5. Selbæk G, Engedal K. Atypiske antipsykotika hos eldre pasienter hos eldre pasienter med demens. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 2008; 9 (128): 1060-1061.
6. Fossey J, Ballard C et al. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *British Medical Journal* 2006; 332:756-761.
7. Cohen-Mansfield J, Libin A et al. Nonpharmacological Treatment of Agitation: a Controlled Trial of Systematic Individualized Intervention. *Journal of Gerontology* 2007;Vol.62A:8:908-916.
8. Testad I, Aasland AM, Aarsland D. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2005; 20: 587-590.
9. Holm L. Kognitiv Miljøterapi – At skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde. Oestrich IH, Austin S, Beck S, La Cour LL, Lykke J. Dansk Psykologisk forlag, 2007: 17-21.
10. Holm L. Kognitiv Miljøterapi – At skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde. Oestrich IH, Austin S, Beck S, La Cour LL, Lykke J. Dansk Psykologisk forlag, 2007: 213-214.
11. Hawton K. Cognitive Behaviour Therapy for psychiatric problems – a practical guide. Salkovskis PM, Kirk D, Clark DM. Oxford Medical Publications, 2002: 193-195.
12. Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44 (12):2308-14.
13. Selbæk G. Tidkrevende hodebry eller lærerik kommunikasjon? Neuropsychiatric Inventory (NPI) i sykehjem. *Demens&Alderspsykiatri* 2007;11(3):16-17.
14. Kjeldsberg A. Håndbok i skalaer i alderspsykiatri. Sem: INFO-banken 1996.

Alderspsykiatri i praksis – grunnkurs for leger

Målgruppe: Fastleger og tilsynsleger som ønsker mer kunnskap om alderspsykiatriske problemstillinger. Kurset inneholder forelesninger, kasuistikker og diskusjoner.

Godkjenninger: Kurset søkes godkjent som emnekurs (15 timer) for fagområdet geriatri i videreutdanningen i allmennmedisin, klinisk emnekurs (15 timer) i fagområdet geriatri i etterutdanningen i allmennmedisin, og som valgfritt kurs i samfunnsmedisin.

Sted: Radisson SAS Scandinavia Hotel, Oslo, 21.-22. september 2009.

Pris: kr 2 500 – kursavgift, lunsj og kaffe.
Ovennatting ordnes av deltakerne selv.

Påmeldingsfrist: 20. august.



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter



Edvardsson, David. RN, PhD, Forskarassistent, Institutionen för Omvårdnad, Umeå Universitet, Sverige og Adjungerad Associerad Professor, Australian Centre for Evidence-Based Aged Care (ACEBAC), La Trobe University, Australia.

Är det personalen eller patienterna som har ett störande beteende?

Personalfaktorer med betydelse för BPSD

Kanskje det fins nærliggende forklaringer på at personer med demens kan bli urolige, engstelige og aggressive? I sin artikkel peker David Edvardsson på personalfaktorer med betydning for APSD (BPSD på svensk), og han gir nye tolkningsmuligheter: «Om man istället för BPSD använder sig av akronymen BPSD-U, i betydelsen Behaviors People Simply Don't Understand, så öppnas möjligheter att tolka det förändrade beteendet som mer än bara symptom av en sjukdom.»

Denna artikel syftar till att problematisera begreppet «Beteendemässiga¹⁾ och Psykologiska Symptom av Demenssjukdom» (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia – BPSD) genom att belysa hur beteendeförändringar hos personer med demenssjukdom kan uppstå i interaktion med vårdare och vårdmiljö, och då förstås som försök till meningsfull kommunikation. Problematiseringen grundar sig på aktuell empirisk forskning kring förändrat beteende, tillsammans med interaktiva, kommunikativa och miljöfokuserade teorier kring förändrat beteende hos människor med demenssjukdom.

Bakgrund

«Forekomsten av atferdsendringer varierer (...), men opp til 90 prosent av alle med demens viser atferdsendringer i løpet av sykdomstiden.»

En svårhanterlig och ofta förekommande komplikation till demenssjukdom är förekomsten av så kallade «Beteendemässiga och Psykologiska Symptom av Demenssjukdom» (BPSD). Dessa symptom definieras som en förändrad verklighetsuppfattning med förändrat humör och beteende som manifesteras genom ångest, hallucinationer, agitation och aggression, förändrat aktivitetsmönster och andra socialt och/eller sexuellt avvikande beteenden (1, 2). Orsaken till dessa

förändrade beteenden tillskrivs biologiska, sociala och psykologiska faktorer som skapar dessa beteenden (3). Prevalensen av beteendeförändringar varierar beroende på var de studeras och med vilket instrument de mäts, men upp till 90 procent av alla personer som drabbats av demenssjukdom har uppskattats visa beteendeförändringar någon gång under sjukdomstiden (4). Beteendeförändringar kan tolkas som uttryck för anatomiska och neurokemiska förändringar till följd av hjärnskada (5), som uttryck för personlighetsdrag (6), men också som en form av meningsfull kommunikation (7). Såväl tolkning, bemötande och behandling av personer med beteendeförändring kommer att se olika ut, beroende vilken tolkningsram som används. Om en företrädesvis biomedicinsk tolkning görs så blir farmakologisk behandling ett logiskt val, men om beteendet som kommunikation kommer behandlingen att innebära en tolkning av beteendets mening och ett försök att komma till rätta med de utlösande faktorerna.

Personalfaktorer och förekomst av beteendeförändringar

«Personer med demens viste større våkenhet og velbefinnende og mindre atferdsendringer når de ble møtt som autonome mennesker.»

Det finns ett växande forskningsunderlag som belyser att förekomsten av beteendeförändringar och relaterade behandlingsstrategier som användning av psykofarmaka och fysiska begränsningsåtgärder kan relateras

¹⁾ Forklaring på enkelte svenske ord finnes på side 18.

till personalspecifika faktorer. En svensk metaanalys av interventionsstudier inom demensområdet konkluderade att framgångsrika vårdinterventioner för personer med demenssjukdom ofta innehöll en meningsfull relation mellan vårdare och patient och att interventioners effekt många gånger sannolikt kan tillskrivas relationens betydelse. Personer med demens visade större vakenhet, välbefinnande och mindre beteendeförändringar när de bemöttes som autonoma personer (8). Det har också visats att så kallade episoder av psykisk klarhet observerades i samband med att personal bekräftade personen med demens, deltog i deras upplevelser av tillvaron och undvek höga krav och korrigeringar (med episoder av psykisk klarhet menas stunder då personer med demenssjukdom uttrycker sig eller uppvisar ett beteende som är mer adekvat än förväntat) (9, 10). En svensk tvärsnittsstudie visade också att skrikande, vandrande, rastlöshet och flyktbeteende var signifikant mer prevalent i miljöer där personalen skattade sin arbetssituation som mer belastad och skattade enhetens vårdklimat som sämre än i miljöer med lägre belastning och bättre klimat (11). Vidare så beskrivs att yngre personal med kort erfarenhet av vårdarbete uppvisade mer personcentrerade attityder mot personer med demens jämfört med äldre och mer erfarna kollegor (12), att upplevd mental arbetsbelastning var signifikant korrelerad till förskrivning av antipsykotika (13), samt att enheter för demensvård med hög användning av fysiska begränsningsåtgärder kännetecknades av att bestå av personal med mer positiv inställning till och mindre kunskap om fysiska begränsningsåtgärder, samt personal med lägre arbetstillfredsställelse, höga krav och litet beslutsinflytande jämfört med enheter med låg användning av fysiska begränsningsåtgärder (14, 15). Vad dessa studier indikerar är att när vi vill förstå orsaken till, och finna behandlingsstrategier för så kallade beteendeförändringar så bör personalens beteende, vårdmiljön och interaktionen mellan personal och patienter i miljön analyseras noggrant. Att bara förklara beteendeförändringar utifrån en biologisk hjärnskada eller utifrån andra patientkaraktäristika räcker inte.

Har personalen ett störande beteende?

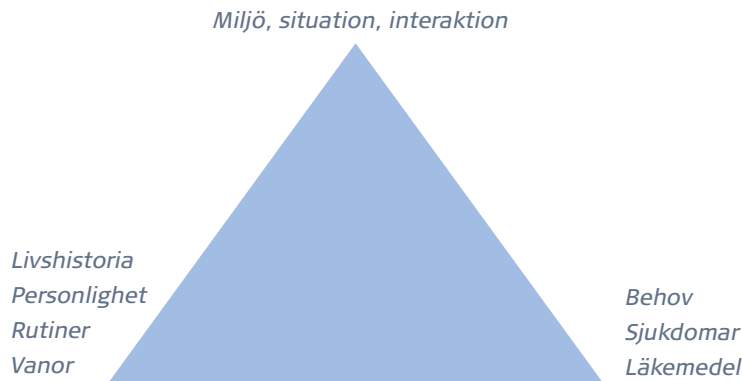
«...personalets atferd kan iblant være forstyrrende for personen med demenssykdom (...). Etterfølgende atferd (hos pasienten) fremstår da kanskje ikke som så uforståelig.»

Det finns även forskning som belyser beteendeförändringar ur ett inifrånperspektiv, det vill säga utifrån hur personen med demenssjukdom upplever detta. Resultatet tyder på att det är personalens beteende som ibland kan vara störande för personen med demenssjukdom, och att det efterföljande beteendet

då kanske inte framstår som så stort. Till exempel så har det visats att ett aggressivt beteende kan förstås som uttryck för upplevd invasion av det personliga rummet och upplevelser av att få sin frihet begränsad (16, 17). Vandringsbeteende har beskrivits som uttryck för hemlängtan (18), verbalt störande beteende som uttryck för övergivenhet (19), och plockighet som strävan efter en vardaglig, bekant och ordnad tillvaro (20). Vid en nyligen genomförd observationsstudie av vårdklimatet vid en geriatrisk utredningsenhet gjordes följande observation av hur ett otillfredsställt grundläggande behov (att få kissa) initierade ett beteende som eskalerade till en fullskalig «beteendestörning».

Arne sitter fastspänd i en stol i dagrummet. Tre andra patienter är närvarande, personalen har möte utanför avdelningen och därför är ingen personal närvarande. Arne, som är blind, säger lågmält att han nog skulle behöva kissa, men eftersom ingen personal är i närheten passerar denna kommentar obemärkt. Arnes kroppsspråk indikerar att han blir mer och mer obekväm, och han försöker upprepade gånger ta sig upp ur stolen, dock utan framgång eftersom bältet håller honom kvar. Han försöker hitta ett sätt att lösgöra bältet, men blir alltmer orolig då detta misslyckas. Han börjar skaka och gunga stolen fram och åter för att komma loss, och han uttrycker att han hade skurit av bältet om han bara minns var han la kniven. Han börjar söka av sin omgivning i jakt på denna kniv, för att skära sig lös och gå på toaletten. Då han inte hittar sin kniv, börjar han ropa efter någon som kan hjälpa honom lös alternativt ge honom en kniv. Under de närmaste minuterna eskalerar Arnes beteende, hans synbara aggressivitet stegras och han ropar efter en kniv med allt högre röst. När personalen väl kommer tillbaka till avdelningen är Arnes beteende maximalt agiterat och högljutt.

Detta exempel syftar till att belysa hur ett grundläggande behov i kombination med frånvarande personal medförde ett så kallat förändrat beteende. Hade personalen varit närvarande i inledningen av denna observation så hade de mest troligt hört Arnes kommentar att han behövde kissa, och onödigt lidande hade undvikits. Konsekvensen blev att personalen lämnades att tolka beteendet utifrån otillräckliga data, och därigenom uppstod feltolkningar och de omvårdnadshandlingar som planerades var inte helt relevanta. Dock meddelade vi våra observationer så att personalen kunde möta Arnes behov.



Figur 1. Modell för analys av förändrat beteende

Teoretiskt stöd för tolkning och analys av beteende

«...en personsentrert måte å forholde seg til pasienten på fremhever betydningen av å tilpasse tolkninger, tiltak, organisering og miljø til individet...»

Det finns tre inflytelserika teorier som kan användas för att tolka och förstå ett förändrat beteende bland människor med demenssjukdom. Den första är *the ecological theory of aging* (21). Teorin postulerar att beteende kan ses som en produkt av den enskilde individens kompetens och de krav som miljön ställer. Med kompetens avses förmågor som exempelvis intelligens, sensorik, motorik och erfarenhet, och med miljöns krav avses alla de krav en omgivning ställer på beteende utifrån den fysiska miljöns utformning och psykosociala aspekter. Vid demenssjukdom medföljer en progressivt försämrad kompetens och det kan vara svårt att öka kompetensen nämnvärt. Däremot kan miljökraven förändras så att det krävs mindre kompetens att bete sig på ett adekvat sätt, till exempel genom mindre stimuli eller tydligare symboler i miljön. Den andra teorin är *the need-driven, dementia-compromised behavior theory* (22). Denna teori gör gällande att alla grundläggande mänskliga behov måste tillgodoses, och då personer med demenssjukdom har svårt att kommunicera dessa så får vårdaren svårt att förstå behoven. I ljuset av denna teori så kan förändrat beteende tolkas som försök att kommunicera illabefinnande till följd av otillfredsställda behov som i Arnes fall. Slutligen så kan ett *personcentrerat perspektiv* (23) användas för att tolka beteende utifrån livshistoria, personlighet, vanor och rutiner. Utifrån ett personcentrerat förhållningssätt framhävs vikten av att individanpassa tolkningar, åtgärder, organisation och miljö för att främja delaktighet, inflytande och medverkan i beslut samt generellt välbefinnande. Utifrån dessa tre teorier kan en modell för analys av förändrat beteende konstrueras. Figur 1 syftar till att grafiskt illustrera att orsaken

till ett förändrat beteende kan analyseras utifrån a) personen med demenssjukdom och dennes livshistoria, personlighet och vanor, b) miljö, situation och interaktion, samt c) otillfredsställda grundläggande behov, eventuellt underliggande sjukdomar och förekomst av läkemedel.

Från BPSD till BPSDU – ett personcentrerat förhållningssätt

Begreppet Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) kan utifrån sin formulering och sina medicinska rötter påstås spegla en biomedicinsk syn på förändrat beteende som uttryck för anatomiska och neurokemiska förändringar till följd av hjärnskada (5), och en logisk konsekvens av denna syn är att försöka behandla dessa symptom med olika farmaka (24). Mer fenomenologiskt orienterad forskning beskriver att vård som baseras enbart på en biomedicinsk tolkning av demenssjukdomen riskerar att sakna de humanistiska och etiska dimensioner av vårdandet som ger kvalitet, och följaktligen så argumenteras att ett livsvärldsperspektiv måste inkluderas i den goda vården av personer med demenssjukdom (24-26). Om man istället för BPSD använder sig av akronymen BPSD-U, i betydelsen *Behaviors People Simply Don't Understand*, så öppnas möjligheter att tolka det förändrade beteendet som mer än bara symptom av en sjukdom, och faktorer som miljö, individ, interaktion och kommunikation kan beaktas. Att kritisera en vetenskapligt etablerad akronym som BPSD kan kanske framstå som banalt eller naivt – eller kanske både och. Att dessutom föreslå en egen alternativ akronym framstår kanske som något vågat. Dock är det inte oviktigt vilket språk och vilka uttryck som används för att beskriva personer med demenssjukdom. Jämför skillnaden mellan uttrycken *Dement*, *Patient*, *Person med demenssjukdom*. Enligt Merriam-Webster's online dictionary (27) betyder ordet *demented* förutom att ha en demenssjukdom även att vara mad och insane. Enligt Goffman (28) är begreppet *patient* en stigma

term som berövar bäraren sin personlighet och reducerar denna till en patient, medan uttrycket *person med en demenssjukdom* indikerar att detta är främst en person – även om denna har en sjukdom.

Reflektion och konklusion

«Dette innebærer å fokusere på relasjonen, på den unike personen, og å skape muligheter for velbefinnende og et godt liv...»

Hur personer med demenssjukdom betraktas och beskrivs i samhället i allmänhet och av vårdpersonal i synnerhet har etiska implikationer och kan influera hur vård ges. Om personal är av uppfattningen att demenssjukdomar eroderar personligheten så till den grad att personen slutligen inte finns kvar, så försvinner det etiska kravet att göra gott mot sin medmänniska eftersom denna inte längre finns kvar. En konsekvens av detta resonemang blir en etiskt destruktiv spiral. Om personen försvinner och det enda som finns kvar är ett tomt skal, så betyder detta att existensen blir meningslös, och att skapa en relation från vårdarnas sida blir överflödigt, vilket gör vårdandet mekaniserat och meningslöst, och vårdaren som utför ett meningslöst arbete blir själv meningslös. Om demenssjukdomen istället ses som att innebära att personen förändras och personligheten blir dold (24, 25), så innebär detta att vårdandet måste fokusera på att tolka de försvagade kommunikationssignalerna och inte bara ge en basal fysisk vård. Detta innebär även att fokusera på relationen, på den unika personen och att skapa möjligheter för välbefinnande och ett gott liv – ett förhållningssätt som ofta beskrivs som personcentrerat (11, 23, 24). Ett personcentrerat förhållningssätt kan förstås som att innebära: att stödja den äldres upplevelse av att vara en fullvärdig människa trots sjukdom; att den äldres rättigheter, skyldigheter och autonomi ska befrämmas; att man uppmuntrar och skapar förutsättningar för delaktighet, inflytande och medverkan i beslut; att behandlingar och råd förstås och ges med beaktande av personens/familjens perspektiv och behov; att relationen mellan vårdare/vårdtagare/familj är av stor betydelse för kvalitén i vården; att vårdens organisation, inne-

håll och miljö individanpassas; att alla analyser, tolkningar, beslut och behandlingar beaktar personens upplevelse av sjukdom, behandling och vård (11, 29). I en strävan att tolka beteenden för vad de faktiskt kommunikerar, och att ge god omvårdnad till personer med demenssjukdom så bör vi skapa miljöer som kännetecknas av: en gemensam värdegrund, ett «unconditional positive regard» och få nej, en vardaglighet/småskalighet och meningsfulla aktiviteter/gemenskap, en flexibilitet i rutiner, och en närvarande och generös personal som sätter personen främst, har ett diagnostiskt och prognostiskt tänkande, samt har relationen i fokus (11, 18, 24, 25, 29).

För korrespondens: David Edvardsson, Institutionen för Omvårdnad, Umeå Universitet, S-901 87 Umeå, Sweden. E-post: david.edvardsson@nurs.umu.se

Referanselisten er lagt ut på vår hjemmeside, www.demensogalderspsykiatri.no

ORDFORKLARINGER

Beteende	adferd
Uppskatta	vurdere
Mäta (mäts)	måle
Bemötande	velkomst, mottakelse
Åtgärd	tiltak, behandling
Övergivenesshet	oppgitthet
Förmåga	evne
Syfte	hensikt
Syftar till	ha til hensikt
Syftar på	viser til
Erodera	ødelegge
Skyldighet	plikt
Övergivenesshet	oppgitthet
Stegra	forsterke, øke
Noggrant	nøye
Dold	skjult

Medisiner i stedet for tilrettelagt omsorg?

Om de fine ordene – og sykehjemshverdagen

I februar kom det frem i pressen at bydeler i Oslo overprøver faglige råd ved søknad om plass på sykehjem, og at personer med demens tildeles vanlig sykehjemsplass selv om leger tilrår plass i demensavdeling. Én bydel foreslo medisiner i stedet for plass i demensavdeling. Overlege Pernille Bruusgaard frontet saken, men Sykehjemsetaten i Oslo imøtegikk påstandene og fremholdt at forholdene i eldreomsorgen i hovedstaden er god. Demens&Alderspsykiatri ønsker å høre Pernille Bruusgaards opplevelse av hverdagen – en beskrivelse vi er redd mange vil kjenne seg igjen i.

Pernille Bruusgaard har vært sykehjemslege på Smestadhome i to og et halv år og er hovedtillitsvalgt for sykehjemslegene i Oslo kommune. Sykehjemmet har 112 plasser hvorav 33 er på demensavdeling. Avdelingen er åpen, og de fysiske forholdene er ikke tilrettelagt for personer med demens. Bemanningen er imidlertid noe styrket, med færre pasienter per ansatt, ifølge Bruusgaard. Avdelingen er delt i tre fløyer, men det er åpent mellom fløyene og fellesarealene er for alle.

– I utgangspunktet er avdelingen uegnet for pasientgruppen, med tanke på den skjermingen og oversikten personer med demens har behov for. Her må de forholde seg til flere pasienter og pleiere enn på en skjermet enhet. Men personalet har et sterkt fokus på demens og får opplæring innenfor feltet. De deltar på kurs, og vi har fagfolk som underviser på avdelingen. Så selv om jeg kunne ønske at avdelingen var oppdelt i mindre enheter, mener jeg at personer med demens har det bedre i denne avdelingen enn i vanlige somatiske avdelinger. Der ligger det pasienter med peg-

sonder, trakeostomier¹ og annen krevende medisinsk behandling, og personalet må være mye inne på rommene. Dermed blir pasientene med demens gående mye for seg selv.

Størrelsen teller!

At 33 pasienter med demens ferdes i et stort, åpent miljø resulterer i mye uro, for flere på avdelingen vandrer, er utagerende og urolige. Noen er yngre og fysisk sterke.

Pernille Bruusgaard er godt orientert om faren ved bruk av psykofarmaka ved demens og arbeider aktivt for å minske medisinbruken på sykehjemmet. I løpet av sitt første år som sykehjemslege reduserte hun medisinbruken ved Smestadhome med 30 prosent.

– Likevel er vi nødt til å bruke beroligende medisin, både for å ta vare på pasienten og beskytte andre pasienter og pleierne.

Med 112 beboere må det være flere enn de 33 pasientene i demensavdelingen som har demens. Hvordan velger dere ut dem som skal bo på demensavdelingen?

– Pasienter med demens og atferdssymptomer har særlig bruk for tilrettelagt demensavdeling. Det vil si pasienter med angst, depresjoner, de som motsetter seg hjelp, blir aggressive, som vandrer og er urolige. Så har vi problemer med at mange blir urolige av å flyttes

¹) Kirurgisk fremkalte hull i luftrøret på halsens fremside, ved åndedrettshindring eller ved langvarig behandling med respirator. (Red.)

fra en avdeling til en annen. Derfor føler vi oss bondefanget når en pasient søkes inn på vanlig plass, men har behov for demensplass. Det er en tidkrevende prosess å søke dem overflyttet, og i mellomtiden har kanskje pasienten klart å orientere seg såpass at han finner rommet sitt og vet hvor stuen er. Da må vi ha stor tro på at personen vil ha nytte av å bo i demensavdelingen, for å foreta en flytting.

Faglige råd overprøves

Det er ofte pårørende som søker om sykehjemsplass, og søknaden skal være underskrevet av pasienten hvis vedkommende har samtykkekompetanse. Dessuten skal det følge med pleierapport fra hjemme-sykepleie eller sykehjem hvis pasienten har vært på avlastnings- eller korttidsopphold, pluss opplysninger fra lege. Bruusgaard forteller at hun mange ganger opplever at pasienter som er anbefalt demensplass av legen, tildeles vanlig plass av bydelen.

– Jeg mener det må ligge økonomiske begrunnelser bak dette, for det har skjedd også når vi har hatt flere ledige plasser på demensavdelingen. Vi har hatt pasienter som har ligget til utredning på spesialavdelinger i alderspsykiatrien, med tydelig konklusjon i epikrisen om at pasienten trenger oppfølging i demensavdeling, og hvor bydelen har overprøvd dette ved å tildele vanlig plass.

Jeg ble veldig opprørt en gang dette hendte, og ringte direkte til bydelen for å få tak i saksbehandleren. Det lyktes ikke, men jeg la igjen beskjed og ba vedkommende ta kontakt. Dette prøvde jeg på i noen uker, men så innhentet hverdagen meg. Ingen tok kontakt med meg og jeg fikk aldri tak i saksbehandleren. Dette gjaldt spesielt to pasienter som kom inn omtrent samtidig fra utredningsopphold i alderspsykiatrisk sykehus, og de ble tildelt vanlig plass til tross for legens klare anbefaling. De hadde vært innlagt der fordi de hadde demens og APSD².

– igjen og igjen –

Ved en annen anledning gjaldt det en pasient som burde hatt en demensplass, men som ble tildelt plass i somatisk avdeling. Hun ble forsøkt integrert der over flere måneder, men med dårlig resultat. Etter et halvt år søkte Bruusgaard henne inn på demensavdelingen med bakgrunn i de erfaringene som var gjort, og med grundig dokumentasjon fra pleiepersonalet.

– Svaret fra bydelen var at de undret seg over at vi ikke hadde forsøkt medisinerings av pasienten, og spørsmål om hvorfor ikke det kunne prøves. På det tidspunktet hadde vi tre ledige plasser i demensavdelingen.

¹⁾ Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens. (Red.)



Overlege Pernille
Bruusgaard

Hva gjorde du?

– Jeg ringte bydelen igjen. Heller ikke denne gang var saksbehandleren til stede, og ville ikke bli å treffe på en stund. Men personen jeg snakket med tok likevel tak i saken. Vedtaket ble endret samme ettermiddag og kvinnen ble flyttet til demensavdelingen. Men det skal jo ikke være sånn at jeg må ringe og være sint for at folk skal få den behandlingen de har bruk for!

Uforsvarlig!

Bruusgaard har snakket med en av bydelene om det faktum at de overprøver faglige anbefalinger. Hun har registrert at fastlegene opplever det samme.

– Jeg fikk til svar at bydelen har bedre overblikk over de tjenestene de kan yte, enn vi leger har. Det undrer meg at de kan innta en slik holdning, særlig når det gjelder personer med demens. Vi har opplevd å få forvirrede gamle med demens levert på døren her på sykehjemmet av elever på nærmeste barne-skole, fordi de har vandret omkring uten å vite hvor de var. Barna har trodd at de bodde her, men dette har vært hjemmeboende personer. I slike tilfeller hjelper det lite med ti minutter mer hjemmehjelp.

Loven brytes?

Nå sier du at noen av bydelene gir uforsvarlig omsorg.

– Ja, jeg undrer meg mange ganger over hvor stort ansvar de tør å ta. En hjemmeboende pasient med demens ble funnet midt i et digert trafikkryss med biler og busser i alle retninger, andre vandrer ute til alle døgnetts tider, tynnkledte om vinteren, og de kan skru på kokeplater og gå fra dem. Dessuten er mange ikke i stand til å bruke verken telefon eller trygghetsalarm hvis de skulle ha behov for hjelp.

Mener du at bydeler bryter loven om sosiale tjenester – eventuelt kommunehelsetjenesteloven?

– Ja, i Norge har vi en grunnleggende rett til nødvendige helsetjenester. Jeg har flere ganger stilt meg

spørsmålet om hvem som skal vurdere hva som er nødvendig helsehjelp for pasienter med demens. Det er få andre medisinske tilstander jeg kjenner til hvor noen overprøver legenes vurdering av hva som er nødvendig helsehjelp. Her snakker vi om en gruppe som ikke kan tale sin egen sak eller uttrykke hva de har bruk for. De er avhengige av å ha mennesker omkring seg som ser hva de trenger og som kan ta vare på dem. Ikke alle har pårørende som kan stå på og slåss. Og noen må virkelig stå på for å oppnå en sykehjemsplass. Enkelte forteller at bydelen sier at de bare kan la være å søke, for de vil ikke få plass uansett. Senest denne uken fortalte en pårørende det. Når bydelene hevder at dette bare er enkelttilfeller, er ikke det slik vi opplever hverdagen.

Hvem har ansvaret for at dette skjer?

– Det må være kommunepolitikerne. Jeg tok kontakt med en representant for SV og ga et lite øyeblikksbilde fra hverdagen, og dermed snappet media det opp.

Er det blitt en politisk sak?

– Ikke det jeg vet. Ingen har kontaktet meg.

Slites i alle retninger

Hvordan opplever du å arbeide innenfor sånne rammer?

– Jeg slites mellom engasjementet for de eldre og det spennende arbeidet dette er, og systemet. Arbeidet er utfordrende og sammensatt, det krever godt samarbeid på tvers av profesjoner og det innehar mange etiske problemstillinger. Det å arbeide med en nedprioritert gruppe er spennende, givende og meningsfylt. På den andre siden står systemet. Der er det mye å ta tak i på alle tenkelige områder, fra mangel på utstyr og pinaktige økonomiske rammer til manglende forståelse hos de ansvarlige. Det sliter. Så er det alle de fortvilte pårørende som ikke føler at de blir hørt eller at deres pasient får den hjelpen han eller hun har behov for. Jeg forstår dem godt når de kommer med sine frustrasjoner, og samtidig er jeg en del av systemet og må forsvare det også. For vi gjør mye bra for mange!

Tekst: Ragnhild M. Eidem Krüger

... og den som ikke klage kan, hører hjemme i gråsoneland

I tilknytning til saken fra Smestadhomeet har vi stilt Helse- og omsorgsdepartementet følgende spørsmål:

- 1) Er det i tråd med intensjonen i Kvalitetsforskriften at faglige råd overprøves på denne måten?
- 2) Kan kommuner fritt velge bort bruk av plasser i demensavdeling/skjermet enhet ut fra økonomiske beveggrunner?

Fra departementenes kommunehelse-tjenesteavdeling har vi fått følgende svar:

Etter kommunehelsetjenestelovens bestemmelser er det kommunen som er ansvarlig for å fremskaffe nødvendige sykehjemsplasser, og å tildele disse etter behov. Etter lovens paragraf 2-1 gjelder forvaltningslovens regler for tildeling av sykehjemsplass. Tildeling skal skje gjennom enkeltvedtak slik forvaltningsloven foreskriver. Dette innebærer at saken skal opplyses så godt som mulig før vedtak treffes, og partene skal ha rett til å uttale seg i forkant. Vedtak skal begrunnes, og vedtaket kan påklages dersom en part ikke er tilfreds med beslutningen.

Vurderinger fra fastlege eller spesialister vil utgjøre en viktig del av underlagsmaterialet for vedtaket, men disse har ingen instruksjonsmyndighet overfor kommunen i disse spørsmål.

Etter en samlet vurdering fatter kommunen det endelige vedtaket. Kommunen må fatte et vedtak som oppfyller lovens krav til nødvendig og forsvarlig helsetjeneste. Hva som er nødvendig og forsvarlig helsetjeneste må avgjøres i det enkelte tilfelle. Dette kan prøves av klageinstansen.

Den som søker helsehjelp, herunder sykehjemsplass, kan påklage avgjørelsen til det organ kommunestyret bestemmer. Klagen skal sendes til det kontoret som har fattet vedtaket, som så vil sende det videre til klageinstansen. Dersom klager ikke får medhold kan det klages til Helsetilsynet i fylket.

Klagetall fra Oslo

viser at 295 søknader om sykehjemsplass ble avslått i 2008. Av disse ble 84 påklaget til bydelen, der 43 ble omgjort. Tolv avslag ble anket videre til Fylkesmannen, som omgjorde seks av vedtakene. I alt ble 49 vedtak omgjort som følge av klage.

Når mer enn halvparten av de påklagede vedtakene blir omgjort, gir det inntrykk av en skrøpelig saksbehandling i første omgang. Og hva med dem som ikke kan klage selv og ikke har noen til å klage for seg? (Red.)



Aase-Marit Nygård, psykologspesialist

Sykehjemsplass på billigsalg – hvor er etikken?

Vi har bedt psykologspesialist Aase-Marit Nygård kommentere saken fra Smestadhomeet. Hun har arbeidet med gerontologi og demens i nesten 50 år og vært initiativtaker til og faglig veileder for en lang rekke prosjekter. På slutten av 1970-tallet var hun fødselshjelper for idéen om skjermede enheter for personer med demens på sykehjem. Fra 1997 til hun gikk av i 2007 var hun leder ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og medlem av redaksjonsgruppen i Demens&Alderspsykiatri. Hun vet hva hun snakker om. (Red.)

Noen må ta seg alvorlig sammen, men hvem som skal gjøre det vil det alltid herske tvil om i vanskelige saker. I alle fall tar det uhyggelig lang tid å få hengt bjella på katten. For bestemmende personer kan det viktigste bli å forsvare sitt revir og budsjettet.

Ikke antipsykotika til personer med demens

Artikkelen i forrige nummer av Demens & Alderspsykiatri (1) om forskrivningspraksis av antipsykotika til eldre, vakte oppsikt. Over 30 000 eldre får utskrevet antipsykotiske legemidler på uklare indikasjoner og risikerer alvorlig feilmedisinering. Medikamentene har ord på seg for å dempe en del atferdssymptomer ved demens uten at dette er dokumentert. Forfatterne Geir Selbæk og Harald A. Nygaard peker blant annet på uheldige formuleringer i Felleskatalogen i denne sammenheng, hvor medikamenter knyttes til senil uro, atferdforstyrrelser og psykoser hos eldre. Den utbredte forskrivningen er ikke basert på funn i kliniske studier og er ikke på linje med behandlingsanbefalinger, som går ut på miljøtiltak framfor medisiner.

I et intervju i DEMENS i 1999 (2) fyrer psykiateren Nils Chr. Gulman, mangeårig administrerende overlege ved Gerontopsykiatrisk avdeling, Århus Universitet, løs på overmedisineringen av gamle mennesker med demens: «Nevroleptika er de verste medisiner for mennesker med demens. De gjør dem aldri godt, men må av og til brukes ved psykoser eller hvis vedkom-

mende er farlig for andre pasienter. Det er imidlertid misbruk å anvende nevroleptika for å få pasienten rolig i stellesituasjoner. Medisin skal hjelpe mennesker, ikke ødelegge dem.»

Senere i intervjuet slår han fast at psykofarmaka i behandling av mennesker med demens er uten vitenskapelig forankring, at bivirkninger av psykofarmaka hos eldre opptrer hyppig, er invalidiserende og farlige og at psykofarmaka forskrives hyppig for å oppnå disiplin og ro. Gulman hadde i første rekke helsepersonell i tankene – en betenkelig utvikling i de senere år er at administrative instanser anbefaler piller for å slippe utgifter til miljøtiltak.

Antipsykotika er billigere enn miljøbehandling

Miljøtiltak koster mer enn antipsykotika. Samtidig som fagfeltet og folk flest forskrekkes over dokumentert feilmedisinering, kommer nye og alarmerende opplysninger på bordet i februar 2009. Denne gangen gjelder det eldreomsorgen i Oslo. Tillitsvalgt i Legeforeningen og overlege ved Smestadhomeet i Oslo, Pernille Bruusgaard, sier til pressen at bydeler i Oslo overprøver faglige råd ved søknader om plass i sykehjem i Oslo, når leger tilrår plass i enhet som er tilrettelagt for personer med demens. Én bydel foreslo medisiner og plass i generell sykehjemsavdeling. Pernille Bruusgaard tok opp saken, men Sykehjemsetaten imøtegikk påstandene og hevdet at Oslo har en

bra eldreomsorg. Bruusgaard opplever at pasienter som er anbefalt demensplass av legen, tildeles vanlig plass av bydelen, selv når det beviselig er ledige plasser i demensavdelingen. Bydelene sier de har bedre overblikk over de tjenestene de kan yte, enn hva legene har.

Denne tankegangen kan ikke bety annet enn at overblikket gjelder hvor de billigste tilbudene foreligger, ikke de beste for den aktuelle pasient. Med utgangspunkt i Pernille Bruusgaards uttalelser vil SV i Oslo ta opp med Byrådet forholdene rundt anbefaling av beroligende medisiner til eldre og terskelen for å få tilrettelagt behandling i sykehjem i Oslo.

Skjermet enhet et effektivt behandlings-tilbud til personer med demens

I Demensplan 2015 «Den gode dagen» er boligtilpassing et av Sosial- og omsorgsdepartementets tre satsingsområder på demensfeltet (3). Det heter at tre av fire beboere i norske sykehjem har utviklet en demenssykdom, og at bare en liten andel av plassene er tilrettelagt for denne brukergruppen. Kartlegginger har vist at i 2005 var omtrent 20 prosent av plassene i sykehjem organisert i skjermede enheter eller mindre bogrupper (4). Allerede i St meld nr 50 (1996-97) *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet* skriver Sosial- og helsedepartementet at «omsorgen for personer med alvorlig demens bør foregå i lovregulerte boliger, fortrinnsvis i form av bokollektiv eller skjermede enheter i sykehjem. Små og oversiktlige miljøer og stabilt personell er viktig i omsorgen for aldersdemente.» (side 27) (5).

Idéen om skjermede enheter i sykehjem ble første gang lansert i en utredning om forholdene i Oslo i 1977. Et konkret skritt i utviklingen av skjermede enheter var Sosialdepartementets rundskriv fra 1982 om *Skjermede enheter i somatiske sykehjem for pasienter med senil demens* (6). Det ble satt i gang flere prøveprosjekter på slutten av 1980- og begynnelsen av 1990-tallet, blant annet i Nordland i regi av fylkes-helsesjefen og i Oslo under ledelse av Kontoret for eldreomsorg. Mindre sykehjem etablerte bogrupper for

fem-seks beboere, mens større institusjoner delte en avdeling i tre eller fire relativt selvstendige bogrupper. En skjermet enhet ble i utgangspunktet definert som *et bo- og behandlingstilbud på et forsvarlig (høyt) nivå til en gruppe pasienter som trenger langvarig, bevisst og stabil (kontinuerlig) innsats for å fungere nært opp til den grense de organiske hjerneskader setter*. Definisjonen har fortsatt gyldighet.

Erfaringer viser at personer med demens fungerer bedre i tilrettelagte miljøer etter prinsippet smått er godt, de er roligere og bruker i liten grad beroligende medikamenter. Angitte kostnader for drift av skjermede enheter varierer, men antas å være rundt 10 prosent høyere enn for generelle avdelinger i sykehjem. Et stadig tilbakevendende problem over hele landet er å få forståelse for at pleiefaktoren i en skjermet enhet må ligge på et nivå som gjør det mulig å drive behandling og omsorg etter intensjonene.

Fagfeltet og sentrale myndigheter er enige om visse rammebetingelser for behandling av personer med demens i sykehjem. Det er nesten ikke til å tro at enkelte kommunale bestemmende instanser i 2009 kan overprøve anbefalinger i tråd med hva som gagnar en pasient best innenfor aksepterte rammer.

Heia Pernille Bruusgaard, stå på!

Referanser

1. Selbæk G, Nygaard HA. Antipsykotika til eldre: Farene er kjent forskrivningspraksis fortsetter som før. *Demens&Alderspsykiatri* 2009, vol.13 nr 1, s. 4-7).
2. Gulman NChr. Misbruk av medisin et større overgrep enn en låst dør, i intervju med Krüger RME. *DEMENS* 1999, vol. 3, nr 1.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2015 «Den gode dagen», 2007.
4. Eek A og Nygård AaM. Lysning i sikte? Tilbud til personer med demens i norske kommuner. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2006.
5. St.meld. nr 50 (1996-97) *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet*, s.12.
6. Sosialdepartementet. *Skjermede enheter i somatiske sykehjem for pasienter med senil demens. Rundskriv I-1036, Jnr. 13201/82.*

Demensdagene 2009

Demensdagene 2009 finner sted 1. og 2. desember i Oslo.
Program og påmeldingsinformasjon kommer i september i
Demens&Alderspsykiatri nr 3
og på våre nettsider **www.aldringoghelse.no**.

Overforbruk av antipsykotika – har Helsetilsynet gjort jobben?

Artikkelen om antipsykotika i forrige nummer av Demens&Alderspsykiatri vakte oppsikt i pressen. Psykiater PhD Geir Selbæk og professor emeritus Harald A. Nygaard viste at mer enn 30 000 eldre over 70 år bruker antipsykotika, og at andelen brukere øker med stigende alder. Dette viser en forskrivningspraksis som er stikk i strid med rådende kunnskaper på feltet. Eksempler på uheldig medisinering av eldre har i mange år vært en gjenganger i mediene. Det får oss til å lure på om Statens helsetilsyn har gjort jobben sin.

– *Helsetilsynet har ingen mulighet til å følge opp på detaljnivå gjennom våre vanlige tilsyn. Det er den enkelte leges klare ansvar å sikre en forsvarlig forskrivningspraksis, sier assisterende direktør i Statens helsetilsyn, Geir Sverre Braut.*

Men hvem skal reagere når leger ikke har en forsvarlig forskrivningspraksis?

– *Enhver lege kan klages inn for Helsetilsynet i fylket (fylkeslegen), for eksempel av pårørende til eldre som selv ikke kan klage, og uforsvarlig praksis kan resultere i en advarsel. Det er en alvorlig reaksjon.*

Tilsyn avslørte mange avvik

I 2008 utførte åtte av landets fylker tilsyn med legemiddelbehandlingen i sykehjem. Ved 18 av 23 tilsyn ble det påpekt avvik. Blant annet er det mange tilfeller av manglende journalrutiner, mangelfulle journalsystemer og mangler og uklarheter ved styring og ledelse av sykehjemmenes legetjeneste. I brev til Helse- og omsorgsdepartementet 20. mars i år skrev Helsetilsynet:

«...ved mange av sykehjemmene er (det) til dels alvorlige mangler ved journalsystemene og ved journalføringen når det gjelder å få dokumentert pasientenes legemiddelbehandling. (...) Journalgjennomganger har bekreftet at den skriftlige doku-



mentasjonen ofte er ufullstendig og lite systematisk. (...) Tilsynene har vist at det i mange av kommunene er uklart både for tjenestutøvere og for ledelsen hvem

som har ansvar for styring av legetjenesten ved sykehjemmet. (...) I mange av de tilsette kommunene er legetjenesten heller ikke dimensjonert for å ivareta forsvarlig oppfølging av pasientenes legemiddelbehandling. (...)” (www.helsetilsynet.no)

En rask gjennomgang D&A gjorde av 21 tilfeldig valgte tilsyn fra like mange kommuner i fem fylker viste at en tredjedel av sykehjemmene manglet rutiner for fortløpende journalføring. Like mange manglet rutiner for medisinsk utredning av demens. D&A kan ikke garantere at tallene er representative for landet som helhet, men er disse forholdene bakgrunnen for at Helsetilsynet nå skal ha en fireårig satsing på tilsyn med tjenester til eldre?

– *Det er veldig bekymringsfullt at det mangler gode journalrutiner på mange sykehjem, men bakgrunnen for eldresatsingen ligger noe tilbake i tid. Stortinget hadde for et par år siden oppe kvaliteten av legemiddelbehandling i sykehjem, og da så vi det som en naturlig oppfølging å ha et spesielt øye med tjenester til eldre over en periode. I den sammenhengen vil jeg si at forholdene kanskje er verre i hjemmesykepleien enn i sykehjemmene, for i de eldres egne hjem kan vi ikke ha tilsyn på samme måte som i sykehjemmene.*

Som vi skrev i forrige nummer av D&A laget Helsetilsynet i 2008 en veileder for tilsyn med legemiddelbehandling av eldre i sykehjem. Den er lagt ut på Helsetilsynets nettsider (www.helsetilsynet.no)

– *Vi valgte å offentliggjøre den for å vise hva som er Helsetilsynets kvalitetskrav på dette området. Det hadde vært fint om sykehjemsleger kunne brukt den og «kontrollert» hverandre i kollegial samforståelse. Da kunne vi fått en fruktbar diskusjon om hvorfor forskjellene er så store fra sykehjem til sykehjem.*



Dr.med. Anne Rita Øksengård, postdoc Karolinska Institutet, Stockholm, overlege Hukommelsesklinikken, Geriatrisk avd., Ullevål, OUS, og Hukommelsespoliklinikken, GSR, Sykehuset Asker og Bærum HF

Vaksine mot Alzheimers sykdom – feilslått satsing eller fortsatt håp?

Det knytter seg stor spenning til om vaksine kan føre til at utviklingen av Alzheimers sykdom kan stanses. Siden år 2000 har det pågått vaksineforsøk, skriver Anne Rita Øksengård i sin artikkel, og fremdeles har man ikke svaret:

«Det pågår per dags dato minst seks vaksinestudier verden over, (...) og man bør avvente resultatene av disse før man foretar en endelig konklusjon.»

Vaksineringsforsøk mot Alzheimers sykdom har foreløpig vist at den nevrodegenerative prosessen ikke stanses ved å fjerne amyloide plakk fra hjernebarken. De kliniske demenssymptomene fortsetter å utvikle seg på samme måte som hos pasienter som ikke er vaksinert. Etter mer enn 20 års forskning på feltet vil noen mene at man fortsatt er like langt. Det er likevel for tidlig å trekke bastante konklusjoner. Bakgrunn, molekylære mekanismer, forventet effekt og mulige konsekvenser av vaksinerings mot Alzheimers sykdom beskrives her.

Bakgrunn

Helt siden Alois Alzheimer i 1907 beskrev de typiske nevropatologiske forandringene hos sin pasient Auguste D, har man vært klar over at sammenklumpninger av proteinet beta-amyloid utenfor nervecellene (plakk) og nedfelling av sammenflettede tråder bestående av tau-protein (neurofibrillære floker) inni nervecellene i hjernebarken fører til tap av hjerneceller (nevrodegenerasjon) og hjernedød (1) (Figur 1 og 2). De beta-amyloide plakkene er uoppløselige og toksiske på den måten at de medfører en ugjenkallelig skade på nervecellene i hjernebarken, som til slutt går til grunne. Beta-amyloid er et resultat av nedbrytningen av det lange amyloid prekursor proteinet (APP) (et forstadium til det som senere blir beta-amyloid), der den biten som kalles A β -42 først og fremst er gjenstand for nedfelling i de toksiske plakkene. Hovedandelen i de neurofibrillære flokene er fosforylert tau-protein som utgjøres av stivelse bygget opp av aminosyren tau. Den tidsmessige sammenhengen mellom trinnene i utviklingen av disse forandringene er fortsatt gjenstand for forskning. Vaksineforsøkene

bygger på veldokumentert forskning med transgene musmodeller der musene er fremavlet på en slik måte at de har Alzheimerliknende forandringer i hjernen allerede ved fødselen. Hos disse musene blir patologiske mekanismer ved de beta-amyloide plakkene som leder til nervecelledød, stanset ved vaksinerings mot A β -42. Hypotetisk vil da også immunisering med en vaksine mot plakkdannelse hos pasienter med Alzheimers sykdom føre til at hjernen renses for toksisk A β -42. Forventet effekt er en oppbremsing og stans av den pågående nevrodegenerative prosessen (2, 3).

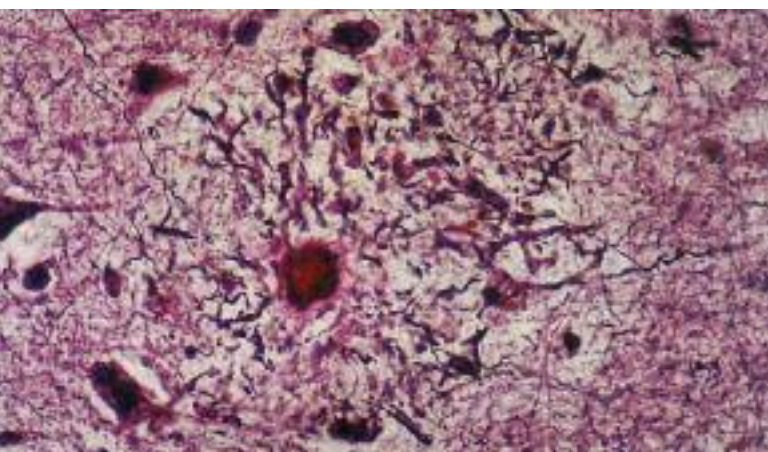
Genetikk

Sammensetningen og rekkefølgen av aminosyrene som utgjør A β -proteinet (sekvenseringen) og kobling til kromosom 21 ble første gang beskrevet av Glenner og Wong i 1984 (4). Dette førte videre til at man fikk en forklaring på sammenhengen mellom den kognitive svikten og demensutviklingen som man ofte observerer klinisk hos personer med trisomi 21 (Downs syndrom) når de kommer i 35-40 års alder. Ved videre forskning fant man øvrige genetiske sammenhenger koblet til genene presinilin 1 og 2 og viste derav at personer med disse genetiske egenskapene har økt produksjon av A β -42 og tidlig debut av kliniske symptomer på Alzheimers sykdom (5).

Nevropatologi

Braak & Braak har inndelt forandringene som anatomisk ses i hjernebarken i stadiene I-VI av sykdomsutviklingen (6). Koblingen mellom disse typiske nevropatologiske forandringene, inndelt i seks stadier og klinisk alvorlighetsgrad av demens, danner grunnlaget

for å studere patologiske sammenhenger både hos yngre personer som tidlig utvikler symptomer på Alzheimers sykdom og eldre som utvikler symptomene senere i livet. Imidlertid har nevropatologiske studier *både* vist at mange eldre har amyloid-avleiring (plakk) i hjernebarken uten å ha symptomer på Alzheimers demens og at personer med uttalt demenssykdom totalt mangler slike forandringer. Disse funnene taler imot at dannelsen av A β -42 er den egentlige årsak til Alzheimers sykdom (7, 8).



Figur 1. Sammenklumpninger av proteinet beta-amyloid (A β -42) (plakk) utenfor nervecellene i hjernebarken som sammen med de neurofibrillære flokene (fig. 2) fører til ubotelig skade, tap av hjerneceller og til slutt hjernedød (neurodegenerasjon).

Vaksinestudier

Ved *aktiv* vaksinering tilføres den sykdomsfremkallende faktor. Den stimulerer kroppens eget immunforsvar til dannelsen av antistoffer mot den aktuelle sykdommen eller sykdomsfremkallende mekanismen. Ved *passiv* immunisering tilføres ferdige antistoffer mot sykdommen, som enten er produsert kjemisk eller i en moderorganisme. Det første vaksinasjonsforsøket mot Alzheimers sykdom startet i 2000. Pasientene fikk en intramuskulær sprøyte (aktiv vaksinering) bestående av kjeder av aminosyrer; et syntetisk A β -42 peptid (AN1792) enten i høy dose (225 μ g), lav dose (50 μ g) eller i form av placebo. Dette ble gjort i tre grupper av randomiserte pasienter med mild til moderat Alzheimers demens (MMS: 14-26 poeng ved baseline). Vaksinen var klarert etter en Fase I-studie med 80 alzheimerpasienter, der man først og fremst hadde fokusert på sikkerhet og risikoprofil ved vaksinen. Man gikk så i gang med en Fase II a-studie der man fokuserte på effekt. Imidlertid måtte man avbryte Fase II a-studien etter at man hadde satt vaksinen to ganger, da 18/300 pasienter (seks prosent) utviklet hjernehinnebetennelse

(9). Av de opprinnelige forsøkspersonene i Fase I-studien takket 36/80 personer ja til oppfølging og samtykket til obduksjon ved død. Hos alle forsøkspersonene utviklet demenssykdommen seg etter et vanlig klinisk forløp med progresjon av symptomenes alvorlighetsgrad. Da studien ble avsluttet i 2006 var ti av de vaksinerte pasientene døde og to av disse hadde levd i seks år etter vaksinering.

Hovedresultatene i oppfølgingsstudien viser at ingen av de vaksinerte forsøkspersonene stagnerte i sin demensutvikling. Obduksjonsrapportene viste en markant forskjell i immunrespons (konsentrasjon av dannelse av antistoff). Man fant ingen signifikant sammenheng mellom gitt vaksinedose (høy/lav) og utvikling av immunrespons. Det var imidlertid en mulig tidsmessig sammenheng mellom vaksinetidspunkt og immunresponsutvikling idet de som hadde levd lengst etter vaksineringstidspunkt utviklet høyest antistofftiter.

Alle pasientene som ble obdusert hadde alvorlig grad av demens da de døde (MMS <10 poeng). Ingen levde lenger enn personene i kontrollgruppen, til tross for at det ble påvist signifikant mindre opphopning av beta-amyloide plakk i hjernebarken hos dem som fikk den aktive vaksinen (ikke placebo). Dette var særlig markant hos de to personene som levde lengst etter at de ble vaksinert (10).

Flere studier behøves

Disse resultatene er imidlertid basert på et svært lite utvalg av pasienter. Av de opprinnelige 80 pasientene som ble vaksinert ønsket 24 av dem ingen videre oppfølging. Ytterligere 20 pasienter var døde da oppfølgingsstudien startet. Man konkluderer derfor med at flere vaksinestudier behøves. Det pågår per dags dato minst seks vaksinestudier verden over, både med aktiv og passiv immunisering, og man bør avvente resultatene av disse før man foretar en endelig konklusjon. Når det gjelder passiv immunisering har man teoretisk større mulighet til å designe kjemiske antistoffer slik at man unngår de negative effektene man til nå har sett. Man vet imidlertid foreløpig ikke om det er forskjell på immunrespons der man tilfører en aktiv substans som organismen selv danner antistoffer mot (aktiv immunisering), eller der man tilfører et ferdig eksternt produsert antistoff (passiv immunisering).

Konsekvenser av A β -vaksinering for videre forskning

Boche og medarbeidere (11) har vist at vaksinering med en slik substans som AN1792, som fremkaller en Alzheimerliknende prosess som kroppen selv danner antistoffer mot (aktiv immunisering), også gjør skade på hjernens små blodkar (den mikrovaskulære sirkulasjonen). Dette er å regne som en bivirkning av den aktive vaksinen. Man har sett nedfelling av stivelse

inni de små blodårene (cerebral amyloid angiopati) ved at delprodukter av A β -42 klumper seg sammen og legger seg på innsiden av blodåreveggene. Videre fokuseres det på at immunisering av A β -42 hos mus og hos mennesket lenge har vist ulik respons på tau-proteinet. Hos mennesket vil immunisering av A β -42 gi en forventet negativ påvirkning av tau og således ingen sykdomsstagnasjon (12). Så langt har ikke vaksineforsøkene oppfylt forventingene, men likevel har de ikke vært forgjeves. Nye hypoteser for videre forskning er generert. Parallelt til vaksinstudiene har man vist en sammenheng mellom Apo E og fosforylert tau-protein der manipulerings av den enzymatiske mekanismen (via GSK3) påvirker tau-proteinet med en tilbakevirkende effekt på A β (13). Imidlertid har studiene vist at om man manipulerer og forsøker å stanse dannelsen av A β -42 fibriller ved vaksinerings, kan man få en oppregulering av forekomsten av andre amyloidformer (oligomerer) som muligens også har en toksisk virkning og kan føre til nevrodegenerasjon og nervecelledød. I lys av nåværende resultater fokuseres det i økende grad på å utvikle forebyggende midler som samlet eller i kombinasjon med individtilpasset molekylær terapi kan ha mer enn symptomatisk behandlingseffekt. Spesielt gjelder dette for den store gruppen av pasienter med sent debuterende Alzheimers sykdom.

«Om mus og menn» – utsikter til gjennombrudd?

Det er nå bevis for at A β -42 bør betraktes som en markør og ikke som en sykdomsfremkallende faktor ved Alzheimers sykdom. Man er i økende grad oppmerksom på at tidlige forsøk basert på transgene Alzheimer musemodeller ikke nødvendigvis er repeterbare hos personer med en pågående demenssykdom, men nye og bedre musemodeller utvikles stadig (14). Pågående forskning vil muligens kunne bekrefte tesen til nestoren, professor Sir Martin Roth (1917-2006). Han påsto allerede på 1950-tallet at sent debuterende Alzheimers sykdom skyldes summen av negativt stress og uheldige risikofaktorer i kombinasjon med en eller flere triggerfaktor(er). Dette fører til irreversibel nevrodegenerasjon og symptomgivende demenssykdom, ifølge Roth. Det vil derfor være av stor betydning å identifisere personer med høy risiko for å utvikle Alzheimers sykdom i et tidlig stadium for å kunne tilby effektiv og kurativ behandling når den foreligger. Parallelt med dette forventes flere gjennombrudd i lys av pågående studier innen epidemiologisk genetisk forskning, som først og fremst er rettet mot koblingen mellom ApoE og nevrodegenerasjon.



Figur 2. Sammenfiltrede tråder bestående av tau-protein (neurofibrillære floker) nedfelles inni nervecellene i hjernebarken ved Alzheimers sykdom.

Referanser

1. Alzheimer A. Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin 1907; 64: 146-48.
2. Schenk D, Barbour R et al. Immunization with amyloid-beta attenuates Alzheimer-disease-like pathology in the PDAPP mouse. Nature 1999; 400: 173-77.
3. Wilcock DM, Rojiani A et al. Passive amyloid immunotherapy clears amyloid and transiently activates microglia in a transgenic mouse model of amyloid deposition. Journal of Neuroscience 2004; 61: 6144-51.
4. Glenner GG, Wong CW. Alzheimer's disease: initial report of the purification and characterization of a novel cerebrovascular amyloid protein. Biochemistry Biophysics Research Communications 1984; 120: 885-90.
5. Selkoe D. Defining molecular targets to prevent Alzheimer disease. Archives of Neurology 2005; 62: 192-95.
6. Braak H, Braak E. Neuropathological staging of Alzheimer-related changes. Acta Neuropathologica 1991; 82: 239-59.
7. Davis DG, Schmitt FA et al. Alzheimer neuropathologic alterations in aged cognitively normal subjects. Journal of Neuropathology and Experimental Neurology 1999; 58: 376-88.
8. Neuropathology Group of the Medical Research Council Cognitive Function and Aging Study (MRC CFAS). Pathological correlates of late-onset dementia in a multi-centre, community-based population in England and Wales. Lancet 2001; 357: 169-75.
9. Orogozo JM, Gilman S et al. Subacute meningo-encephalitis in a subset of patients with AD after Abeta42 immunization. Neurology 2003; 61: 46-54.
10. Holmes C, Boche D et al. Long-term effects of A β 42 immunisation in Alzheimer's disease: follow-up of a randomised, placebo-controlled phase I trial. Lancet 2008; 372: 216-33.
11. Boche D, Zotova E et al. Consequence of A β immunization on vasculature of human Alzheimer's disease brain. Brain 2008; 131: 3299-310.
12. McGeer PL, McGeer EG. Is there a future for vaccination as treatment for Alzheimer's disease? Neurobiology of Aging 2003; 24: 491-95.
13. Small S, Duff K. Linking A β and Tau in Late-Onset Alzheimer's Disease: A Dual Pathway Hypothesis. Neuron 2008; 60: 534-42.
14. Desai M, Sudol K. Triple-transgenic Alzheimer's disease mice exhibit region-specific abnormalities in brain myelination patterns prior to appearance of amyloid and tau pathology. Glia 2008; 57: 54-65.

■ rita.oksengard@karolinska.se



Frivilligleder/sosiolog Kristin Fragell Lillevold,
Vålerengen bo- og servicesenter

Det handler om trivsel og verdighet

Frivillighetssatsing på sykehjemmene

«Innføring av frivillighet som eget fagområde på sykehjemmene kan ses som et av flere virkemidler for å skape en mer sammensatt og helhetlig tjeneste.»

Når eldre mennesker flytter på sykehjem og etter hvert som omsorgen de mottar blir mer profesjonalisert, er relasjoner preget av gjensidighet og likeverdighet fortsatt viktig for de fleste. Anerkjennelsen av frivillighet som et eget kvalitetsområde på sykehjemmet er derfor forankret både i et menneskesyn og i forståelsen av verdier knyttet til frivillighet. Frivillig engasjement bør få status ikke bare som et supplement – men som en genuin kvalitet i omsorgen for de eldste og sykeste eldre.

Frivillighetens plass innen pleie- og omsorgstjenestene

Forskrift for kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (1) slår fast brukernes rettigheter knyttet til ulike grunnleggende behov ved opphold på sykehjem, eller ved tjenester gitt etter Lov om kommunale tjenester og Sosialtjenesteloven. I forskriften står det at kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at brukerne får tilfredsstilt sine grunnleggende behov. Formålet med forskriften er respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Med grunnleggende behov menes blant annet fysiologiske og medisinske behov, samt sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet, og tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter. (Ibid.)

Tjenester for trivsel

I lys av forskriften er ikke målet for frivillighetsarbeidet å erstatte de ansattes arbeidskraft på visse områder, men å tilføre de som bor på sykehjemmet et større mangfold og en annen type kontakt, samt å dra veksler på og styrke samspillet med nærmiljøet som sykehjemmet er en del av. (2). I denne artikkelen vil forfat-

teren hevde at tjenester de frivillige utfører utgjør en del av selve *kjerneverdien* i et helhetlig tjenestetilbud, og ikke bør defineres som en *tilleggsverdi* eller et haleheng til de «tyngre» pleietjenestene.

Dette står ikke i motsetning til forståelsen av at enkelte kvaliteter ved tjenestetilbudet sannsynligvis er mer avgjørende for trivsel enn andre kvaliteter. Undersøkelser gjort med fokus på beboeres opplevelse av trivsel viser at *kvaliteten ved pleien og pleierne ofte utgjør et kjerneaspekt ved trivsel*. I tillegg kommer *beboernes egen innstilling* til det å komme på sykehjem, som synes å være den aller viktigste faktoren (3). At «meningsfulle aktiviteter» oftere utgjør et av tilleggsaspektene ved trivsel, betyr likevel ikke at slike aktiviteter bør betraktes som noe «utenfor» kjerneverdien av den totale kvaliteten sykehjemmet skal tilby. Spørsmålet blir isteden hvordan sykehjemmene best kan innfri krav til kvalitet på områder som *«mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet, og tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter»*, og hvilke aktører som er best egnet til å yte viktige kvaliteter på området.

Innsats med utspring i frivillige organisasjoner

Vålerengen bo- og servicesenter (VBS) er ett av de fem sykehjemmene Kirkens Bymisjon driver i Oslo og som har hatt frivilligleder i omlag 10 år. Frivillighet på sykehjemmene er etter hvert en tjeneste også det offentlige definerer som et viktig innsatsområde. I løpet av 2008 ble det etablert frivilligkontakter ved alle de 30 sykehjemmene som Oslo kommune driver i egen regi. Videre gjennomfører Sosial- og helsedirektoratet for tiden en treårig satsing for å styrke frivillig arbeid for mennesker med demens spesielt og eldre generelt.



Studenter fra Hudpleieakademiet i Oslo stiller opp på frivillig basis og gir beboerne en velværedag, og ungdommer fra Vålerenga fotballklubb, prosjekt Jobbsjansen, serverer kakao og deler ut ukeblader på sykehjemmet.

I samarbeid med enkelte frivillige organisasjoner skal det utarbeides informasjons- og opplysningsmateriale. Dette skal kunne brukes av et bredt spekter av organisasjoner og personer som ønsker å satse på frivillig arbeid for målgruppen, både hjemmeboende og institusjonsbeboere (4).

Hva kjennetegner frivillighet?

En vanlig definisjon av frivillig innsats er:
«Frivillig innsats er en fellesbetegnelse for alle typer bidrag som blir gitt av fri vilje, og som kommer individer eller grupper utenfor husholdningen til gode. Dette omfatter to kategorier av bidrag: frivillige og økonomiske.» (5, s. 34)

Og frivillig arbeid kan defineres som:

«Med frivillig arbeid mener vi ulønnet arbeid i regi av en frivillig sammenslutning.» (5, s. 35)

Definisjonene angir et minimum av felles kjennetegn, som at innsatsen er ulønnet og gitt av fri vilje. Frivillighetsbegrepet bør imidlertid ikke oppfattes som noe statisk, men som noe i stadig endring, i takt med andre sosiale endringer i samfunnet. Således er dagens frivillige blant annet kjennetegnet ved at de er en svært sammensatt gruppe som blant annet har svært ulike motivasjoner for sitt engasjement. Videre kan dagens frivillighet på et sykehjem blant annet defineres gjennom et aktivt pårørendearbeid, et

utstrakt nærmiljøarbeid og samarbeid med næringslivet gjennom såkalte «partnerskapsavtaler». For å kunne jobbe godt med frivilligheten og dra veksler på de mange ressurser som ligger innen dette området, er en nødt til både å foreta prioriteringer og arbeide systematisk.

Systematisk frivillighetsarbeid

Å utarbeide et kvalitetssystem for frivillighetsarbeidet på sykehjemmet utgjør et viktig ledd i prosessen med å forankre mål og arbeidsmetoder som skal gjelde for området. Kvalitetssystemet bør knytte frivillighetsarbeidet opp mot virksomhetens overordnede mål og visjoner og angi frivilliglederens funksjonsområder, ansvar og medansvar. Videre bør prosedyrer for rekruttering, belønning, oppfølging av og samarbeid med frivillige være angitt. En del frivillighetsarbeid vil være basert på tilrettelegging og oppfølging også fra de ansattes side, og kvalitetssystemet bør skissere hovedtrekkene for et slikt samarbeid.

I det følgende gis det en kort beskrivelse av hvordan frivillighetsarbeidet er organisert ved VBS, og i siste del av artikkelen beskrives noen av aktivitetene nærmere.

Forankring og organisering

Ledelse av frivillighetsområdet og oppfølging av de frivillige krever tilstedeværelse. Det bør derfor settes av en stillingsbrøk til koordineringen. VBS har valgt å sette av en halv stilling til frivillighetsarbeidet. Generelt vil virksomheten «høste som den sår» i form av investert tid og ressurser: Registrering av antall timer med frivillig innsats i løpet av et år antyder at den halve stillingen hentet ut omlag to årsverk i frivillig innsats. Frivilligleder er plassert i stab og er en naturlig del av ledergruppen ved virksomheten. Dette signaliserer at ledelsen er villig til å gi frivillighetsområdet myndighet og anser området som en del av det helhetlige tjenestetilbudet, og ikke som et haleheng til de tyngre tjenestene. Plasseringen gjør det dessuten mulig for frivilligleder å være i direkte dialog med andre fagområder.

Rekruttering

Rekruttering av frivillige er ressurskrevende. I valg av rekrutteringsarena og rekrutteringsmetode må en derfor tenke gjennom hvilken type frivillighet som er ønskelig på sykehjemmet, og gå aktivt ut i forhold til dette. Det umiddelbare er ofte det beste. Alle sykehjem har en pårørendegruppe og et nærmiljø. Å undersøke hvilke potensialer for frivillig engasjement som ligger på disse arenaene, er et naturlig sted å starte. Ønsker man for eksempel flere generasjonsmøter, kan barnehager og barneskoler være aktuelle arenaer å henvende seg til.

I rekrutteringsarbeidet er gode mottaksrutiner, førstegangssamtaler og innhenting av referanser

viktige punkter. Videre at den frivillige undertegner en taushetserklæring, som er etisk bindende for alle i tjeneste av denne art.

Opplæring

Systematisk frivillighetsarbeid handler ikke minst om å kunne gi en god og tilrettelagt opplæring og veiledning til ulike personer i frivillig tjeneste. Opplæringen kan være både praktisk og teoretisk, og avhenger både av arbeidsoppgaven og den enkeltes bakgrunn.

Å være i kontakt med eldre sykehjemsbeboere fordrer at besøkeren har noe basiskunnskap om vanlige aldringstegn og svekkelser, spesielt svekkelser som setter begrensninger for kommunikasjon og fysisk aktivitet. Svekket syn, hørsel og taleevne, samt svekket orienteringsevne på grunn av en demenslidelse, er ofte fremtredende blant dagens sykehjemsbeboere. Tilrettelagt informasjon og opplæring på disse områdene kan være nødvendig for den som går inn i frivillig tjeneste.

Like viktig som kunnskap om funksjonssvikt, er kunnskapen om de områder hvor eldre beboere har sine ressurser mer intakt. Å kunne stimulere slike ressurser i samvær og kommunikasjon bør være et hovedanliggende for den frivillige aktiviteten. Derfor satser VBS systematisk på opplæring i erindringsmetoder og har opprettet en egen Erindringsskole for frivillige. Erindring eller reminisens defineres som; «*Med reminisens mener vi (...) gjenkallelse og formidling av minner, av erindringer.*» (6, s. 117)

Oppfølging

Både forankring, gode mottaksrutiner og opplæring er viktige forutsetninger for et vellykket samarbeid med de frivillige. En god oppfølging innebærer dessuten å være tilgjengelig for veiledning, blant annet knyttet til roller og rammer for den frivillige aktiviteten. Slik veiledning kan skje formelt gjennom planlagte samtaler og fellessamlinger, og mer uformelt i de daglige møtene. At den frivillige innsatsen blir sett og verdsett av virksomheten er avgjørende for de frivilliges motivasjon. Det innebærer også at virksomheten er villig til å lytte til de frivilliges refleksjoner og kanskje kritiske blikk på tjenestene.

Aktiviteten

Frivilligaktivitetene på sykehjemmet er mangeartet, både når det gjelder hyppighet, varighet og innhold, og gruppen frivillige som utfører de ulike oppgavene. På den ene siden bør virksomheten i fellesskap utarbeide en oversikt over hvilke aktiviteter de ønsker frivillige medhjelpere til, på den andre siden må man spørre hvilke ressurser den enkelte frivillige selv ønsker å bruke i tjenesten. Utgangspunktet er at alle kan bidra med noe – men at det må legges til rette for en best mulig 'match' mellom ønsker og behov i hvert enkelte tilfelle.

Generelt kan frivillige bidrag plasseres i følgende kategorier: besøkstjeneste, velværetiltak, praktiske oppgaver, selvhjelpsgrupper, tillitsverv og økonomiske bidrag.

Besøkstjeneste

Beboerne som enkeltindivider har ofte et marginalt sosialt nettverk, og behovet for besøksvenn og én-til-én kontakt er derfor stort. Ansatte må forholde seg til mange beboere hver dag – en besøkskontakt kan vie seg til den spesielle beboeren som får «sin» venn på besøk. Likevel kan besøkstjeneste like gjerne innebære å være hele «husets» eller «avdelingens» venn. Besøkere vil trenge noe bakgrunnsinformasjon om den enkelte beboer, og de ansatte må vurdere hva som er vesentlig å formidle.

Velværetiltak

Velværetiltak vil si sosiale og kulturelle aktiviteter som skaper trivsel og velvære for beboerne. Målet er mangfold, slik at beboere skal ha mulighet til å velge i forhold til preferanser og funksjonsnivå. Eksempler på velværetiltak ved VBS er håndpleie, baking, lyttegruppe, vinklubb, erindringskafé og erindringsgrupper, sitte-dans, velværedag, hestedag, kiosktrolle, blomstertralle, te-dans og kino. Tiltakene skjer i regi av frivillige blant pårørende, aktører fra nærmiljøet (skoleelever, idrettslag etc.) og representanter fra næringslivet. Det sistnevnte skjer gjennom såkalte partnerskapsavtaler hvor ansatte fra bedrifter får lønn fra arbeidsgiver for å gjøre en frivillig innsats. VBS har blant annet i flere år samarbeidet med ansatte i Shell om å arrangere vinklubb for beboerne.

Praktiske oppgaver

Av ulike grunner kan det å få løst enkle praktiske oppgaver være ønskelig både fra sykehjemmets og den frivilliges side. Både praktiske og andre typer oppgaver kan utgjøre en form for arbeidstrening eller jobbqualifisering. Slike oppgaver kan være enkle vaktmesteroppgaver, kaféassistanse, sentralbordtjeneste, «gartner»-oppgaver, etc. Ved VBS er frivillige knyttet til kafédrift og bidrar i redaksjonskomiteén for sykehjemmets husavis. Det kan være naturlig å stille som referanse for personer som bruker sitt frivillige engasjement i jobbsøkingssammenheng.

Selvhjelpsgrupper

Hjelp til selvhjelp er en form for frivillig engasjement hvor motivasjonen er eget behov for informasjon og støtte. Ved VBS og ved flere andre sykehjem er det opprettet samtalegrupper for pårørende til personer med demens. Gjennom samtaler knyttet til ulike utfordringer som pårørende, støtter deltakerne hverandre ved å dele erfaringer.

Tillitsverv

Å bruke tid og ressurser som tillitsvalgt i råd og utvalg ved sykehjemmet, er også former for frivillig engasjement som kommer virksomheten til gode. Ved VBS sitter syv representanter fra pårørende, frivillige, beboere og dagsenterbrukere i sykehjemmets bruker-råd sammen med representanter fra virksomhetsledelsen. Dette styrker de demokratiske prosessene og dialogen med de ulike brukergruppene og ansatte ved sykehjemmet.

Økonomiske bidrag

Noen aktører (personer, foreninger, organisasjoner) ønsker å gi sitt frivillige bidrag gjennom innsamlede midler eller økonomiske gaver. Dette er en type frivillighet som kan gjøre det mulig for virksomheten å gjennomføre velværetiltak som ellers ikke hadde vært mulig.

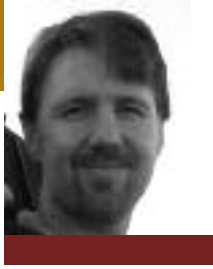
Om frivillighetens sosiologi knyttet til sykehjem og aldring

Det eksisterer i dag fortsatt sterke sosiale og kulturelle normer knyttet til alderdom og sykdom som gjør at både mennesker, diagnoser og livet på sykehjemmet omtales som en mangel på verdighet. Både menneskeverd og menneskerettigheter kan på denne måten bli satt under press. Innføring av frivillighet som et eget fagområde på sykehjemmene kan ses som et av flere virkemidler for å skape en mer sammensatt og helhetlig tjeneste, og derigjennom også motvirke at negative holdninger får prege folks oppfatning av sykehjemslivet og det å bli hjelpetrengende på sine eldre dager.

■ kristin.fragell.lillevold@skbo.no

Referanser

1. FOR 2003-06-27 nr 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
2. Bergland Å. Trivsel i sykehjem. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2006.
3. Kvalitetssystem for frivilligavdelingen Vålerengen bo- og servicesenter 2004.
4. Sosial- og helsedirektoratet. Glemsk, men ikke glemt! IS-1486, 08/2007.
5. Wollebæk D, Selle P, Lorentzen H. Frivillig innsats: Sosial integrasjon, demokrati og økonomi. Bergen: Fagbokforlaget, 2000.
6. Heap K. Samtalen i eldreomsorgen, kommunikasjon, minner, kriser, sorg. Oslo: Kommuneforlaget, 2002.



Martin Andersson, stipendiat, Avdeling for biologisk og medisinsk psykologi, Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen

Hva er det ved hukommelsen vår som påvirkes når vi blir eldre?

Det finnes forskjellige former for hukommelse, og ikke alle blir nødvendigvis påvirket når vi blir eldre. Denne kronikken beskriver noen aspekter ved hukommelse og hvilke av dem som er spesielt utsatt for svekkelse når vi blir eldre. (Red.)

Hukommelse er en funksjon som omfatter evnen til å lagre og beholde lagret informasjon, samt å hente tilbake informasjon som allerede er lagret.

Det er vanlig å skille mellom ulike former for hukommelse i forhold til om noe huskes over kort eller lang tid (1). Hukommelse kan innebære å *huske noe aktivt i en kort tidsperiode*, for eksempel å huske hvor mye man skal betale i butikken mens man leter etter penger i lommeboken. Den innebærer dessuten å *huske noe over lengre tid*, som for eksempel minner fra vår barndom, hva et ord betyr eller hvor bilen er parkert etter en lengre handletur.

Videre er det vanlig å skille mellom langtidshukommelse for *fakta* og *episoder* og for *prosedyrer* (1). Mens de to førstnevnte lett kan beskrives med ord og dermed gjøres eksplisitte, kan vi utføre prosedyrer uten å tenke på hvordan vi gjør dette. Hukommelse for *fakta* dreier seg videre om å huske for eksempel hva raspeballer er, mens hukommelse for *hendelser* og *episoder* typisk omhandler minner om man spiste raspeballer hjemme for to dager siden. Hukommelse for hendelser eller episoder har derfor gjerne en del informasjon knyttet til seg, slik som hva (spiste raspeball) skjedde hvor (hjemme) og når (for to dager siden). Til forskjell omhandler hukommelse for *prosedyrer* eksempelvis hvordan man skal lese en tekst, spille piano eller sykle. Hukommelse for fakta, hendelser og prosedyrer kan derfor betraktes som forskjellige former for hukommelse, og hukommelse er ikke en enhetlig funksjon. Som vi skal se litt nærmere på senere, påvirkes ikke alle funksjonene like mye ettersom vi blir eldre (2).

Informasjon som er lagret kan bringes tilbake på forskjellige måter (3). Man kan huske lagret informasjon ved å *gjenkjenne* noe man ser fremfor seg, for eksempel finne ut at en har sett en film tidligere ved bare å se en kort episode fra filmen. Man kan også huske noe uten å ha fått en slik påminnelse. Da må man selv gjen-

kalle informasjon som er lagret, for eksempel huske om man sett en film tidligere, eller huske hva den handler om, bare ved å høre tittelen. Dette vil mange oppleve som vanskeligere enn i eksemplet med gjenkjenning. Det oppleves gjerne som mindre anstrengende å kjenne igjen en person blant andre på gaten enn å *gjenkalle* navnet på personen. Dette vil tilsvare forskjellen mellom å svare på spørsmål der man kan velge blant forskjellige svaralternativer og en situasjon med spørsmål der man selv må finne frem til svaret.

Former for hukommelse som er særlig sårbare ved aldring

Mange eldre kan synes det er vanskelig å huske informasjon i situasjoner der de samtidig må bearbeide informasjon. Eldre vil som regel gjøre det bedre på oppgaver der de får presentert informasjon som skal gjengis umiddelbart etterpå, enn på oppgaver der de må gjøre noe med informasjonen før den gjengis (2, 4). Å få presentert en liste med blanding av bokstaver og tall som de må huske og siden gjengi – først tallene i stigende rekkefølge og deretter bokstavene i alfabetisk rekkefølge – stiller høye krav til det vi gjerne kaller arbeidshukommelse (5). Evnen til dette vil kunne påvirke hvor lett vi synes det er å gjenkalle fakta og episoder i andre typer oppgaver.

Videre synes påvirkningen aldring har på langtidshukommelsen å variere med hva som skal huskes over tid. For mange er hukommelse for fakta relativt stabil ettersom vi blir eldre, særlig hvis informasjonen huskes og brukes ofte. Eldre husker for eksempel godt det de har lært for lenge siden, som betydningen av ord eller tyske grammatikkregler, og enkelte studier har til og med vist bedre resultater for eldre enn yngre på enkelte hukommelsesprøver (6).

Mens hukommelse for fakta altså ikke synes å bli spesielt svekket med alderen, kan eldre mennesker oftere ha problemer med å huske informasjon som

hvor man parkerte bilen i dag, eller akkurat hvilken dag i denne uken man spiste raspeballer. Noen forskere har argumentert for at evnen til å lagre hendelser eller episoder svekkes med alderen, og peker på at hukommelse for hendelser tidligere i livet er relativt stabil hos eldre (7, 8). Effekten av aldring når det gjelder hukommelse er med andre ord kompleks.

Det fins ikke like mange studier av hvordan aldring påvirker prosedural hukommelse som av virkningen på hukommelse for hendelser og episoder. Det fins likevel støtte for at prosedural hukommelse er relativt godt bevart opp i høy alder (2, 9,10). Vi kan greitt utføre prosedyrer uten at vi må tenke på eller huske hva vi skal gjøre. Det kalles implisitt hukommelse. Også ved andre oppgaver som stiller krav til implisitt hukommelse viser eldre ofte gode prestasjoner. Studier har vist at vi kan påvirkes av hva vi har sett tidligere uten at dette krever intensjonell gjenhenting av erfaringen (1). Et eksempel: Hvis noen nylig har sett ordet «bil» vil de etterpå gjerne finne det lettere å oppdage et ord som kan knyttes til ordet bil, som ordet «buss». Slike former for implisitt hukommelse (e.g. priming) synes ikke å være særlig påvirket av aldring (2, 11).

Noen eldre strever med å gjenkalle informasjon som er lagret i hukommelsen. Alderseffekten synes å være størst i situasjoner der eldre må gjenkalle noe uten å få hint eller «bli satt på sporet». Det synes med andre ord å være slik at eldre har større problemer med fri gjenkalling enn de hadde da de var yngre. Det kan imidlertid også være slik at eldre menneskers måte å lagre og gjenkalle informasjon er annerledes enn hos yngre. Når det gis hint eller spørres om hvorvidt dette er noe de har sett noe før, gjør eldre det typisk bedre (3, 7, 12, 13). Dette tyder på at informasjonen er lagret, selv om mange vil oppleve det som om den er glemt. Informasjonen synes bare ikke å være like tilgjengelig for gjenkalling som hos yngre. Dette er støttet av studier som har vist at eldre gjør det bedre når de gis gjenkjenningsoppgaver enn når de skal løse oppgaver som stiller krav til fri gjenkalling (3, 12). Eldre kan imidlertid ha større vansker enn yngre med det motsatte problemet: å tro at man kan ha sett noe tidligere uten at det er slik. En slik situasjon kan oppstå hvis eldre blir vist en liste med ord som for eksempel buss og bil, og senere blir bedt om å gjenkjenne disse ordene blant andre relaterte ord (andre transportmidler). Da kan eldre oftere enn yngre feilaktig «huske» også lignende ord (for eksempel sykkel). Aldring kan derfor ha effekt på både gjenkalling og gjenkjenning.

Ikke alle former for hukommelse påvirkes av aldring

Oppsummert synes eldre å huske godt over kort tid når det ikke er noen distraksjon til stede, som for eksempel situasjoner uten krav til aktiv prosessering og hukommelse samtidig (2). Videre tyder studier på

at hukommelse for nyere hendelser og episoder gjerne blir svekket med alderen, mens hukommelse for fakta og kunnskap og forskjellige former for implisitt hukommelse, som for eksempel prosedyrer, er mindre påvirket (Ibid.). Til sist virker det som om yngre presterer bedre enn eldre når det stilles krav til aktiv gjenkalling. Hvis eldre i stedet får et hint eller blir bedt om å gjenkjenne noe, blir aldersforskjellene minimale. Det er dog viktig å merke seg at det kan være store individuelle forskjeller.

Forskningsresultater tyder med andre ord på at ikke alle former for hukommelse er utsatt for alders-effekter. I dag er aldersrelaterte endringer i hukommelse relativt godt beskrevet, men mye er fremdeles uklart når det gjelder hvordan aldring påvirker funksjonen i de delene av hjernen som er involvert ved forskjellige typer oppgaveløsning.

Et pågående prosjekt som undersøker slike spørsmål er studien «Genetikk, hjerne og kognisjon», som er beskrevet på <http://www.braingenetics.org/>. God kunnskap om hva som kjennetegner normal aldring er ikke minst viktig for å kunne skille mellom normale aldersforandringer og de forandringer som er tidlige tegn på en demenssykdom.

■ *martin.andersson@psybp.uib.no*

Referanser

1. Gazzaniga, MS, Ivery RB et al. Cognitive neuroscience: the biology of mind 2ed. New York: W.W. Norton & Company, Inc, 2002.
2. Nilsson LG. Memory function in normal aging. Acta Neurologica Scandinavica 2003; (Suppl 179): 7-13.
3. Luo L, Craik FIM. Aging and memory: a cognitive approach. Canadian Journal of Psychiatry 2008; 53 (6): 346353.
4. Bäckman L, Wahlin A et al. Cognitive functioning in aging and dementia: The Kungsholmen Project. Aging, Neuropsychology, and Cognition 2004; 11: 212-244.
5. Grady CL, Craik FIM. Changes in memory processing with age. Current Opinion in Neurobiology 2000; 10: 224-231.
6. Verhaeghen P. Aging and vocabulary scores: A meta-analysis. Psychology and Aging 2003; 18: 332-339.
7. Hedden T, Gabrieli JDE. Insights into the ageing mind: A view from cognitive neuroscience. Nature Reviews Neuroscience 2004; 5: 87-97.
8. Burke DM, Mackay DG. Memory, language, and ageing. Philosophical Transactions: Biological Sciences 1997; 352: 1845-1856.
9. Smith CD, Walton A et al. Memories that last in old age: motor skill learning and memory preservation. Neurobiology of Aging 2005; 26 (6): 883-890.
10. Churchill JD, Stanis JJ et al. Is procedural memory relatively spared from age effects? Neurobiology of Aging 2003; 24: 883-892.
11. Fleischman DA, Wilson RS et al. A longitudinal study of implicit and explicit memory in old persons. Psychology and Aging 2004; 19: 617-625.
12. Craik FIM, McDowd JM. Age differences in recall and recognition. Journal of Experimental Psychology Learning, Memory, and Cognition. 1987; 11 (3): 474-479.
13. Craik FIM, Bialystok E. Cognition through the lifespan: mechanisms of change. Trends in Cognitive Sciences 2006; 10 (3):131-138.



Leon Jarners Forskningspris 2009

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 2009 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 2009, 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.

Søknad sendes innen **1. oktober 2009**
som e-post til toril.utne@aldringoghelse.no

eller pr. post (4 eksemplarer) til
**Nasjonalt kompetansesenter
for aldring og helse**
v/Toril Utne
Med. divisjon, bygn. 37
Oslo universitetssykehus Ullevål
0407 Oslo



Kvaliteten på norske sykehjem skal registreres

Det er omkring 40 000 pasienter på norske sykehjem. Likevel fins det ingen systematisk oversikt over kvaliteten på behandlingen og omsorgen som ytes på sykehjemmene. Et nytt kvalitetsregister skal forhåpentligvis rette på dette. Overlege Geir Selbæk ved Alderspsykiatrisk avdeling, Sykehuset Innlandet HF, redegjorde for registeret under geriatrikongressen i Oslo i april.

Og hva skal komme ut av registeret?

Bedre dokumentasjon, bedre omsorgsplaner, mer kunnskap, bedre beslutninger, bedre forskning og ikke minst bedre utredning og behandling, ifølge Geir Selbæk. Han vil skrive en artikkel om registeret i et senere nummer av D&A.

Les mer om den tredje norske geriatrikongressen på side 42. (Red.)



Overlege
Geir Selbæk



Torhild Holthe, ergoterapeutspesialist, MSc,
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

«Vi har lært å fange opp behov hos den enkelte pasient!»

Det tredje basiskurset om Dementia Care Mapping (DCM – kartlegging i demensomsorgen) ble gjennomført på Lillehammer i april.



Opplegget er utviklet etter Tom Kitwoods idéer om personsentrert omsorg, og det holdes DCM-kurs over hele verden. Tjuefem deltakere hadde meldt seg på kurset på Lillehammer.

Kursledere var Eva Bonde Nielsen fra Danmark og Anne-Marie Mork Rokstad og Allan Øvereng fra Norge.

– Kurset gikk over tre dager, og det var lange, intense dager med veldig interessant stoff. Vi lærte å bruke DCM-verktøyet i praksis. Det spennende nå er om vi klarer å sette det ut i drift når vi kommer hjem. Vi tror dette verktøyet er svært nyttig for avdelinger og pasienter og anbefaler kurset på det varmeste, forteller **Birgitte Olsen** (t.v.) og **Karin Elvenes Leiros**. De hadde tatt turen fra Kåfjord og reist i elleve timer for å delta på kurset.



Liv Ødbehr (bildet) ved Høgskolen i Hedmark er nå ansatt som FoU prosjektleder i Undervisningssykehjemmene i Hedmark.

– Kvalitetsutvikling av pleie- og omsorgstjenestene til beboerne på sykehjem er et av våre kjerneområder, og jeg har vært nysgjerrig på DCM i denne sammenhengen. Jeg ser at DCM er en metode som hjelper personalet til å arbeide mer personsentrert. Det vil si at vi kan fange opp behov hos den enkelte pasient, og at pleierne involveres slik at de kan drøfte prosessen og få muligheter til å forbedre omsorgen og kvalitetssikre arbeidet. Jeg tenker å henvende meg til de skjermede enhetene hos oss,

og tilby DCM som metode for systematisk kartlegging slik at vi sammen kan se på muligheter for forbedringer av tjenestene. Vi begynner ett sted og prøver dette ut, så får vi erfaringer vi kan bygge videre på senere.

Fra geriatrik poliklinikk i Stavanger deltok **Mari Anne Fjalestad** (t.h.) og **Sigrun Klinkenberg**, begge geriatrike sykepleiere.



– Dette var noe vi virkelig ønsket kunnskap om. Vi har lært mye om personsentrert omsorg og hva som skjer i relasjonen mellom pasient og omsorgsgivere. Denne kunnskapen kan vi bruke i vårt eget møte med pasienter på poliklinikken og i veiledning av pårørende og andre omsorgspersoner som følger pasienten til poliklinikken. Og kanskje kan vi tilby oss å være «DCM-mappere» på sykehjem og avdelinger som ønsker å fokusere på personsentrert omsorg.

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse skal arrangere to basiskurs i året fra 2009, samt ett videregående kurs i året fra 2010. Datoene for neste basiskurs er 10.-12. november 2009. I 2010 vil basiskursene gå i februar og november. Det vil i tillegg bli arrangert et videregående kurs (Advanced) 19.-21. april 2010. Kursene utlyses ca. tre måneder på forhånd på våre nettsider, www.aldringoghelse.no.

Se www.daniae.dk for mer informasjon om DCM.

Inni er vi like?

Utfordringer og løsninger i en flerkulturell omsorgshverdag

I vinter har vi fått en oppblomstring av diskusjonen omkring utfordringer i det flerkulturelle samfunn. Demens&Alderspsykiatri er nysgjerrig på hvordan kulturforskjeller oppleves innenfor eldreomsorgen. Hva består eventuelle utfordringer i? Hvordan kan de møtes?

Oslo har den største andelen innbyggere med minoritetsbakgrunn i Norge, 25 prosent av befolkningen. Vi har henvendt oss til tre av bydelene i hovedstaden, og én ting er tydelig: Eldre med minoritetsbakgrunn utgjør ingen stor belastning på hjelpeapparatet.

Grünerløkka

De eldre har et godt nettverk!

Mange innvandrere slo seg til på Grünerløkka på 1980-tallet. Nå er imidlertid bydelen blitt trendy med høye husleier, og mange innvandrerfamilier flytter til mer perifere bydeler. Hjemmetjenestene på Grünerløkka har for tiden få brukere med innvandrerbakgrunn.

– *De fleste har et godt nettverk, forteller fagkonsulent Åse Johansen.*

– *Familieene har hele tiden vært sterkt inne i bildet når noen har hatt behov for hjelp. Behovet for offentlig hjelp vil sannsynligvis bli større når flere av de unge tar opp det norske familiemønsteret.*

Språk den største utfordringen

Det er ikke mye som er annerledes i det å gi hjelp til mennesker med minoritetsbakgrunn, har hjemmetjenesten på Grünerløkka erfart. Først og fremst er språk en utfordring, sier seksjonssjef Jatinder Sharma. Han er selv fra India, er sykepleier og har bodd i Norge i 20 år. Ansatte fra 26 nasjonaliteter arbeider i hjemmetjenesten i Grünerløkka bydel.

– *Vi har ansatte som snakker urdu, spansk og fransk, vi har ansatte fra Somalia og Eritrea, Thailand og Kina. I tilfeller hvor den eldre ikke kan kommunisere på annet språk enn sitt eget, har vi klart å finne en i staben som kan det aktuelle språket.*



Fagkonsulent Åse Johansen og seksjonssjef Jatinder Sharma i Bydel Grünerløkka.

Språkproblemer begge veier

Grünerløkka skal satse mye på språkopplæring fremover og vil vurdere norskprøve for dem som søker jobb. Opplæringen vil ikke minst komme norske brukere i bydelen til gode, for språkvansker er en realitet når etnisk norske eldre skal ta imot tjenester fra hjelpere med annen språkbakgrunn.

– *For noen år siden fikk vi klager på at det i det hele tatt kom «utlendinger» hjem til folk. Det hører vi ikke så ofte lenger. Klagene går mest ut på at de ikke snakker godt nok norsk. Vi ansetter ikke folk som ikke snakker norsk, men kommunikasjon er en utfordring med eldre som kanskje hører dårlig, oppfatter sakte*

og ikke alltid er vant med annen aksent enn den norske. Språkopplæringen vil bare bli viktigere fremover, for vi vil få flere og flere med minoritetsbakgrunn som søker stilling hos oss. Vi trenger dem, og vi må sørge for at de kan gjøre en god jobb.

Informasjon og kommunikasjon skal bedres

Bydel Grünerløkka er med i EU-programmet Leonardo da Vinci som blant annet skal finne metoder til å sikre kommunikasjon mellom brukere og hjelpere. Informasjonshefter på forskjellige språk er en del av planene. I prosjektet skal ansatte og lærlinger dessuten lære om kulturelle forskjeller.

Demens

Demens ser ikke ut til å være utbredt blant brukerne med minoritetsbakgrunn, får vi vite. Det geriatriske teamet på Lovisenberg Diakonale Sykehus foretar utredning ved mistanke om demens.

Furuset

Samarbeid med pårørende er viktig

På dagsenteret ved Furuset sykehjem i Bydel Alna er stemningen rolig. Ti-tolv brukere kommer etter hvert inn utover formiddagen, hilser på hverandre og finner seg en plass i sittegruppene før frokost. Tre av mennene denne dagen har bakgrunn fra India, Chile og Tyrkia.

Pardeep Kaur er hjelpepleier. Hun har arbeidet på sykehjemmet siden 2000. Antallet beboere fra andre kulturer varierer mellom avdelingene og fra tidspunkt til tidspunkt. På avdelingen hvor hun jobbet hadde de på det meste fire-fem kulturer representert. Siden november 2008 har Pardeep vært ansatt på dagsenteret.

Språk er største hinder

Pardeep forteller at språkhindringene utgjorde de største vanskelighetene på sykehjemmet.

– Språkproblemene kunne være store fordi de eldre ikke hadde lært norsk. Sykehjemmet har imidlertid ansatte fra mange nasjonaliteter, så der kan vi bruke hverandre når vi står fast. Her på dagsenteret er ikke det så enkelt. Når vi har brukere som ikke kan norsk og vi mangler ansatte fra de aktuelle landene, må vi ty til tegn og fingerspråk.

Men dette er mennesker som har like stort behov for å uttrykke seg som alle andre?

– God kontakt med pårørende er avgjørende. De gir opplysninger om brukers liv, vaner og preferanser. Det skriver vi ned, så alle ansatte kan ha nytte av det.



Pardeep Kaur hjelper til ved frokostbordet, der flere kulturer er representert.

Pårørende forteller oss også om spesielle ting som har med den enkelte kultur å gjøre.

Ingen med demens

Bydel Alna har 45 000 innbyggere og mange med minoritetsbakgrunn.

Dagsenteret på Furuset sykehjem har plass til 24 hjemmeboende brukere gjennom uken. Pardeep Kaur har ingen erfaring med demens hos personer med minoritetsbakgrunn, og det er ingen brukere med demens på dagsenteret.

Kontakt mellom brukerne?

I løpet av den stunden vi er på dagsenteret ser vi ingen kontakt mellom de norske eldre og dem med minoritetsbakgrunn. To damer vi prater med trekker litt på det da vi etterspør kontakten, og sier:

– Du vet, man finner sammen med dem man passer sammen med.

Hvordan ser dere på at det er folk fra andre land her?

– Både og. Det er jo forskjell på dem også, noen er veldig snille og hyggelige.

Leder Eva Sølvberg bekrefter at ikke alle tar like mye kontakt på tvers «kulturgrensene».

– Da må vi trå til og sørge for at det blir kontakt, og det gjør vi på forskjellige måter, både gjennom aktiviteter og samtaler.

En avveksling

Ved frokosten sitter de tre mennene fra India, Chile og Tyrkia ved samme bord. Én har afasi, men forstår hva

som blir sagt, også på norsk. Mens praten går livlig rundt de andre bordene, sier de ikke mye, de tre, verken til hverandre eller til de norske mennene ved bordet. Men Sadikmasih Bhatti fra India sier på godt norsk at han synes det er en fin avveksling å komme til dagsenteret to dager i uken. Han bor sammen med kone og datter, og har vært i Norge i 35 år. Hva med kontakten med de andre brukerne – snakker han med dem?

– Ikke mye, sier han. Uten å utdype det nærmere.



Sadikmasih Bhatti fra India har bodd i Norge i 35 år.

Stovnerskogen sykehjem *Bare positive erfaringer!*

Stovnerskogen sykehjem er helt nytt og har 148 plasser og et dagsenter med åtte plasser per dag. Bydelen Stovner har en stor andel innbyggere med minoritetsbakgrunn. Ifølge norske beregninger skulle sykehjemmet ha flere pasienter med minoritetsbakgrunn. Det virker som om familiene trår til og sørger for at den eldre ikke trenger å flytte på sykehjem, forteller institusjonssjef Holger Olsen.

– Jeg tror at uansett hvor «fornorsket» generasjonene blir, vil slike kulturelle uttrykk sitte veldig dypt. Dette kunne vi lært litt av her i Norge.

Vil det si at de som kommer hit er enda sykere enn etnisk norske pasienter?

– Ja, de få vi har hatt, har nok vært det. Familiene vil gjerne ha dem hjemme så lenge det på noen måte går.

Har pårørende andre forventninger enn det dere kan oppfylle?

– I de tilfellene vi har hatt har i hvert fall ikke pårørende til pasientene med minoritetsbakgrunn stilt større krav enn det etniske nordmenn gjør. Det er ikke noe problem. Pårørendegruppen består ofte både av barn og barnebarn. Den yngste generasjonen er gjerne født og oppvokst i Norge og kjenner samfunnet like godt som vi gjør. Barna snakker som regel også godt norsk.

Språk en utfordring, også her

Folk fra 25 nasjoner jobber på sykehjemmet. Foruten Holger Olsen møter vi sykehjemslege Navida Hussein, avdelingssykepleier Miloslav Durasovic og Mari Anne Karlsen som er ansatt på dagsenteret. De er enige om at utfordringene ikke er store, men at språkvansker er en realitet.

I forhold til personer med demens er språk et ekstra stort problem. Gjennom demensutviklingen mister

de gjerne det de måtte ha lært av norsk eller engelsk.

– Vi har hatt en pasient med demens på vår avdeling, og det var et stort problem å kommunisere med vedkommende. Det var pårørende som hjalp oss, forteller Miloslav Durasovic.

– Vi liker ikke å bruke ansatte som tolker, skyter Holger Olsen inn.

– Det har med lojalitet og diskresjon å gjøre, men det kan være til god hjelp i situasjoner der vi trenger å forstå beboeren der og da. Vi prøver også å tegne for eksempel et glass vann, en bestemt matrett, et toalett og andre hverdagsting, og ber beboeren reagere. Det

krever litt fantasi, men vi får det til.

De har ikke hatt behov for tolketjeneste, men Navida Hussein opplever at det kan være vanskelig å gi pasientene god informasjon i forbindelse med medisinske undersøkelser.

– Derfor pleier jeg å kontakte pårørende før eller etter en undersøkelse og be dem forklare hva som skal skje eller har skjedd, og hvorfor. Hvis jeg ikke kan kommunisere med pasienten, forklarer jeg grundig til pårørende i inntakssamtalen hva som skal skje på sykehjemmet og om rutiner i dagliglivet, slik at de kan formidle dette videre til pasienten.

Kulturelle behov

Enkelte pasienter har særlige behov når det gjelder mat. Pårørende gir god informasjon, og personalet på motakskjøkkenet ordner med halalmat og andre ønsker.

– Mange pårørende kommer dessuten med mat selv. De vil vise omtanke for sine, og da får de eldre også den smaken de er vant til.

Hvilke muligheter har pasientene til å utøve religiøse seremonier?

– Vi har ingen faste seremonier, men heller ingen stengsler for å ha det. Sykehjemspresten formidler kontakt med imam eller andre religiøse ledere hvis noen av pasientene ønsker det. Foreløpig har det ikke vært noe etterspørsel. En på dagsenteret ville feire Id, men det ønsket han å gjøre hjemme.

Sykehjemmet har et kapell uten faste kristne symboler. De forskjellige religioners symboler kan settes inn ved behov. Pasienttrommene er store og kan omminnredes, og de bruker et såkalt Mekka-kompass for å se hvordan sengene skal plasseres for at muslimske pasienter skal ligge med hodet vendt mot Mekka.



Miloslav Durasovic, Mari Anne Karlsen, Navida Hussein og Holger Olsen er enige: Pasienter fra andre kulturer byr ikke på flere utfordringer enn norske pasienter gjør. Språkproblemer er imidlertid en realitet.

– Skulle det være vanskelig på det rommet de har i øyeblikket, får de et passende rom når det blir ledig.

De som vil ha sin egen seremoni ved dødsfall, får det. Badene er rommelige, og familien kan være med på stellet av den døde om de ønsker det.

Egne avdelinger – eller ikke?

Det har vært diskutert om det er riktigst å ha egne sykehjemsavdelinger for eldre med minoritetsbakgrunn. Hva mener dere?

– Jeg tror det ville by på konflikter, sier Navida.

– I en slik avdeling ville vi nødvendigvis ha folk fra forskjellige kulturer, og da ville de enkelte kanskje ha det slik de var vant med i sitt hjemland. Hva gjør man da hvis mange land er representert? Og hva med dem som skulle jobbe der – skulle de representere bare disse landene? De som er gamle nå har gjerne bodd her i 10-15 år, og da må det være greit om de bor sammen med de norske.

– Vi har diskutert dette med tilsynsutvalget, føyer Miloslav til.

– Vi tenkte at vi kunne arrangere noen sosiale sammenkomster for folk med annen kulturell bakgrunn, men da må det være noe alle kan være med på. Og vi må huske at en pakistaner og en nordmann er like ulike eller like som en pakistaner og en vietnameser – eller for den saks skyld to pakistanere.

Hvordan reagerer de norske pasientene eller dagsenterbrukerne på møtet med eldre fra andre kulturer?

– På dagsenteret er de ekstra oppmerksomme på at brukeren blir forstått.

Møtes på halvveien

Ingen av de tre vi snakker med kan sette fingeren på noe som har vært spesielt vanskelig:

– Her på Stovnerskogen har vi bare positive erfaringer!

– Jeg merker ikke den store forskjellen på en norsk pasient og en med minoritetsbakgrunn, sier Miloslav.

– De klager på de samme tingene hvis de klager. Alle har behov for god omsorg, og det prøver vi å gi. Samarbeid med pårørende er viktig i begge tilfeller. Språk er en utfordring, men ikke uoverkommelig.

Institusjonssjef Holger Olsen har et klart budskap:

– Hvis noen ser mørkt på å få folk med minoritetsbakgrunn som tjenestemottakere, er det bare en frykt for det ukjente. Når pasienten først er på avdelingen, er det først og fremst fødselsattesten som er annerledes fordi det står et annet land enn Norge der. Av og til må man møtes på halvveien, men det må også norske pasienter og sykehjemmet gjøre.

I NESTE NUMMER

I neste nummer møter vi lege Arnhild Valen-Sendstad på Lovisenberg Diakonale Sykehus. Hun arbeider blant annet med utredning av demens hos personer med ikke-vestlig bakgrunn, og mener at mørketallene er store.

Satsing på geriatri- og demensforskning i Bergen

Kavlis allmennyttige fond med base i Bergen viser vilje til å støtte geriatri- og demensforskning. Gjennom Kavlis forskningssenter for aldring og demens er det satt i gang en fireårig satsing med flere viktige prosjekter.



Kavlis allmennyttige fond gir senteret to millioner kroner årlig i fire år. Det er satt økonomiske betingelser for de andre aktørene som er med i satsingen. Haraldsplass Diakonale Sykehus som huser forsknings-senteret, har forpliktet seg til å bidra med to millioner årlig. Bergen kommune finansierer for tiden en halv legestilling til forskning og bidrar også med innsats-team som benyttes i forbindelse med en slagrehabiliteringsstudie. Universitetet i Bergen bidrar med en professor II-stilling i geriatri og mulighet for doktorgradsstipender innen medisin og psykologi.

Vil støtte gode prosjekter

Kavli senters formål er å

- igangsette, støtte og utvikle forskning av høy kvalitet innen aldring og demens
- høyne den akademiske kompetansen innen fagfeltet, særlig i geriatri.

– Senteret finansierer imidlertid ikke fulle doktorgradsstipender, sier leder Anette Høyen Ranhoff (bildet).

– Vi er opptatt av å få i gang prosjekter og kan for eksempel bidra med lønn i tre måneder, så en kandidat kan lage en god søknad. Hovedfinansieringen vil fremdeles komme fra Forskningsrådet, helseregionene, universitetene, Helse og Rehabilitering og andre kilder. Dette har prinsipiell betydning. Vi ønsker ikke å støtte prosjekter som ikke holder høy kvalitet, men vil hjelpe søkerne til å få frem gode prosjekter.

Samle ressursene

Mange vil hevde at det ikke er flere små forskningsmiljøer vi trenger i Norge, men at flere små slår ressursene sammen og blir økonomisk og faglig sterkere. Det skal Kavli senter bidra til, ifølge Høyen Ranhoff.

– Konkret vil vi på grunnlag av midlene fra Kavlifondet sørge for at Helse Vest blir med i registerstudien for hukommelsesklionikker sammen med Helse Sør-Øst hvor studien er startet. Jeg arbeider også med å få Kavlifondet til å satse på et nordisk nettverk for demensforskning. I begynnelsen av juni står Kavli senter dessuten som arrangør av en nasjonal forskersamling innenfor alderspsykiatri, geriatri og geronto-

logi. Vi inviterer alle doktorgradskandidatene og deres veiledere. Det gjør vi for å få frem synergieffekt og finne samarbeidsmuligheter.

Kavli senter har fått sterke samarbeidspartnere ved universitetene i Bergen og Oslo. Har det vært vanskelig å få innpass?

– Nei, vi opplever stor velvilje. Vi har forsøkt å knytte oss opp mot sterke miljøer fordi det har vært liten forskningsaktivitet på aldersforskning – og særlig geriatrifeltet – i Bergen. Det har vært en del god forskning knyttet til sykehjemmene, men ellers lite. Hvis vi vil oppnå best mulig resultater, må vi knytte oss til miljøer der kompetansen er god. Blant annet har vi flere samarbeidsprosjekter med alderspsykologifeltet i Bergen, som er veldig sterkt. Vi har også samarbeidsprosjekter med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse som er det klart ledende demensforskningsmiljøet i Norge.

Å kunne det, vite det og gjøre det

Implementering av forskningsresultater i klinisk praksis skal være en viktig del av aktiviteten. Hva innebærer det konkret?

– Vi har en del fagutviklingsprosjekter, særlig innenfor Haraldsplass Diagonale Sykehus. Jeg deltar aktivt i internundervisningen for geriaterne der og har god kontakt med enhetene. Blant annet har vi nå søkt om midler til et prosjekt for samordnet tverrfaglig dokumentasjon knyttet til akuttgeriatriiske senger ved sykehuset, noe som er en konkret implementering av forskningsresultater. Vi er også med og videreutvikler et prosjekt om ortogeriatrici.

Når det gjelder legeutdanningen deltar vi i organiseringen av internundervisningen for leger under

utdanning i geriatri ved Haraldsplass. Vi har dessuten bidratt til å opprette to D-stillinger som er delt likt mellom utdanning i geriatri og forskning/fordypning.

Det har lenge vært en oppfatning at unge leger ikke ønsker å bli geriater. Hva er din erfaring?

– Mitt inntrykk er at interessen for geriatri har økt. Det kan ha mange årsaker. Geriatri er et vekstområde, ikke minst når det gjelder pasientgrupper. De medisinske fakultetene, særlig i Oslo og Trondheim, har utviklet svært god undervisning i geriatri. Det har vært en del entusiastiske personer i miljøet som nok har bidratt til at geriatrien er blitt mer attraktiv. Det er mange søkere til utdanningsstillinger i geriatri på sykehus, og vi kunne godt hatt flere slike stillinger.

Hva med fremtiden?

Kavlifondet har lovet å fortsette satsingen i fire år. Nå har Kavli senter eksistert i et års tid. Hva skjer om tre år?

– Det foreligger ingen konkrete planer, men signalene så langt tyder ikke på at Kavlifondet vil avslutte dette etter fire år. Vi håper at vi på den tiden har fått på bena et levedyktig forskningsnettverk som kan leve videre, lokalisert i Bergen men med forgreninger også andre steder. Målet er å få frem personer med akademisk kompetanse i geriatri i Bergen.

Anette Hysten Ranhoff ble utnevnt til professor i geriatri ved Universitetet i Bergen i mars i år.

Mer om virksomheten finnes på www.kavlisenter.no

Kavli senter

Prosjekter med støtte fra Kavli senter

Kognitiv aldring og hjerneavbildning – risikofaktorer for demens.

Diagnostikk av demens (diagnosekriterier og billediagnostikk).

DemVest-studien. Observasjonsstudie av pasienter henvist til utredning for kognitiv svikt og demens ved alle demensklinner ved geriatriiske, alderspsykiatriiske og nevrologiske avdelinger i Rogaland og Hordaland. En rekke underprosjekter innenfor området omfattes også.

Register for hukommelsesklinikker. Opprettelse av pasientdatabase for kvalitetskontroll og forskning.

Symptomlindring (søvn- og døgnrytmeforstyrrelser, angst og smerte).

Angst hos personer med demens.

Smarter hos personer med demens.

Ortogeriatrici behandlingslinje.

(mer om prosjektene på www.kavlisenter.no)

Vondt i kroppen og i sjelen

Glimt fra norsk kongress i geriatri

Den tredje norske kongressen i geriatri ble arrangert i Oslo 20. og 21. april. 240 påmeldte fikk del i foredrag om forebyggende geriatri, ortogeriatrici, koronar intervensjon og dialyse hos gamle, om nevrologisk vurdering og mye annet. Men kropp og psyke henger som kjent sammen, og D&A bringer noen punkter fra den alderspsykiatriske delen av programmet.

Somatisk sykdom øker risikoen for depresjon

Forsker og assistentlege Sverre Bergh ved Alderspsykiatrisk avdeling, Sykehuset Innlandet HF, viste til gjennomsnittstall for depresjon i den eldre befolkningen:

- Hos personer som ikke bor på sykehjem er ca. 13 prosent deprimerede, og to prosent har en alvorlig depresjon
- På sykehjem har 32 prosent en depresjon – fem prosent alvorlig
- På sykehus har 31 prosent en depresjon – 14 prosent alvorlig.

Det er altså all grunn til å ta muligheten for depresjon med i bildet når eldre pasienter behandles. En undersøkelse viser at av personer som har hatt hjerneslag har opptil 54 prosent hatt en depresjon i løpet av de første 18 månedene etter hjerneslaget. Og mellom 20 og 30 prosent av pasienter i dialyse har depresjon. «NB! Symptomene hos eldre med depresjon kan være annerledes enn hos yngre,» påpekte Bergh.



Eldre har god nytte av behandling mot depresjon, fremhever forsker og assistentlege Sverre Bergh.

Fem på topp

Sverre Bergh viste til undersøkelser av hvilke sykdommer som oftest fører til depresjon og/eller angst:

- Fibromyalgi (43 prosent av pasientene har depresjon/angst)
- Kardiovaskulære sykdommer (38 prosent)
- Hjerneslag (36 prosent)
- Fysisk handikap (34,5 prosent)
- Muskel-/skjelettsykdommer (30,5 prosent)

Depresjon skal behandles!

Ifølge Sverre Bergh er det ingen grunn til ikke å behandle depresjon hos eldre:

- Behandling med antidepressiva er like effektiv hos eldre som hos yngre
- Trisykliske antidepressiva skal ikke brukes hos eldre
- «Start low – go slow!» Men endelig dose skal være like høy hos eldre som hos yngre.

«Samtaleterapi er underprioritert i behandlingen av gamle. Forskning gir støtte for at det hjelper», sa Sverre Bergh.

– og etterpå?

- Depresjon hos eldre er en kronisk lidelse
- Omkring 90 prosent av eldre med alvorlig depresjon som oppnår bedring, får en ny depressiv episode i løpet de følgende tre år.

Likevel: Ingen vil vel med hånden på hjertet mene at eldre med depresjon ikke fortjener den bedringen i livskvalitet som god behandling kan gi?

Angst som følge av somatisk sykdom

Professor i psykologi, Inger Hilde Nordhus ved Universitetet i Bergen, tok opp temaet angst hos somatisk syke eldre. Hun har særlig arbeidet med angst hos KOLS-pasienter, men pekte dessuten på populasjonsbaserte studier som viser at mellom 12 og 50 prosent av personer med somatisk sykdom

lider av angst. Hos personer med demens er imidlertid tallene enda høyere: mellom 20 og 71 prosent av personer med demens har angst. Angst skal tas på alvor, for den fører til økt risiko for

- funksjonssvikt
- dødelighet, både ved suicid og gjennom somatisk sykdom
- at personen utvikler depresjon
- at angstlidelsen blir kronisk uten behandling.

Inger Hilde Nordhus hadde en klar melding til kongressdeltakerne:

«Der vi behandler somatiske helseproblemer må det også være en arena for tiltak rettet mot psykisk helse.»

Nye
BØKER



Aldring og helse
Forlaget



Trude Helen Westerberg (red.)

Gode tilbud i demensomsorgen

– demensteam, dagsenter og pårørendeskoler

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse fikk i 2007 i oppdrag av Helsedirektoratet å administrere tre landsdekkende utviklingsprogrammer under Demensplan 2015. De tre programmene omfattet: 1) Diagnostikk og utredning av demens, 2) Dagtilbud og avlastningsordninger for personer med demens, og 3) Pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende til personer med demens. Programmene ble satt i gang i 2007 og startet med en landsdekkende kartlegging av eksisterende tilbud i kommunene. Denne undersøkelsen bygget videre på de tre tidligere kartlegginger Kompetansesenteret har gjennomført de siste ti årene. Målet var å få fram en beskrivelse av status før satsingen på utvikling av tilbud startet opp i forbindelse med arbeidet i Demensplan 2015.

ISBN 978-82-8061-114-7

kr. **100,-**
87 sider



Hege Gjertsen

«Så man møter veggen mange ganger»

Aldring med funksjonshemming og lokalmiljø

Å bli eldre med medfødte eller tidlige funksjonshemninger kan by på mange utfordringer. Studien boken bygger på ser livssituasjonen til mennesker med funksjonshemninger i sammenheng med lokalmiljøet. Den undersøker hva miljøet betyr for trivsel og funksjon i dagliglivet. Å leve på et lite sted «der alle kjenner alle», kan være viktig for nærhet og sosial støtte, men kan også medføre isolasjon og transportvansker. Byen byr på flere tilbud og treningsmuligheter, men også mindre nabokontakt. Boken viser lokalmiljøets betydning.

ISBN 978-82-8061-112-3

kr. **230,-**
168 sider

Bøkene kan bestilles fra: **Forlaget Aldring og helse** Psykiatrien i Vestfold HF, Postboks 2136, 3103 Tønsberg.
Tlf.: 33 34 19 50, E-post: post@aldringoghelse.no www.aldringoghelse.no

Returadresse:

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

:aktuell informasjon – debatt



:neste nummer

vol. 13 – nr. 3 – 2009

- ◆ Depresjon ved demens
- ◆ Utredning av demens hos personer med minoritetsbakgrunn
- ◆ Miljøbehandling: Grønn sektor!
Demensfyrtårnet på Abildsø viser vei
- ◆ Pårørendesamarbeid med struktur
- ◆ Fragilt x-syndrom – hva i all verden er det?



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

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

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

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

ISSN: 0809-3520

Medlem av:

Fagpressen



www.aldringoghelse.no