



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Demens&Alderspsykiatri

vol. 14 • nr. 2 • 2010



- Hurra for de gode øyeblikkene!
Formidling gjennom form, farge og ord
- God samhandling krever fagkunnskap
- GPS i demensomsorgen – løp og kjøp?
- Depresjon: Norske forskere med nye prosjekter



Demens&Alderspsykiatri

vol. 14 • nr. 2 • 2010

Nytt om depresjon

31 Depresjon og demens
– et biologisk perspektiv

34 PRODE – et storstilt alderspsykiatriske dagnadsprosjekt

37 Sammenheng mellom mestring og depresjon hos eldre

40 Depresjon hos eldre innlagt på sykehus – blir den oppdaget?

- 4 Finnmark best i ABC-klassen
- 6 Antipsykotika i Telemark:
Fylkeslegen tok ballen!
- 7 GPS-teknologi – nytte ved demens
Øystein Dale
- 11 Løp og kjøp? GPS – en kommentar
Øyvind Kirkevold
- 14 Til debatt:
Når eget hjem i praksis er et sykehjem
Allan Øvereng
- 16 Hurra for de gode øyeblikkene!
Formidling gjennom form og farge
- 19 Ord for dagen – ord for livet
- 22 Levande lyd av levd liv
Forskning om musikk, musikkterapi og eldre
Brynjulf Stige
- 24 Samhandling, forskning og alderspsykiatri
Marit Nåvik
- 27 Landskonferansen i alderspsykiatri 2010
- 31 Depresjon og demens
Knut Engedal, Maria L. Barca
- 34 PRODE – et storstilt alderspsykiatriske dagnadsprosjekt
Tom Borza, Knut Engedal, Geir Selbæk
- 37 Sammenheng mellom mestring og depresjon hos eldre
Guro Hanevold Bjørkløv
- 40 Depresjon hos eldre innlagt på sykehus – blir den oppdaget?
Anne-Sofie Helvik, Randi H. Skancke, Geir Selbæk

Fagpressen



Demens&Alderspsykiatri
utkommer fire ganger i året.

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

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

Layout/trykk
BK Grafisk, Sandefjord (TAa)

Det redaksjonelle arbeidet er
avsluttet 20. mai 2010.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

www.demensogalderspsykiatri.no

Forsidefoto: Merethe Klæboe



Kunnskap med spredning

vol. 14 • nr. 2 • 2010

Å spre kunnskap står høyt på programmet hos Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og D&A. Derfor er det en lykkelig redaktør som kan formidle at Finnmark er det første fylket i landet hvor alle kommuner i løpet av inneværende år er i gang med ABC-kurs i demens. Som vi så ofte har påpekt er ildsjelene uunnværlige – også i dette tilfellet.

Hvordan Fylkeslegen i Telemark har håndtert D&A's sak fra nr. 4/2009 om bruk av antipsykotika for eldre i fylket, er et annet eksempel på kunnskapsspredning som forhåpentligvis kan endre en uheldig praksis.

Av samme grunnholdning er vi glade for at Landskonferansen i alderspsykiatri ikke gikk i (v)asken. At redaktøren ble sittende i Bergen som en Askepott uten ball får stå sin prøve så lenge vi hadde en oppegående reporter i Stjørdal der moroa fant sted. På landskonferansen ble det som vanlig formidlet mye kunnskap – også av sporty og kunnskapsrike deltakere som påtok seg ekstra oppgaver i en ekstraordinær situasjon. At Helsedirektoratet nå inviterer fagfolk fra alderspsykiatrien til samtaler gir et visst håp om at sentrale myndigheter har fått øynene opp for feltets mange oppgaver og utfordringer. D&A følger spent med videre.

Vi ser ingen grunn til å spare på selvskrytet: Dette nummeret inneholder fire artikler av norske forskere om et så utfordrende felt som depresjon hos eldre. En gavepakke for den som vil oppdateres.

Kunnskap trengs på alle nivåer. Dersom noen mener at sykehjemspasienter med demens kan nektes å gå tur hvis institusjonen ikke har folk til å følge eller tilgjengelig sporingsverktøy, er det feil. Les om GPS i to artikler og bli klokere. Og hvis Kommunenes Sentralforbund eller andre sentrale aktører mener at sykehjem eller omsorgsbolig er hipp som happ, les Allan Øverengs erfaringsbaserte debattinnlegg.

Vi sprer så gjerne kunnskap og tar debatten. Det skulle bare mangle.

Ragnhild M. Eidem Krüger

Ragnhild M. Eidem Krüger

ragnhild.kruger@aldringoghelse.no



Finnmark best i ABC-klassen

■ Tekst: Ragnhild M. Eidem Krüger. Foto: Arnfinn Eek

I løpet av inneværende år er alle de 19 kommunene i Finnmark i gang med ABC-kurs i demens. Pådriver og ildsjel er fylkessykepleier Målfrid Ovanger.



Klare med nytt ABC-kurs: Fylkessykepleier Målfrid Ovanger og Betty S. Døble fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Fylkessykepleier Målfrid Ovanger har sett behovet for kompetansebygging i demensomsorgen helt siden hun selv jobbet i hjemmesykepleien i Vadsø på slutten av 1970-tallet.

– Jeg så hvordan pårørende slet og hvor liten kunnskap det var om demens hos dem som skulle hjelpe.

Meningsfylt arbeid

I 1986 ble hun første gang ansatt hos Fylkeslegen i Finnmark. Fra 1990 samarbeidet hun med Sosialdepartementets utviklingsprogram for aldersdemens, senere med Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens som pådriver for kunnskapsformidling og etablering av skjermede enheter på sykehjem i fylket. Da var holdningene til demens ganske annerledes enn dem hun møter i dag.

– Det var noe man ikke snakket om. Demens var skamfylt både for pårørende og de syke, og det var stor usikkerhet om årsakene. Spesielt var det mye spørsmål om arvelighet. Nå ser vi resultater av pårørendeskoler, kurs for ansatte i demensomsorgen, medieinnslag og faglitteratur. Toleransen har økt i takt med kunnskapen.

Hvorfor er demensfeltet så viktig for deg?

– Personer med demens er en sårbar gruppe som ikke kan tale sin egen sak. Det er meningsfylt å arbeide for at de skal få en best mulig hverdag. Nå har min mor utviklet demens, og jeg ser hvor viktig det er at hun får kompetent hjelp.



Demensomsorgens ABC inneholder til sammen 23 studiehefter i to kursdeler. Materialet er beregnet til opplæring på arbeidssstedet, og gruppen i Kautokeino er i full sving.

Alle skal med!

Finnmark er det første fylket i landet der alle kommuner er involvert i ABC-studiet. Femten av kommunene var i gang i fjor, og resten skal starte i løpet av inneværende år. Dette har vært Målfrid Ovangers mål som hun har gått inn for med liv og sjel. Studiet er blitt løftet frem i alle tenkelige sammenhenger der hun har hatt kontakt med kommunene, hun har deltatt på et utall konferanser og tatt atskillige telefoner til ledere i eldreomsorgen for å motivere dem. Det har vært en god drahjelp at Fylkesmannen har tilbudt kurspermene gratis til kommunene gjennom midler fra Kompetanseløftet.

Og nå når alle er med, kan vel fylkessykepleieren lene seg tilbake og puste ut?

– Nei, nå ønsker jeg å få etablert gode demensnettverk i fylket, og få til jevnlige møter for å videreutvikle kompetansen. Jeg håper at undervisningssykehjemmene i Alta og Karasjok kan ta jobben med å etablere og vedlikeholde nettverkene.

Og som om ikke det var nok: Sør-Varanger kommune har nylig etablert undervisningshjemmesykepleie, og kompetansen skal ut til resten av fylket.

– Vi har utfordringer med geografiske avstander og kostnader knyttet til det, men vi får det nok til.

Enkelte mennesker vet simpelthen ikke hvordan man lener seg tilbake og puster ut.

FAKTA

Fakta om undervisningssykehjem og -hjemmetjenester

Helsedirektoratet har opprettet undervisningssykehjem og undervisningshjemmetjenester i alle landets fylker. De skal være ressursentre for fagutvikling, forskning og kompetanseutvikling innen kommunale helse- og omsorgstjenester og stimulere til gode læringsmiljøer og økt kunnskap.

Knyttet til Demensplan 2015 er tre av hovedundervisningssykehjemmene utpekt til å være demensfyrtårn med særlig ansvar og oppgaver i forhold til handlingsplanen for en styrket demensomsorg. Ansvarsområdene er fordelt slik:

- Undervisningssykehjemmet i Oslo, Abildsø bo- og rehabiliteringssenter: videreutvikling av kunnskap om miljøterapi og miljøbehandling i forhold til personer med demens
- Undervisningssykehjemmet i Songdalen, Songdalstunet: pårørende, demensutredning, dagtilbud og bruk av Individuell plan (IP)
- Undervisningssykehjemmet i Tromsø, Kroken sykehjem: utvikling av modeller for å øke kompetansen og bedre opplæringen blant alle yrkesgrupper av ansatte.



■ Tekst: Ragnhild M. Eidem Krüger

Antipsykotika i Telemark: Fylkeslegen tok ballen!

I D&A nr. 4/2009 skrev Harald A. Nygaard og Geir Selbæk artikkelen *Fylkesvis forskrivning av antipsykotika til eldre*. Den viste at Telemark lå langt over alle andre fylker i denne uheldige praksisen.

Assisterende fylkeslege Yngve A. Holmern i Telemark signaliserte at dette var et tema han ville gå videre med. Det har han da også gjort:

- Artikkelen med følgebrev ble i desember sendt både elektronisk og i brevpost til de medisinskfaglige rådgiverne i alle fylkets kommuner. Oppfordringen fra Helsetilsynet i fylket var at materialet brukes i kontakt med fastleger, kommuneleger og sykehjemsleger til å reflektere over egen praksis. Telemark legeforening, Norsk forening for allmennmedisin og ledelsen ved Alderspsykiatrisk seksjon ved Sykehuset Telemark HF ble orientert på samme måte. Det ble oppfordret til å la medikamentell behandling hos gamle være drøftings-tema i faglige fora, for eksempel i fastlegenes og sykehjemslegenes møter i kommunene.
- Helsetilsynet i Telemark vil i 2010 føre tilsyn med fastleger og legemiddelbehandling. Likeledes blir det tilsyn med legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien.
- Antipsykotika og andre psykofarmaka til gamle pasienter var tema for et møte 9. februar med representanter for Telemark legeforening, Norsk forening for allmennmedisin og alderspsykiatrisk seksjon.
- Temaet ble lagt frem til orientering i medlemsmøte i Telemark legeforening 23. mars.
- Den 22. april arrangerte Fylkesmannen i Telemark «Omsorgskonferanse 2010». Yngve Holmern hadde innlegg om psykofarmakabruk hos gamle pasienter, der oppslaget i Demens&Alderspsykiatri ble brukt som kilde. Oppfordringen til deltakerne var å reflek-

tere over mulige bivirkninger av ulike typer psykofarmaka og hva de kan innebære for gamle pasienter. At temaet ble satt opp i programmet for konferansen var initiert av Nygaards og Selbæks artikkel, forteller Yngve Holmern til D&A. Miljøvirkemidler ved uro hos personer med demens sto også på programmet.

– Det er ikke nytt at Telemark ligger høyt i forbruk av beroligende medikamenter og sovemedisiner. Men at fylket også utmerker seg når det gjelder psykoosemedisin til personer over 80 år, var nytt for meg da D&A tok kontakt. Leger, pasienter, pårørende og kanskje også pleiepersonell har tydeligvis større tro på kjemiske løsninger ved angst og uro hos eldre enn det som er vanlig andre steder.

Undring har vært reaksjonen hos leger og helsepersonell når oppslaget i D&A er tatt opp, sier Holmern. Han tror at mange årsaker ligger bak den høye forskrivningen av antipsykotika til eldre.

– Det har kanskje vært nærliggende for leger å tro at når man forskriver et medikament mot uro, resulterer det i mindre uro. Slik er det som kjent ikke alltid. Medikamenter gitt i god hensikt kan av og til ha bivirkninger som gjør vondt verre. Det er viktig med nøyaktig observasjon fra pleiepersonell, og at de rapporterer virkninger og bivirkninger til legen. Tilstrekkelig legebemanning på sykehjem er en forutsetning for god legemiddelbehandling.

Hvordan kommer dette til å bli fulgt opp?

– Det er et langsiktig arbeid. D&A satte søkelys på problemet, vi har formidlet det ut til aktørene i helsevesenet, og vi regner med at vi har fått snøballen til å rulle. Men vi kommer selvfølgelig til å holde temaet varmt fremover.



■ Øystein Dale, ergoterapeut, cand. san., forsker, Norsk Regnesentral (NR)



GPS-teknologi – nytte ved demens

Et prosjekt gjennomført av Norsk Regnesentral (NR) viser at bruk av GPS-basert lokaliseringsteknologi gjør det enklere å finne igjen personer med demens som har gått seg bort. Pårørende sier at slikt utstyr er til nytte, men at det også er utfordringer ved bruk.

Økt fare for skade

På grunn av redusert orienteringsevne har personer med demens større risiko enn mange andre for å gå seg bort utendørs (1). At de går seg bort kan blant annet medføre økt risiko for skader og for tidlig død (1-3). Det kan også forårsake uro og stress hos pårørende (4), og en del pårørende bruker mye tid på fysisk leting. Dette er særlig utfordrende i familier hvor personen med demens er fysisk aktiv.

I de senere år har det kommet en rekke elektroniske lokaliseringsløsninger på markedet. Slikt utstyr kan bistå pårørende, helsepersonell og andre med å lokalisere personer som har gått seg bort (2). Det finnes ulike teknologiske løsninger. En utbredt variant er kombinasjonen av det satellittbaserte Global Positioning System (GPS) med mobiltelefonnettet (Global System for Mobile Communications GSM). Disse bygges inn i en enhet som personen med demens bærer med seg.

Slik fungerer utstyret

Den som skal lokalisere gjør dette enten med mobiltelefon eller en datamaskin med internettilgang. GPS-delen av utstyret finner ut hvor personen med demens befinner seg, mens GSM-delen sender informasjon tilbake til den som søker, gjerne i form av en vanlig tekstmelding. Man får posisjonen til den som skal lokaliseres enten i form av kartkoordinater, en adresse, et punkt på et digitalt kart eller en kombinasjon av disse.

Lite kunnskap om praktisk bruk

Det har vært utført en rekke studier som omhandler bruk av lokaliserings- og sporingsteknologi brukt i demensomsorgen. Studiene fokuserer ofte på holdninger til bruk, etikk og personvern (2, 5-7). Dette er viktige temaer, men det er også viktig å dokumentere kunnskap om de praktiske erfaringene med bruken av slik teknologi. Noen studier konsentrerer seg om bruk (8-11), men gjennomgang av litteraturen viste at det er mangel på dokumentert kunnskap om praktisk bruk av lokaliseringsteknologi i demensomsorgen.

I denne artikkelen presenteres resultater fra et forskningsprosjekt hvor seks familier som benytter GPS/GSM-basert teknologi i omsorgen av familiemedlem med demens, ble intervjuet om sine erfaringer med bruken av slikt utstyr. I sentrum for prosjektet var opplevd brukbarhet og brukervennlighet, samt opplevd nytteverdi. Av avgrensningshensyn ble ikke etiske perspektiver, personvern og andre prinsipielle anliggende tatt med (se artikkel side 11). NR gjennomførte prosjektet på oppdrag fra NAV SIKTE¹.

¹ NAV Senter for IKT-hjelpemidler (NAV SIKTE) er et landsdekkende kompetansesenter som utvikler og formidler kunnskap om IKT-hjelpemidler.

Prosjektet – hvorfor, om hva og hvordan?

Hovedhensikten var å undersøke og dokumentere hvordan privatpersoner opplever brukbarheten og brukervennligheten av GPS/GSM-baserte lokaliseringshjelpemidler for å lokalisere personer med demens. Følgende problemstillinger var styrende i gjennomføringen av prosjektet:

- I hvilken grad oppfattes lokaliseringshjelpemidlene som brukbare og brukervennlige?
- Hvilke grensesnittsutfordringer opplever brukerne?
- Hvilke andre faktorer påvirker bruksopplevelsen?
- Hvilken nytteverdi har hjelpemidlene hatt i omsorgen for personen med demens?

Informanter og metode

Syv pårørende til personer med demens som alle bruker eller har brukt lokaliseringsteknologi, ble intervjuet. Materialet bestod av seks ektefeller og en sønn. Vi intervjuet seks familier som til sammen hadde omsorgen for fem personer med demens og en person med ervervet hjerneskade med demensliknende funksjonelle utfordringer. Snittalderen på de pårørende var ca 57 år, og ca 65 år for personene med demens. Én bodde på sykehjem mens de resterende bodde hjemme. Semi-strukturerte intervjuer ble gjennomført, og informantene fylte ut spørreskjemaet QUEST 2.0 (12). Dette måler tilfredshet med bruk av tekniske hjelpemidler og relaterte tjenester. Intervjuer med personene med demens var planlagt, men etter å ha konsultert de pårørende ble dette ikke gjennomført grunnet langt fremskreden sykdom hos dem det gjaldt.

Hva kom frem?

Mye bekymring og tid brukt til leting

Familiene fortalte at det opplevdes som et stort problem at familiemedlemmet med demens gikk seg bort. Det resulterte i mye bekymring og tid brukt på leting. En av informantene sa for eksempel: «Det var kanskje hundre letedøgn det siste året han bodde hjemme. Det var fælt! Jeg var så redd for ham at det nesten ikke går an å beskrive». Flere av familiene hadde opplevd episoder hvor personen med demens enten hadde skadet seg eller var blitt utsatt for mulig tyveri. Hovedgrunnen for å anskaffe utstyret var forverring i sykdommen og at personen oftere gikk seg bort. Flere av personene med demens var i god fysisk form, og det var viktig for dem å fortsatt være aktive.

Nytte, men også utfordringer

Det var stor variasjon i hvordan utstyret ble brukt. Hos to familier hadde man delt arbeidsoppgavene mellom familiemedlemmer. Én søkte mens en annen dro ut og gjennomførte den fysiske letingen. I andre familier sto samme person for både søk og leting. Personene med demens var alle passive brukere av utstyret; de bar det kun på sin person. Noen av dem var ansvarlige for å ta på seg utstyret, men i de fleste familier ble dette utført av pårørende.

Informantene syntes i hovedsak at utstyret var enkelt å bruke, og noen gav uttrykk for at de syntes det var veldig enkelt. «Denne var så enkel at den kan alle bruke», sa én. «Det var så enkelt at selv pappa klarer det», uttrykte en annen. Utstyret ble opplevd som svært nyttig for å finne igjen familiemedlemmet med demens. Én sier: «Jeg var helt utslitt av leting. Etter denne fikk jeg et nytt liv, rett og slett!». Følgende sitat oppsummerer mye av det en del gav uttrykk for: «Min situasjon har blitt atskillig lettere. Jeg føler helt klart at jeg er mye roligere i forhold til dette nå, og hvis hun går ut eller blir borte så vet jeg at jeg kan finne henne igjen. Har sett at det fungerer. Så på den måten har jo dette utstyret vært veldig, veldig viktig». De pårørende sa at de følte økt grad av sikkerhet og frihet, og at bruk av utstyret har hatt en positiv innvirkning på totalsituasjonen deres. Alle familiene anbefalte slikt utstyr til andre i lignende situasjon.

Det var noen utfordringer ved bruk, men for de fleste fungerte utstyret som det skulle det aller meste av tiden. Noen av utfordringene var relatert til varierende driftssikkerhet, sikker festing av utstyr til personen med demens, batteritid, upraktisk størrelse på utstyret, for lite detaljerte lokaliseringskart, noen grensesnittsutfordringer samt svakheter ved GPS-teknologien som at den ikke fungerer innendørs. Opplevd brukervennlighet

«Jeg er mye roligere i forhold til dette nå.»

varierte. En av de pårørende gav uttrykk for misnøye med sitt utstyr slik: «Jeg synes det er et lite brukervennlig grensesnitt. Det er veldig

omstendelig med mange tastetrykk og menyer når man skal søke». Særlig én familie hadde opplevd varierende driftssikkerhet: «Gruer meg dersom det skulle svikte i kritiske situasjoner når jeg vet at det ikke alltid fungerer».

Bruk sammen med helsepersonell gir ekstra utfordringer

Noen av informantene hadde erfaring med at lokaliseringsutstyret ble brukt sammen med helsepersonell. Det kunne dreie seg om alt fra assistanse av hjemmesykepleien med lading av utstyr, til lokalisering utført av personalet. Utfordringer som dukket opp ved bruk på institusjon var blant annet:

- Å få gjennomslag for i det hele tatt å kunne bruke det på institusjon eller sammen med helsepersonell
- Hvem skal betale?
- Manglende kunnskap om bruk av utstyret blant personalet
- Opplæring av personalet
- Å sørge for at det alltid er noen til stede som kan benytte utstyret
- Det er uavklart hvem som skal ut og lete.

Bruk av lokaliseringsutstyr sammen med helsepersonell krever en del mer organisering og avklaringer enn ved bruk av privatpersoner. I tillegg medfører dette skjerpede krav til hvorvidt slikt utstyr skal tas i bruk, idet annen lovgiving trer i kraft som ikke gjelder for privat anskaffelse og bruk (se artikkel side 11).

Kun bruk av enkle funksjoner

Alle informantene brukte kun de enkleste lokaliseringsfunksjonene til utstyret, det vil si at de gjennomførte en enkel lokalisering av hvor personen med demens befant seg på et gitt tidspunkt og gjentok hvis nødvendig. De mer avanserte funksjonene som områdealarm, kontinuerlig sporing, brukerutløst alarm, toveis kommunikasjon eller enveis avlytting ble ikke benyttet.

Det er godt samsvar mellom funnene i intervjuene og QUEST 2.0 hvor informantene kan uttrykke graden av fornøydhet med det tekniske hjelpemidlet og tilhørende tjenester. Resultatene fra QUEST 2.0 indikerer at de fleste informantene syntes utstyret de hadde var forholdsvis enkelt å bruke, og at det oppfylte deres behov. Informantene rangerte også de tre viktigste områdene for dem i forhold til bruk av utstyret: *Trygghet & sikkerhet, enkelhet i bruk og oppfyllelse av behov.*

Offentlig innsats etterlyses

Informantene gir entydig uttrykk for at det er behov for et offentlig støtteapparat som kan informere, assistere og veilede personer som ønsker å anskaffe lokaliseringsutstyr. I dag er det litt vilkårlig hva slags utstyr man anskaffer. Dette kan påvirke hvorvidt man skaffer rett utstyr i forhold til behov og forutsetninger for bruk. En pårørende forteller: «Jeg synes det var unødvendig kronglete å få tak i dette og ta det i bruk. Jeg synes jeg har gjort et nybrottsarbeid at det er en slags pionervirksomhet jeg har drevet med». Flere uttrykker at NAV bør komme på banen i større grad.

Refleksjoner rundt funnene

Som det overstående viser er informantene stort sett fornøyd med brukervennligheten og brukbarheten til utstyret de har benyttet. Er det dermed sagt at andre vil oppleve bruken like positiv og relativt enkel? Forfatteren er av den oppfatning at informantene i dette prosjektet ikke nødvendigvis er representative for alle potensielle brukere.

For det første er de pårørende vi har intervjuet relativt unge. Annen forskning har vist at alder og bruk av IKT henger sammen, og at økt alder medfører mindre bruk av IKT (13). I tillegg er IKT-kjennskapen relativt høy i gruppen. Dette kan ha gjort det lettere å ta i bruk utstyret enn for den «jevne pårørende» som sannsynligvis er vesentlig eldre og mindre IKT-kyndige.

Videre hadde to av familiene IKT-kompetente barn som assisterte ved både anskaffelse, oppsett og bruk. For begge disse familiene har barna utført deler av eller hele lokaliseringen, og det er naturlig å tenke seg at for ektefellene vi intervjuet ville prosessen fremstå som enklere og mindre problematisk enn dersom de måtte gjøre hele lokaliseringsprosessen selv.

Alle familiene brukte bare utstyrets enkleste lokaliseringsfunksjoner. Dette kan ha innvirkning på at bruken i de fleste tilfeller ble oppfattet som enkel. En kan anta at bruk av mer avanserte funksjoner vil være mer utfordrende, og at dette ville ført til rapportering av flere problemer.



Lokalisering med kart på datamaskin og mobiltelefon.
Kilde: OnSat AS, gjengitt med tillatelse fra Onsat.

En del konkrete utfordringer ved bruk er nevnt, deriblant driftssikkerhet, betjeningsutfordringer, samt at GPS ikke fungerer innendørs. Til tross for dette var informantene svært positive til utstyret og fokuserte i liten grad på feil og mangler. En mulig medvirkende faktor er at motivasjonen for å ta i bruk utstyret virket høy hos alle familiene. Muligens fører en høy motivasjonsfaktor til at man ikke henger seg opp i alle utfordringer. En positiv holdning til slikt utstyr blant informantene kan føre til ubevisst underrapportering av utfordringer eller nedtoning av disse.

Det viktigste temaet ved bruk av utstyret som informantene nevnte i spørreskjemaet QUEST 2.0 var *trygghet & sikkerhet*. Det er derfor interessant å merke seg at de ikke i større grad var opphengt i de utfordringene som kan forringe tryggheten og sikkerheten. Man kan spekulere på om bruk av slikt utstyr gir en litt falsk trygghet, gitt en del svakheter ved utstyret, men ingen av informantene kom inn på denne problemstillingen. De påpekte at alternativet var å ikke la personen med demens ha den samme friheten, eller å la vedkommende bevege seg fritt uten et lokaliseringshjelpemiddel. At alle pårørende anbefalte slikt utstyr til andre i lignende situasjon, kan tolkes som at de synes nytteeffekten veier opp for eventuelle sikkerhetsbekymringer.

Informantene ønsket et større engasjement fra det offentlige. I den anledning kan det nevnes at NAV er i ferd med å styrke sin kompetanse i forhold til lokaliseringsteknologi (14). I tillegg er Helsedirektoratet i ferd med å utarbeide en veileder om bruk av varslings- og lokaliseringshjelpemidler for pasienter med kognitiv svikt (15). Teknologirådet har anbefalt at Norge i større grad bør benyttes seg av omsorgsteknologi, deriblant GPS for personer med demens (16).

Oppsummering og behov for ytterligere forskning

Dette avgrensede prosjektet har vist at GPS/GSM-basert lokaliseringsteknologi med hell kan benyttes for å lokalisere personer med demens som har gått seg bort. De pårørende ser på utstyret som nyttig, og oppgir at det er forholdsvis enkelt å betjene. Til tross for noen brukbarhets- og tekniske utfordringer synes de at utstyret er stabilt og til å stole på mesteparten av tiden. Det er viktig å sørge for overensstemmelse mellom brukers behov og forutsetninger for bruk og teknologien som blir anskaffet. Per i dag er denne prosessen vilkårlig og uten systematisk kvalitetssikring fra det offentlige. Det er behov for ytterligere forskning. Aktuelle områder/aktiviteter kan være ivaretagelse av sikkerhet og personvern, bruk av lokaliseringsutstyr i helse- og omsorgssektoren og større og mer inngående brukbarhets- og brukervennlighetsstudier.

■ oystein.dale@nr.no

Nyttige lenker

Nyttige lenker

- Fullstendig prosjektrapport fra Norsk Regnesentral (publ.nr.no/5070)
- Norsk Regnesentral – www.nr.no
- NAV Senter for IKT-hjelpemidler (NAV SIKTE) (www.nav.no/sikte)
- Veileder om alarm- og peilesystemer for personer med demens fra den danske Servicestyrelsen (www.servicestyrelsen.dk/wm143060)
- ALMA – hjelpemidler for personer med demens (www.geria.no)

REFERANSER

1. McShane R, Gedling K et al (1998) The feasibility of electronic tracking devices in dementia: a telephone survey and case series. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 13:556-63.
2. Landau R, Werner S et al (2009). Attitudes of Family and Professional Care-Givers towards the Use of GPS for Tracking Patients with Dementia: An Exploratory Study. *British Journal of Social Work*; 39(4): 670-692.
3. Kibayashi K & Shoji H (2003) Accidental fatal hypothermia in elderly people with Alzheimer's disease. *Medicine, science, and the law*; 43(2):127-31.
4. Hermans DG, Htay UH & McShane R (2007) Non-pharmacological interventions for wandering of people with dementia in the domestic setting. *Cochrane database of systematic reviews*; Jan 24(1): CD005994.
5. Robinson L, Hutchings D et al (2006) A systematic literature review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to prevent wandering in dementia and evaluation of the ethical implications and acceptability of their use. *Health Technology Assessment*; 10(26): iii, ix-108.
6. Robinson L, Hutchings D et al (2007) Balancing rights and risks: Conflicting perspectives in the management of wandering in dementia. *Health, Risk & Society*; 9: 389-406.
7. Robinson L et al. (2007b) Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 22: 9-22.
8. Faucounau V, Riguet M et al (2009) Electronic tracking system and wandering in Alzheimer's disease: a case study. *Annals of physical and rehabilitation medicine*; 52: 579-87.
9. Lauriks S, Reinersmann A et al (2007) Review of ICT-based services for identified unmet needs in people with dementia. *Ageing Research Review*; 6: 223-246.
10. Miskelly F (2005) Electronic tracking of patients with dementia and wandering using mobile phone technology. *Age and Ageing*; 34: 97-499.
11. Bjørneby S (2006) Å føle seg trygg med demens. *Nasjonalforeningen for folkehelsen*.
12. Demers L, Weiss-Lambrou R & Ska B (2002). The Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology (QUEST 2.0): An overview and recent progress. *Technology and Disability*; 14(3): 101-105.
13. Halvorsrud, R, Natvig JE & Kvale K (2007) Eldre og IKT-status 2006. Telenor R&I R 3/2007.
14. Olsen I (2009) NAV er positive. *Demensnytt*; 13(4):13-14.
15. Helsedirektoratet. Teknologiske hjelpemidler/varslingsystemer. URL/tilgang: http://www.pandemi.no/helse_omsorg/demens/forskning_fagutvikling/teknologiske_hjelpemidler_varslingsystemer_133194_160210.
16. Teknologirådet. (2009). *Fremtidens alderdom og ny teknologi 2009. Rapport 1/2009*.



■ Øyvind Kirkevold, dr.philos, forsker,
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse



LØP OG KJØP? GPS – en kommentar

*«Insisterer en person på å gå
turer alene, kan ikke personen
nektes det, med eller uten GPS.»*

I artikkelen foran beskriver Øystein Dale et prosjekt hvor GPS har vært utprøvd overfor fem personer med demens og en person med demensliknende funksjonelle utfordringer. Fem bodde hjemme og en på sykehjem. Erfaringene i dette prosjektet er i hovedsak positive. I siste nummer av Sykepleien (nr. 5/2010) beskrives et prosjekt fra Ryggeheimen i Østfold. Her skal GPS i første omgang prøves ut på to beboere. Den ene beboeren er intervjuet i bladet. Han er meget positiv og gleder seg til økt frihet. Ved å søke på «GPS og demens» på Google fant jeg flere eksempler på pårørende som hadde utstyrt personer med demens med GPS, og som mente at dette gjorde det mulig for den syke å bo hjemme (se for eksempel <http://www.klikk.no/helse/friluft/article413192.ece>).

Disse prosjektene og eksemplene viser etter min oppfatning at GPS er viktig for å øke sikkerheten og friheten til mange personer med demens. Aktuelle brukere vil særlig være personer som bor hjemme og som kan forholde seg til at de har en GPS. Jeg vil likevel ikke se bort fra at det også kan være aktuelt for personer som ikke forstår hva en GPS er, og for enkelte sykehjemsbeboere.

Før jeg anbefaler «løp og kjøp» skal noen kommentarer tilføyes. Det meste er nevnt i Dales artikkel, men noen poenger kan løftes frem ytterligere.

Hva er uproblematisk – hva er det ikke?

Det er uproblematisk at personer som har samtykkekompetanse utstyres med GPS når de ønsker det. Dette gjelder både hjemmeboende og sykehjemspasienter. Diskusjonen blir hvem som skal betale og hvilke praktiske løsninger som bør etableres.

Det er forskjell på når offentlige instanser og private personer gjennomfører handlinger som kan virke begrensende på en person (for eksempel overvåking). Skal en offentlig instans gripe inn overfor enkeltpersoner, må det ha hjemmel i lov (legalitetsprinsippet). Det vil si at sykehjem eller hjemmesykepleie ikke kan utstyre personer med demens som ikke samtykker til det, med GPS uten at det er lovhjemmel for det. Det kunne tenkes at Kapittel 4A i pasientrettighetsloven ville gi slik lovhjemling, men foreløpig har Helsedirektoratet satt en stopper for det. I oktober 2008 sendte Fylkesmannen i Aust-Agder en forespørsel til Helsedirektoratet om hvorvidt bruk av GPS eller liknende hjelpemiddel som er i stand til å spore opp en person, vil være et tillatt tiltak etter pasientrettighetsloven kapittel 4 A dersom vilkårene for øvrig er oppfylt. Helsedirektoratet svarer i brev av 23. januar 2009 blant annet:

«Etter direktoratets oppfatning er mulighetene for overvåking og observasjon så vidt omfattende ved bruk av GPS som tillater oppsporing av en person, at dette må anses å være et tiltak som ikke kan anvendes med hjemmel i kapittel 4 A. Selv om den som avleser GPS-mottakerens bevegelser ikke ser bilde av pasienten som bærer mottakeren, så vil vedkommendes oppholdssted og bevegelser fortløpende kunne overvåkes. Direktoratet legger til grunn at lovgivers hensikt med å avgrense mot utstyr som er egnet til observasjon og overvåking nettopp er å beskytte pasienten mot en kontinuerlig registrering av hvor vedkommende oppholder seg, jf.

formuleringen «slik at det er mogleg å konstatere kvar tenestemottakaren til kvar tid er.»

Teknologiveilederen som skal komme fra Helsedirektoratet er forventet å utdype dette, eventuelt å moderere vedtaket det er vist til ovenfor, og tillate bruk av GPS også i noen tilfeller der en person mangler samtykkekompetanse. Dette gjenstår å se.

Ut på tur – eller ikke?

Når det gjelder personer med alvorlig grad av demens som ikke nødvendigvis har ønske om å gå tur eller være aktive, men hvor familien eller personalet på sykehjem er engstelige for at de skal gå ut og ikke finne veien tilbake, er det flere problemer knyttet til GPS:

- Det første er som Dale sier i sin artikkel, at GPS ikke virker innendørs. Går en person seg bort i en kjeller eller i andre deler av en bygning, vil ikke personen bli funnet ved hjelp av GPS.
- Faller en person og skader seg vil ikke dette fanges opp av en GPS.
- GPS hjelper ikke personer til å følge med i trafikken og vil i mange tilfelle ikke erstatte en å gå sammen med.
- Det kan tenkes at å ha GPS på en person gjør personalet mindre årvåkne, og i verste fall at det brukes som argument for at det ikke trenger være så mange på jobb. Dette kan i så fall føre til at personer går ut uten å være kledd skikkelig eller at det tar lengre tid før de i det hele tatt blir savnet. Det er også vanskelig å være helt sikker på at en person til enhver tid har senderen på seg. Dette blir mer usikkert hvis en person ikke har samtykke til å bære den og/eller ikke forstår hva senderen er.

I januar i år døde en kvinne i Nord-Trøndelag etter at hun hadde kommet seg ut av sykehjemmet i løpet av natten (Adresseavisen 29. januar 2010). Flere reaksjoner på denne hendelsen gikk ut på at pasienter på sykehjem må kunne «merkes» med en GPS-sender slik at de kan spores opp med en gang de er savnet. For eksempel:

«– Lensmann Tor Flasnes mener hele dødsfallet kunne vært unngått ved hjelp av moderne teknologi. Sett GPS-sendere på demente eldre. Dette kunne gitt et varsel om at noen er i ferd med å forlate bygget.»
(http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/nrk_tronde-lag/1.6969627)

Dette ville nok annen teknologi løst bedre. Det finnes innretninger som varsler til vaktrom eller personsøker hvis en person som bærer en «brikke» passerer et gitt punkt, for eksempel en utgangsdør. Slike innretninger vil være mindre problematiske i forhold til lovverket enn GPS.

I artikkelen fra Rygge sykehjem problematiseres det at de ikke kan bruke GPS på personer som mangler samtykkekompetanse. Det hevdes: «... regelverket gjør det selvsagt mer krevende å gjennomføre ordningen, i forhold til enkeltbeboer. I tilfelle der de ikke ønsker å bruke utstyret, vil de miste anledningen til å gå på tur alene.» Jeg håper dette er en uheldig formulering og ikke et uttrykk for at en person vil miste rettigheter som følge av at personen ikke vil ha GPS. I utgangspunktet er alle frivillig innlagt på et sykehjem, og selv om Kapittel 4A i pasientrettighetsloven gir åpning for å holde personer tilbake i sykehjem under spesielle vilkår, er det neppe i disse tilfellene det er aktuelt med GPS-sporing. Insisterer en person på å gå turer alene, kan ikke personen nektes det, med eller uten GPS.

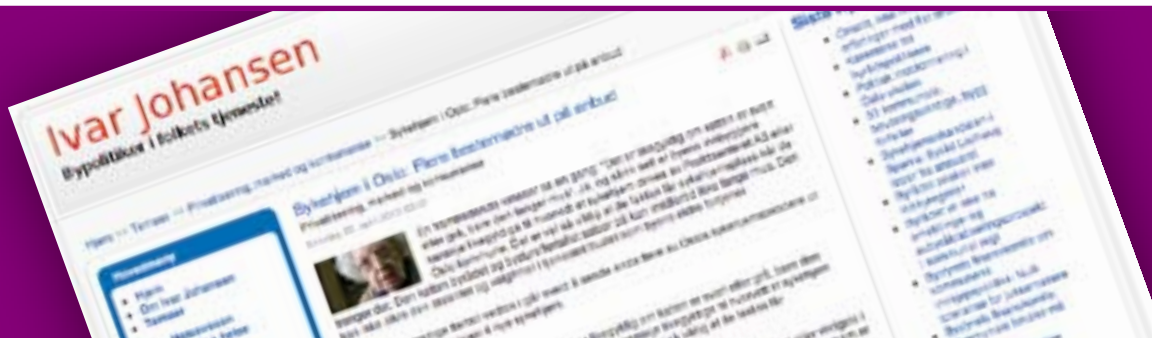
Krever gjennomtenkning

GPS er utvilsomt kommet for å bli. I mange tilfelle vil sannsynligvis bruk av GPS både øke følelsen av trygghet og den reelle sikkerheten for dem det gjelder. Det er likevel flere forhold som tilsier at det er fornuftig med et generelt regelverk og gode lokale rutiner for hvordan GPS skal brukes. Jeg mener det er fornuftig at myndighetene i utgangspunktet har en restriktiv politikk til nå og hvordan GPS-sporing kan brukes overfor personer som mangler samtykkekompetanse, og at reglene heller kan lempes etter hvert som det gjøres erfaringer.

■ oyvind.kirkevold@aldringoghelse.no

«Ingen driver til slutt med det de skal ...»

Les Allan Øverengs debattinnlegg
om omsorgsboliger side 14. »



Valgfrihet – en innholdsløs floskel?

Ivar Johansen, SV-politiker i Oslo bystyre, blogger om velferdstjenester og omsorgspolitikk på sin nettside www.ivarjohansen.no. Vi har klippet følgende om konkurranseutsetting av sykehjem fordi debatten har prinsipielle sider:

«En framtrekende kineser sa en gang: «Det er likegyldig om katten er svart eller grå, bare den fanger mus». Ja, og sånn sett er byens innbyggere kanskje likegyldige til hvorvidt et sykehjem drives av Profittsenteret AS eller Oslo kommune. Det er vel så viktig at de faktisk får sykehjemsplass når de trenger det.

Men for byens innbyggere er kvaliteten på sykehjemstilbudet viktig, og noe av det aller viktigste i pleie- og omsorg er helhetlig og samvirkende tjenester, og/eller viktigst: stabilitet. Et sykehjem er det private hjem for beboerne, og ved hvert skifte av driftsoperatør etter et anbud skapes det ustabilitet og utrygghet for beboerne, med skifte av driftskonsept og ledelse. (...)

Det borgerlige flertallet i bystyret snakker så vakkert om bestemødrenes valgfrihet, men de eldres valgfrihet underordnes det borgerlige bystyreflertallets ideologisk motiverte anbudsregime. Eldre som bevisst har valgt for eksempel Bymisjonen kan risikere å pådyttes et helt annet driftskonsept. Dette er respektløst overfor byens eldre.»

Har du meninger om dette? Mail til tidsskriftet@aldringoghelse.no



Aldring og helse
Forlaget



Dokumentar
Spilletid: 50 min
Prod. år: 2009
kr. **190,-**

Minner

En film av Liv Berit Helland Gilberg

Minner er en poetisk dokumentar om ekteparet Brit og Nils Kristian Solsrud. De gledet seg til pensjonisttilværelsen sammen, men livet tok en brå vending da Brit fikk diagnosen Alzheimers sykdom i 2003. Brit og Nils Kristian har vært gift i over 50 år. Til tross for at Brit mer og mer mister taket i nåtiden, prøver Nils Kristian å holde fast på identiteten deres som par, gjennom minnene. I denne filmen blir vi med ekteparet på en reise tilbake i minnene og får innblikk i det livet de lever nå.

For bestilling og mer informasjon:

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



Når eget hjem i praksis er et sykehjem

Bofelleskap/omsorgsboligmodellen – fungerer den?

«Ingen driver til slutt med det de skal, og dermed fungerer ikke systemet.»

Mot råd fra fagfeltet har mange kommuner bygget boliger for personer med demens, som ikke er sykehjem. Man har argumentert med at det er fint for de eldre med eget hjem, men det er en nærliggende tanke at det ligger økonomiske og driftsmessige betraktninger bak. For eksempel at man utenfor institusjon kan ha en mer fleksibel personalutnyttelse og legetjeneste når rammene ikke er lovpålagte, slik de er for sykehjem.

Lett å spare seg til fant

Fra mitt ståsted i alderspsykiatrien ser dette ut som et godt eksempel på hvordan man kan spare seg til fant. Innen et år eller to er gått fra innflytting i disse boligene er de som bor der godt og vel syke nok til å passe inn på en hvilken som helst vanlig sykehjemsenhet og er dermed feilplassert. De trenger økning i bemanning og fortløpende legetilsyn.

I eget hjem har man sin egen lege. Personalet i boligen må derfor samarbeide med et antall leger som kan være tilnærmet likt antall beboere. Og man må bestille time, følge til fastlegenes kontorer, vente sammen med andre pasienter – også når man følger en person med alvorlig demens som kanskje er urolig og utrygg. Noen fastleger kommer på hjemmebesøk, men selv ikke gode intensjoner kan dekke behovet denne pasientgruppen har.

Den farlige hviskeleken

I samarbeidet mellom omsorgsboligene og alderspsykiatrien ser vi at mangelen på tilsynslege forvansker kommunikasjonen til en farlig hviskelek. Et eksempel: Beboeren er urolig og syk, det er behov for raske tiltak, hjelpepleieren rapporterer til ansvarlig sykepleier, ansvarlig sykepleier til fastlege, fastlege til alderspsykiatrisk avdeling, alderspsykiatrisk avdeling til ansvarlig sykepleier – og på et eller annet punkt svikter kommunikasjonen. Man treffer ikke rette vedkommende på telefon og hopper over et ledd. Innholdet er blitt forvrengt på den lange veien. Skriftlig kommunikasjon er ikke sendt eller feilsendt. Mulighetene er mange. Resultatet blir et lite smidig samarbeid hvor all kommunikasjon må foregå skriftlig. Det tar lang tid og er ikke til pasientens beste.

Bruk av tvang – i omsorgsboliger?

Bruk av tvang er også et tema. Det nye tilleggset i pasientrettighetslovens kapittel 4a skal virke begrensende på bruken av tvang, men den skal sikre personer med redusert samtykkekompetanse helsehjelp. Loven setter begrensninger på helsehjelp med tvang utenfor helseinstitusjon. Omsorgsboliger er ikke helseinstitusjoner. Når man er kommet et stykke i sin demensutvikling er det ikke uvanlig at såkalte inngripende tiltak – som for eksempel tilbakeholdelse – må vurderes. Hvordan skal kommunene håndtere det hvis man på tross av alle tillitskapende tiltak er nødt til å ha et vedtak om tilbakeholdelse? Flytting til skjermet enhet er selvsagt en løsning, men det øker presset på disse plassene. Og aller viktigst – det medfører en stor belastning for personen med demens å flytte – en unødvendig belastning da det kun dreier seg om hvilken juridisk status boligen har, ikke om innholdet i omsorgen.

Et system som ikke virker

Alt i alt synes det som om de kommuner som har satset mye på alternativer til sykehjem, og derav har liten sykehjemsdekning, opplever at sykehjemstrengende personer med demens blir boende i alle typer enheter. Det er for få plasser – det vil si alternativer til omsorgsbolig. Og personen selv vil ikke flytte en gang til. Pårørende vil heller ikke at de skal flyttes enda en gang. Resultatet er boliger hvor man yter omsorg til syke personer enn det enheten var tiltenkt. Dette er med på å forlenge ventelister på institusjonsplass og skaper sterkere press fra sykehus, befolkning og kommunens egne medarbeidere for å skaffe plasser. Slikt fører til mange krisehåndteringssituasjoner som igjen resulterer i nødløsninger. Man bruker alle tilgjengelige plasser: Korttidsplasser, rehabiliteringsplasser, avlastningsplasser. Ingen driver til slutt med det de skal, og dermed fungerer ikke systemet. Pasientene blir dårligere mens de venter på rett tilbud eller flyttes fra nødplass til nødplass. Dette øker den alderspsykiatriske sykkeligheten. Ikke sjelden ser vi delirium utløst av flytting. Angst, uro, forvirring, bekymring og mistrivsel er hyppig hos personer med demens før de finner seg til rette i et nytt miljø. Hjemmesykepleien blir overbelastet og klarer ikke å forebygge sykehjemsinnleggelse. Et system som ikke virker.

I slike situasjoner demonstreres til fulle den gamle sannhet at hvis et gode er vanskelig å få, vil alle ha det. Forholdet mellom tilbud og etterspørsel av helsetjenester er nok ikke alltid logisk og rasjonelt i den forstand at etterspørselen er en reell avspeiling av behovet. Et begrenset tilbud kan øke etterspørselen fordi begrensningene øker usikkerheten hos dem det gjelder. En

befolkning som vet at de får sykehjemsplass når de trenger det og som får avlastningsplass, rehabiliteringsplass, korttidsplass eller spesialisert plass når *det* er behovet, tar kanskje sjansen på å vente med å etterspørre til de virkelig trenger det?

Boligtype ikke viktig?

I november 2009 refererer Stavanger Aftenblad til at statsminister Jens Stoltenberg har lovet sykehjemsplass til alle som trenger det. Men kommunene vil heller bygge omsorgsboliger. Bare 20 prosent av kommunene mener det er nødvendig med en høyere andel sykehjemsplasser enn i dag, forteller artikkelen. Lederen i Kommunenes Sentralforbund, Halvdan Skard, uttaler at statsministerens lovnad er «slurv» og at det viktigste er at de eldre får behovene sine dekket, ikke hva som er navnet på huset de får det i. (Stavanger Aftenblad 16.11.09)

Et hjem for personer med demens er mer enn vegger og tak. Lovverk og samarbeidsstrukturer er viktige forutsetninger – i tillegg til det aller viktigste som er et tverrfaglig høyt faglig nivå.

Da kan det være på sin plass å spørre om omsorgsboligmodellen virkelig gir mulighet for å dekke behovene hos personer med demens?

■ aov@sir.no

Har du meninger om dette?

Skriv til redaksjonen

e-post: tidsskriftet@aldringoghelse.no



Aldring og helse
Forlaget



ISBN 978-82-8061-123-9

kr. **70,-**
24 sider

Bente Skogum

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

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

For bestilling og mer informasjon:

www.aldringoghelse.no

33 34 19 50 / post@aldringoghelse.no

■ Tekst Ragnhild M. Eidem Krüger
Foto: Merethe Klæboe og
Ragnhild M. Eidem Krüger

Hurra for de gode øyeblikkene!

*Klukstuen omsorgssenter i
Hamar går inn for de gode
øyeblikkene. Et formiddagsbesøk
på avdelingen for yngre med
demens ble en (farge)glad stund.*



Miljøarbeider Lasse på
besøk hos Jorunn Høydal.

– Vi er opptatt av aktivitet og prøver å finne noe som passer for yngre mennesker. Da nytter det ikke å satse på det samme som passer for 80-åringer, sier hjelpepleier Gerd Inger Lier.

«Omsorg er trygghet og godt samarbeid»

Dette er mottoet for Klukstuen omsorgssenter. Senteret ble åpnet i 2001 og har til sammen 59 plasser for personer med demens eller kognitiv svikt, fordelt på 29 sykehjemsplasser og 30 omsorgsboliger. Dessuten har de dagsenter for hjemmeboende personer med demens. De fire sykehjemsavdelingene er inndelt etter funksjonsnivå. Avdelingen for yngre med demens (Hus B) har syv tilrettelagte plasser for personer uten betydelige atferdsavvik. Klukstuen har også styrket skjermet enhet med plass til seks. Bemanningen på sykehjemmet er inndelt i fire arbeidslag, alle ledet av sykepleiere. Faste stillinger er stort sett dekket med fagpersonell. Organisasjonen har en flat struktur, og daglig leder Aud Helseth har personalansvar for mer enn 100 ansatte.

– Vi legger stor vekt på myndiggjøring av medarbeiderne, og de får mye ansvar. Det synes de fleste er spennende. Vi er opptatt av kompetansebygging, og mange tar ABC-kurs. De ansatte er opptatt av faget og har en sterk motivasjon for å gjøre en god jobb. Her opplever vi ikke at ansatte går på vaktrommet og setter seg, de er sammen med pasientene. Mitt store ønske er at vi skal klare å bevare gløden hos de ansatte!

Målsetningen for Klukstuen sier at pasientene skal oppleve individuell omsorg og nærhet, ro og forutsigbarhet og en meningsfull hverdag. Individuell omsorg må nødvendigvis bety at også aktivitetene legges til rette for den enkelte, basert på interesser og behov. Reminisensgruppe har stått på aktivitetsplanen, og trim, sang,



For Reidulf Nysted var maleverkstedet midt i blinken. Han var en av dem som solgte et bilde på utstillingen før jul.

– Det var stort! Å holde på med farger, få inspirasjon, se at man greier det!

Det sporer til ny innsats, sier Reidulf Nysted og viser stolt frem et av bildene han har laget.



musikk og turer i det fine skogsområdet rundt omsorgssenteret er daglige innslag. Et kurs i toving av ull har vært arrangert, og maleverksted er det nyeste tilbudet.

La meg vise deg hva jeg sanser

Det var Gerd Inger Lier på Hus B som først tente på idéen om maling som aktivitet for pasientene. For hennes del startet det våren 2009 med et maleverksted for sykehjemsbeboere i Hamar i regi av Den kulturelle spaserstokken og Gustavas kulturfabrikk. To pasienter fra Klukstuen omsorgssenter deltok.

– Dette var ikke forsøkt for personer med demens tidligere, men det ble en opplevelse. De satte i gang med farger og pensler og hadde det fantastisk.

Gerd Inger Lier søkte om midler fra Undervisnings-sykehjemmet i Hedmark til et lignende tilbud på selve omsorgssenteret i fjor høst og fikk med seg vernepleier Torunn Rosenlund og kunstterapeut Merethe Klæboe. Tre av beboerne i Hus B deltok.

– Kunstterapeuten er viktig for at tilbudet skal bli mest mulig vellykket. Hun har idéer og en profesjonell tilnærming og stimulerer deltakerne på en god måte. De ble oppglødde og ville helst ikke slutte, og stemningen var god også etter at dagens kunstneriske innsats var over. Dette var gode øyeblikk. Det handlet ikke om prestasjoner, men om glede. At de i tillegg ble fornøyd med egne resultater var en ekstra bonus.

Prosjektet kalte de *La meg vise deg hva jeg sanser*, og avsluttet med salgsutstilling av de ferdige bildene før jul. Ordfører, pleie- og omsorgssjef, venneforeningen, presse, pårørende og andre interesserte møtte opp på åpningen på Klukstuen, og flere av bildene ble solgt.

– Kunstnerne var så stolte! Vi hadde lagt mye arbeid i opphengning av bildene, vi hadde sang og musikk og champagne, og det ble en dundrende suksess.



Jeg skjønner nesten ikke at jeg fikk det til, sier Anne Grethe Østvoll om «gladbildet» sitt.





– Den positive opplevelsen av lek og utfoldelse er hovedsak når malegruppen er samlet, sier kunstterapeut Merethe Klæboe.

Inviterer frem det friske

Kunstterapeut Merethe Klæboe arrangerer nå det tredje maleverkstedet for personer med demens på Klukstuen omsorgssenter.

Det første verkstedet hadde hun ansvaret for allerede i 2004. Det resulterte i ærespris fra Landsforeningen for hjerte- og lungesyke.

– Jeg så at sykehjemspasienter tilbys aktiviteter som kan øke følelsen av ikke å mestre. Med min bakgrunn ville jeg gi dem en mulighet til å leke, utfolde seg og bruke fantasien. Ofte får funksjonssvikten mye oppmerksomhet hos personer med demens. På maleverkstedet inviterer vi frem det friske, og da kommer lekenheten og gleden til uttrykk. De blir stolte over det de gjør.

Merethe Klæboe bruker med vilje ordet verksted i stedet for malekurs. Her er det ikke bestemte prestasjoner som gjelder. Hvert enkelt blir utfordret til å male ut fra sin stemning akkurat der og da. Det er ikke snakk om å male etter modell, og ordet «flink» kommer aldri over kunstterapeutens lepper.

– Da er vi inne på prestasjoner, og det er helt feil. Jeg støtter dem gjennom å rose farger og former, og er de misfornøyde med det de har skapt, penser jeg dem inn på andre teknikker og muligheter.

Kvalitet i alle ledd

Deltakerne på maleverkstedet skal tilbys kvalitet både på utstyr og tilrettelegging. Gode lerreter og pensler og god maling signaliserer verdighet, påpeker Klæboe.

– Det er ikke nok å legge frem papir og farger og be dem male. For å legge til rette for en god opplevelse må de få forståelsen av at det de gjør har verdi. Enkelte av deltakerne er svært syke, men gjennom støttende tilstedeværelse ser jeg at de får økt engasjement og utholdenhet, og gjenkjenningen øker for hver gang. Selv om de glemmer og kanskje mangler verbalt språk ser jeg at de opplever glede over å være med og over å mestre. Malingen gir dem et ekstra språk.

Styrer Janneke Eide.



■ Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Ord for dagen – ord for livet

*Å feste beboeres fortellinger
og kommentarer til papiret er
blitt en meningsfylt aktivitet
på Slettebakken Menighets
Eldresenter i Bergen.*

Eldresenteret består av 19 aldersboliger, et stort aldershjem og fire sykehjemsavdelinger med til sammen 97 plasser. Styrer Janneke Eide og de andre ansatte er opptatt av at beboerne skal tilbys aktiviteter som interesserer dem. Skrivegrupper i alders- og sykehjem har hun utviklet sammen med pedagog Berit Kverneng. Idéen fikk hun fra høyskolelektor Oddgeir Synnes i Bergen, som sammen med to andre startet prosjektet Eldrepdagagogikk i 1998. Prosjektet gikk ut på å lære eldre til å bruke språket kreativt i en skriveprosess. Den underliggende tanken var at behovet for å lære varer hele livet.

– Jeg syntes idéen var spennende og ba Synnes arrangere skrivegruppe på eldresenteret. Jeg hadde hatt samtalegrupper med beboere, men tenkte at det ville være ekstra verdifullt å få noe skriftlig ut av det beboerne fortalte, sier Janneke Eide.

På rett kurs

Etter at Synnes hadde gjennomført en vellykket skrivegruppe med åtte av aldershjemets beboere, startet Janneke et eget prosjekt. Interesserte ansatte fikk metodekurs hos Oddgeir Synnes, og Janneke startet tre skrivegrupper på eldresenteret.

– Vi tilpasset metoden slik at beboerne fortalte og personalet noterte og laget tekst av materialet. Den viktigste resursen er fortellingene slik beboerne presenterer dem.

Senere har dette vært et tilbud til dem av beboerne det passer for, og når det kan tilpasses andre aktiviteter. Deltakerne møtes en time en gang i uken, og ideell størrelse på gruppen er tre til fem personer. Gruppene ledes av én ansatt som leder samtalen og en som noterer. Fjorten av de ansatte har lært metoden og hatt skrivegrupper. Janneke Eide og Berit Kverneng har også hatt kurstilbud til andre eldreinstitusjoner.

– Ansatte må settes i stand til å gjennomføre tiltaket, samle gruppene, velge tema for samtalen, gjøre notater og bearbeide notatene til en tekst som ivaretar de eldres bidrag og deres ordlyd, men i en noe strammere form. Denne teksten får deltakerne tilbake ved at den leses opp for dem.

Viktige historier

Alle som har kontakt med personer med demens har opplevd å bli fortalt den samme historien om og om igjen. Dette er gjerne historier som er viktige for personen som forteller, og slike fortellinger kommer også frem i skrivegruppene. Men kan beboere med demens kjenne igjen tekstene fra gang til gang?

– Det kan variere noe avhengig av tema, men som oftest gjør de det. Det virker som om skriftliggjøringen gir historien en helt ny betydning. Vi ser ofte at beboerne blir stolte og retter ryggen når deres historie er blitt sett på som så viktig at den er skrevet ned og blir lest opp igjen, og at den er interessant for flere enn personen selv. I dette er det ingen forskjell på beboere med og uten demens.

Minner som hjelp på veien

Mye kan komme frem av gjemte minner når man finner nøkkelen. En gjenstand kan fremkalle bilder og minner som blir kommentarer eller hele historier. Dette griper gruppelederne tak i. Det er blitt mange morsomme, poengterte og glade tekster, men også tankevekkende. Noen gir bilder av hvordan det oppleves å ha en demenssykdom. Forvirringen, ordene som ikke kommer, å ikke huske...

– Demens eller ikke – så sant en person kan legge mening i ordene, kan denne metoden brukes. Men vi tilbyr ikke aktiviteten til personer vi ikke tror vil sette pris på den og ha utbytte av den. Vi føler oss litt frem for at det skal bli en positiv opplevelse for deltakerne.

Mange emner

Emner for skrivegruppene kan velges på mange forskjellige måter. Lederne for gruppen kan peke ut et tema selv og ha stikkord på lager for å få samtalen til å gli. Gjenstander kan skape assosiasjoner i gruppen. Å ta tak i et tema som impulsivt kommer frem i samtalen er en tredje mulighet. Temaet symaskin, der en gammel Singer fikk minnene frem, resulterte i mange morsomme tekster og en utstilling der symaskinen, gamle sneller, sakser og stoffer laget ramme om tekstene. I vinter var lek tema for samlingene, og tekster derfra ble brukt i en forestilling i vår. På høst- og vårfester for beboere og pårørende brukes også tekster fra skrivegruppene.

– Vi spør om lov til å lese dem, og beboerne blir synlig stolte når det skjer. Da bidrar de til festen og er ikke bare passive deltakere.

De eldres ressurser er hovedsaken

Hovedidéen bak aktiviteten er å få frem de eldres ressurser, forteller Janneke Eide.

– Deres viktigste ressurs i denne fasen av livet er livserfaringen. Den inneholder kunnskap, betraktninger, opplevelser, idéer, holdninger og mye annet. Vår metode bidrar til å synliggjøre deres ressurser for oss, pårørende og andre og faktisk også dem selv. Skriftliggjøringen bevarer deres livserfaring på en annen måte enn en samtale som foregår der og da.

Er skrivegrupper en ressurskrevende aktivitet?

– Med to ansatte til stede krever det ressurser. Det vanskeligste er likevel å tilpasse det til hverdagens aktiviteter. Tekstene skal bearbejdes etterpå, og det er jo ikke slikt arbeid som står fremst i den praktiske hverdagen. Med tålmodighet kan vi likevel få det til, og jeg håper at metoden etter hvert vil være kjent for mange, at det kommer kurstilbud i metoden og at det av og til kan komme personer utenfra som kan hjelpe til.

Les mer om aktivitetene på eldresenteret på www.slettebakken.no

Mange minner kommer frem når skrivegruppen samles. De eldre opplever at ord og historier får ny betydning når de settes på papiret.



Tekster med mening

Det er vakker aprildag på Slettebakken. Solen har lokket krokus og påskeliljer frem, og i stuen bak de buede vinduene på eldresenteret sitter fire eldre damer og fryder seg over ord om vår og april.

Det er skrivegruppen som er samlet. Saft på bordet, lun og glad stemning, solstråler inn vinduet. Temaet gir seg selv.

– *Jeg velger meg april, sier Magnhild Ingebrigtsen.*

– *I den det nye kommer....det volder litt rabalder.... fred er ei det beste, men at man noget vil. Uff, jeg husker ikke alt. Jeg kunne det så godt, sier hun med et smil.*

Vernepleier Ann Kristin Siglevik noterer, og avdelings-sykepleier Siv Heldal griper fatt i temaet. Hvorfor er det så hyggelig med vår? Hva gjorde dere om våren da dere var barn?

Damene blir ivrige: Margot Fanebust reiste på landet. Det er tydelig å merke at hytten har betydd mye for henne. Hun vender ofte tilbake til den i samtalsløp.

– *Nå er vi så glade. For et fint land vi bor i! Vi har hatt mange sure dager, men nå skinner solen og det grønnes ute, sier Ingrid Watnedal. Hun vokste opp på Sunnmøre, forteller hun. Nå trives hun på Slettebakken og synes det er hyggelig å sitte sammen med de andre og snakke om våren. Minnene må nok lokkes frem nå, men de er der.*



– *Lekte dere noen spesielle leker ute, spør Siv.*

– *Ut og leke brannmann, kommer det prompte fra Magnhild. – Da var guttene også med.*

– *Var det noen forskjell på gutter og jenter, spør Siv, og får øyeblikkelig svar på et så håpløst spørsmål:*

– *Ja, vi fant ut det til slutt, bemerker Magnhild tørt. De gamle damene ler og nikker, tar poenget på strak arm.*

Vi får høre om Karoline Kviens tante Helga som alltid ville ha orden, om Ingrid som reiste til besteforeldrene og om farens båt som de fisket fra. Og om Karolines og Magnhilds bunader. Temaet bading får tungen på gli. Mange har dårlige minner om store gutter som kom og ødela badingen for jentene. Margit hadde vannskrekk og gjemte seg i kjelleren og gråt hvis bading sto på programmet. Slemme gutter er avgjort et tema.

– *Jeg tror de er greiere nå. Mødrene gir dem mer...*

– *Oppdragelse, hjelper en annen.*

Minner som kan hjelpe

Her er stemningen rolig og trygg. Ingen skal prestere, alle skal ha en positiv opplevelse av skrivestunden. Siv og Ann Kristin opplever også samlingen og prosessen som positiv, presiserer de. Og det de noterer og lager tekster av, kan ha dobbel virkning.

– *Deltakerne blir stolte og glade når vi leser opp tekstene deres, og da kommer ofte enda flere minner frem. Dessuten kan historiene brukes hvis en beboer blir urolig. Mye av det som kommer frem er historier og personer som sitter dypt hos de eldre, og vi kan ta dem frem i miljøarbeidet når det er behov for det. Et minne om noe kjent kan bidra til å skape ro i et forvirret og fortvilet sinn.*

Vannskrekk

*De store guttene
var så
dumme når vi var og badet*

*Eg ble aldri
glad i
å bade*

Eg gjemte meg i kjelleren.

Margot



Levande lyd av levd liv

Nordisk forskningssamarbeid om musikk, musikkterapi og eldre

Eldreomsorg er eit raskt veksande område innan musikkterapifaget, samstundes som musikkterapi er i ferd med å verte eit viktigare fagfelt innan eldreomsorga.

Dei seinare åra har det vore ei kraftig auke i interessa for det potensialet musikk og musikkterapi kan ha i arbeid med eldre menneske, ikkje minst i høve til personar med demens. Eldreomsorg er såleis eit raskt veksande område innan musikkterapifaget, samstundes som musikkterapi er i ferd med å verte eit viktigare fagfelt innan eldreomsorga. I ein slik situasjon er det behov for nettverk som kan stimulere fagleg samarbeid. Ei tildeling frå GC Rieber Fondene har gjort det mogeleg for Griegakademiet si senter for musikkterapiforskning (GAMUT) å starte oppbygginga av eit slikt nettverk. Hausten 2008 etablerte GAMUT eit nordisk nettverk for forskning og kunnskapsutvikling i høve til musikk, musikkterapi og eldre. Vi har tre hovudmålsetjingar med dette: å byggje opp praksisnær forskning, å bidra til kvalitetsheving i praksisfeltet og å styrke formidlingsarbeidet. Det er førebels sett ei tidsramme på fire år, men samarbeidet vert truleg forlenga utover dette. I det følgjande skal eg kort skissere litt av bakgrunnen og noko av aktiviteten per 2010.

Musikk og musikkterapi

Dei fagmiljøa som er med i nettverket spring ut av institusjonar som Aalborg Universitet, Universitetet i Oslo, Norges musikkhøgskole, Universitetet i Bergen, Høgskolen i Bergen og Høgskulen i Sogn og Fjordane. Andre institusjonar vil kunne kome til. Nettverket fokuserer på musikk og musikkterapi. Fagmiljøet ser begge typar tilbod som viktige, men det er behov for å skilje klårare mellom desse enn det som er vanleg i dag.

Tilgang til musikk og kulturopplevingar er rekna som ein allmenn rett i det norske samfunnet og difor er tiltak som Den kulturelle spaserstokken etablerte. Ofte vert verdien av slike kulturtilbod omtala ikkje berre i høve til estetisk oppleving, men også i høve til livskvalitet og helsefremmande prosessar. Ein del forskning kan tyde på at dette kan ha noko for seg, men helseeffekten er likevel ikkje det som legitimerer desse kulturtilboda. Profesjonell musikkterapi, derimot, er først og fremst etablert som helsehjelp. Tiltaka er forskningsbaserte og samstundes individuelt tilpassa, noko som føreset dei profesjonelle ferdigheiter som utdanning og rettleiing i musikkterapifaget gjev. I Noreg er det to femårige utdanningar på universitetsnivå som kvalifiserer for dette, ved Griegakademiet ved Universitetet i Bergen og ved Norges musikkhøgskole.

Utøvande musikarar og musikkterapeutar har altså ulik utdanning. For å setje det litt på spissen: Dei utøvande studentane er utdanna for å spele slik at folk sit stille for å lytte, medan musikkterapistudentane er utdanna for å spele slik at folk ikkje sit stille, men engasjerer seg i aktivitet og kommunikasjon. Begge studentgrupper legg arbeid i å lære å spele «rett», men medan dette for utøveren i stor grad er definert av ein estetisk tradisjon, er det for musikkterapeuten i langt større grad definert av person og situasjon. Aktiviteten

i det nordiske forskingsnettverket har eit hovudfokus på utforsking av musikkterapeutiske tilbod, men ser dette i relasjon til musikk som kulturtilbod og også til den musikkbruken som sjukepleiarar og andre etablerte yrkesgrupper i helsevesenet står for. Perspektivet er med andre ord tverrfagleg.

Tverrfaglege perspektiv på musikk som helseressurs

Mens det er vanleg å tenkje på deltaking i musikk som ein aktivitet for dei med mest talent, tar musikkterapien utgangspunkt i at evna til å oppleve glede og mening i omgang med musikk er svært utbreidd. Ut frå det vi veit i dag, er det sannsynleg at denne evna har eit biologisk fundament (1). Eit slikt fundament gjer kulturell læring mogeleg, slik at musikk kan fungere som ein ressurs for identitet og fellesskap (2). Musikkens basis som ikkje-språkleg kommunikasjon gjer at ein pasient med demens som har mista mykje av evna si til å kommunisere gjennom samtale, vil kunne oppleve kontakt og samvær gjennom song og rørsle. Ei full forståing av dette føreset mellom anna etnografiske undersøkingar av musikk i bruk og nevrologiske undersøkingar av musikkens effekt på kropp og hjerne. Ein kan dessutan sjå musikkterapi i relasjon til Cohen-Mansfields generelle argumentasjon for utvikling av ikkje-farmakologiske intervensjonar i behandling av pasientar med demens (3). Eit døme på forskning på praksis som møter slike omsyn er Hanne Mette Ridders undersøking av korleis musikkterapeutisk bruk av kjende songar kan fungere kommunikasjonsfremmande i arbeid med pasientar med frontotemporal demens (4).

Institusjonane og fagmiljøa er i ferd med å oppdage den spesifikke kompetansen musikkterapeutane representerer. Berre i Bergensområdet er det dei siste to åra oppretta musikkterapistillingar ved fem ulike institusjonar i eldreomsorga, mellom anna ved Bergen Røde Kors Sykehjem, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus og Løvåsen sykehjem (hovudundervisningssjukeheimen for Helseregion Vest). For å få ei god utnytting av musikk som helseressurs, er det nødvendig å utvikle ei forståing av kva ulike aktørar kan bidra med i ein heilskap. Dette er eit fokus i Audun Myskja si doktoravhandling, som vert den første doktoravhandlinga om musikkterapi ved Griegakademiet. Ut frå sin bakgrunn i allmennmedisin, ser Myskja på korleis profesjonell musikkterapi og musikk tatt i bruk av andre yrkesgrupper kan utfylle kvarandre i sjukeheimskonteksten (5).

Det er i eit slikt tverrfagleg landskap at aktiviteten i det nordiske forskingsnettverket vert utvikla. Breidda i aktiviteten vert synleg dersom ein samanliknar to pilotprosjekt knytt til dette nettverket. Det første har den danske musikkterapiforskaren Hanne Mette Ridder som prosjektleiar og undersøker korleis og i kva grad musikkterapi i demensomsorga kan redusere agitert åtferd og gje auka livskvalitet. Her er det altså effekten av og verknadsmekanismar i ein spesifikk musikkterapi-intervensjon som er i fokus. Det andre har sjukepleieforskaren Solveig Hauge som prosjektleiar og er ein etnografisk studie av situasjonar der musikk inngår i kvardagsliv og behandling på sjukeheimen. Her er det altså ikkje søkjelys på ein spesifikk intervensjon, men på



Musikk gjør susen. Sittedans på Åstveit sykehjem i 2007.

den kulturen som påverkar handlingar, val og sjølvforståing hjå ulike aktørar. Desse undersøkingane utfyller kvarandre, då god kontekstforståing gjev kunnskap om verdien og relevansen av ein intervensjon.

Det tverrfaglege perspektivet er tydeleg også i formidlingsaktivitetane i nettverket. Desse omfattar mellom anna kurstilbod og samlingar for ulike yrkesgrupper. Hausten 2009 vart formidlingsarbeidet styrkt gjennom produksjon av ein dokumentarfilm som har fått tittelen «Lyden av liv». Filmen er produsert av Think Vivid Media, på oppdrag frå GAMUT og med finansiering frå GC Rieber Fondene. Nordiske institusjonar og fagmiljø kan få filmen gratis tilsendt ved å vende seg til GAMUT. Nærare informasjon om filmen, nettverket og dei ulike delprosjekta finn ein på nettsidene www.gamut.no, dersom ein klikkar seg inn på «Nettverket musikk og eldre».

REFERANSER

1. Mallock S & Trevarthen C (2009) Communicative musicality. Exploring the basis of human companionship. Oxford: Oxford University Press.
2. Stige B (2002) Culture-centered music therapy. Gilsum NH: Barcelona Publishers.
3. Cohen-Mansfield J (2001) Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: A review, summary, and critique. *American Journal of Geriatric Psychiatry*; 9(4), 361-381.
4. Ridder HM (2003) Singing dialogue. Music therapy with persons in advanced stages of dementia. A case study research design. Doktoravhandling. Aalborg: Institut for Musik og Musikterapi, Aalborg Universitet. Tilgjengelig frå: <http://www.mt-phd.aau.dk/>
5. Myskja A. Integrated music in nursing homes - an approach to dementia care. Doktoravhandling. Bergen: Griegakademiet, Institutt for musikk, Det humanistiske fakultet, Universitetet i Bergen, under arbeid/2010.



Samhandling, forskning og alderspsykiatri

Får vi en bedre helsetjeneste?

*Vil Stortingsmelding nr 47,
Samhandlingsreformen,
få konsekvenser for alders-
psykiatriske pasienter og
deres pårørende?*

Vil gjennomføring av reformen gi bedre helsetjenester?
Hva sier forskning om samhandling?

Regjeringen vil med reformen: «Søke å sikre en fremtidig helse og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester, og som også svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene.» (1).

Samhandling om helsetjenester til alderspsykiatriske pasienter vil innebære systemiske, organisatoriske og praktiske utfordringer og få konsekvenser for utnyttelse av personellmessige og økonomiske ressurser.

Samhandlingsreformen

Regjeringen skriver at i et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv er samhandling et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder fremover.

«Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå ett felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte» (1).

Reformen skisserer fem hovedgrep for å møte fremtidens helseutfordringer:

1. Klarere pasientrolle
2. Ny framtidig kommunerolle
3. Etablering av økonomiske insentiver
4. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse
5. Tilrettelegging for tydeligere prioriteringer.

Samhandling – teori og forskning

Samordning, samarbeid og nå samhandling er ulike betegnelser på en arbeidsform innen helsetjenesten. Det finnes ulike og tildels motstridene definisjoner av

begrepene. I forskning anvendes ofte begrepet integrasjon, som innebærer at ulike aktører eller aktiviteter føres sammen (2).

Det finnes ulike modeller og former for integrasjon, fra frivillig samarbeid mellom ulike aktører til at samhandling besluttes i et hierarkisk system (3).

Hva som er hensiktsmessig i den enkelte situasjon avhenger av oppgaven og hvor ulike aktørene som skal samhandle er.

Samhandling kan være interdisiplinær: mellom ulike virksomheter og spesialiteter, interprofesjonell: mellom ulike yrkesgrupper og profesjoner, interorganisatorisk: mellom ulike myndigheter, foretak og organisasjoner, eller intersektoriell: mellom ulike samfunnssektorer (2).

Samhandling er ikke et mål i seg selv, men en metode for å oppnå et mål: her bedre helsetjenester og bedre utnyttelse av ressursene. Et overordnet mål har vært å motvirke fragmentering av velferdstjenester (2).

Ulikheter i kultur, struktur, regelverk, finansiering, ansvar, informasjon, syn på pasienten, utdanning, forventninger og revirtenkning, kan hindre samhandling (4).

Utvikling av behandlingsskjeder har vært et ledd i utvikling av helhetlige helsetjenester for pasienter med en spesiell sykdom eller et spesielt symptom. Behandlingsskjeder defineres som «koordinerte aktiviteter innen helsesektoren, knyttet sammen for å oppnå et godt sluttresultat for pasienten» (5). Selve prosessen er sentral ved utvikling av behandlingsskjeder. Hvis det er rom for lokalt initiativ og en «bottom-up»-tilnærming vil profesjonelt engasjement, legitimitet og tillit øke sjansene for et suksessfullt resultat (5).

Å lede prosessen med utvikling av behandlingsskjeder innebærer utfordringer knyttet til endring i eksisterende maktdomener.

For å måle effekt av integrerte helsetjenester viser et litteratursøk at det finnes metoder for å måle effekt av samhandling (6). Den eksisterende forskning har vært ressurskrevende, lite standardisert og i hovedsak basert på teoretiske modeller. Modellene trenger å bli empirisk testet og det er nødvendig med mer arbeid for å klargjøre forholdet mellom sentrale konsepter, resultat for pasient og kostnadsresultater.

Hva med alderspsykiatrien?

Samhandlingsreformen og teori om intersektoriell samhandling har samme intensjon: å redusere fragmentering av tjenestene, hindre at pasienter faller mellom to stoler.

For den alderspsykiatriske pasienten vil forhåpentligvis reformen resultere i at helsetjenesten oppleves som én tjeneste, der aktørene kjenner hverandres vurderinger og aktivitet, kommuniserer/deler informasjon og tar utgangspunkt i pasientens totalsituasjon når tiltak iverksettes. I et samfunnsøkonomisk perspektiv bør resultatet bli at innsats rettes mot de riktige sakene, av personell med nødvendig kompetanse til riktig tid. Dette for å hindre dobbeltarbeid, sikre effektiv utnyttelse av kompetanse og sikre styring av aktivitet i forhold til behov hos den alderspsykiatriske befolkningen.

Regjeringens fem hovedgrep

Hovedgrep 1: Klarere pasientrolle

Brukermedvirkning

For alderspsykiatriske pasienter og deres pårørende innebærer behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten ulik grad av medvirkning i ulike faser av sykdommen.

Samhandlingsreformen sier at brukermedvirkning skal vektlegges, men ikke på hvilket nivå og i hvilken form, for eksempel om brukerne skal delta som likeverdige samarbeidspartnere i utforming av behandling, om de skal delta i planprosesser eller være høringsinstans i enkeltsaker.

Reell medvirkning stiller krav til informasjon og kompetanse.

Utfordringer

- *Avklaring av nivå og former for medvirkning fra bruker og brukerorganisasjoner*
- *Innarbeiding av gode rutiner i alderspsykiatrisk praksis for å inkludere pasienten i egen behandling*
- *Sørge for tilstrekkelig kunnskap både hos brukerorganisasjoner og pasient/pårørende så de reelt kan medvirke.*

Helhetlige pasientforløp

Alderspsykiatrisk behandling innebærer interdisiplinær, interprofesjonell, interorganisatorisk og intersektoriell samhandling.

For den alderspsykiatriske pasienten vil utarbeidelse av behandlingslinjer kunne gi en oversikt over hvor de skal henvende seg, hvilken utredning/behandling og eventuelle undersøkelser som anses relevante, hvilke profesjoner som kan bidra i forhold til ulike problemer, hvor tjenestene tilbys.

Pasienten trenger i mange tilfeller tjenester fra ulike spesialister i tillegg til omfattende bistand fra kommunehelsetjenesten. Dette stiller store krav til at utarbeidelse av standardiserte pasientforløp innebærer en vurdering i forhold til integrasjonsnivå: Hvilket nivå av samhandling er nødvendig/hensiktsmessig i forhold til denne pasienten på dette tidspunktet?

Pasientenes sammensatte problematikk med flere parallelle lidelser, for eksempel Parkinsons sykdom og demens, kan innebære at tjenester må følge to behandlingslinjer.

For at behandlingslinjer/pasientforløp skal kunne bli nyttige redskaper for enkeltpasienter og deres pårørende, vil dette stille krav til tilgjengelighet, konkret og selvinstruktiv informasjon og forståelig og leservennlig formidling.

Utfordringer

- *Å lede prosessen med utarbeidelse av pasientforløp*
- *Å skape lokalt engasjement og eierforhold til prosessen*
- *Informativ presentasjon*
- *Å involvere aktuelle aktører i prosessen.*

Én personkontakt

Pasienter med behov for koordinerte tjenester skal få én person som kontaktpunkt inn mot helsetjenesten. For alderspsykiatriske pasienter vil dette innebære én person å henvende seg til, rette spørsmål til og få informasjon fra. Det vil være av stor betydning at personen kjenner det alderspsykiatriske fagfeltet, eget system og samarbeidspartnere samt saksbehandling i helsetjenesten, og har et tett samarbeid med fastlege. Personalkontaktens rolle, ansvarsområde, myndighet og oppgaver må klargjøres. Det er avgjørende om personalkontakten skal gå inn i konkret behandling av pasienten, om vedkommende har myndighet til å fatte beslutninger og tiltak eller om rollen innebærer kontakt og kontaktformidling videre.

Utfordring

- *Avklaring av rolle, funksjon og myndighet for kontaktpersonen.*

Hovedgrep 2: Ny fremtidig kommunerolle

Økende behov for helsetjenester skal primært løses i kommunene og sees i sammenheng med andre samfunnsområder. Det skal inngås forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak om oppgavefordeling og samarbeid. Myndighetenes rolle i oppfølging av avtalesystemet skal vurderes.

Planen legger opp til samordning og kontraktstyring i forhold til oppgavefordeling. Lover, avtaler og reguleringer skal styre samhandlingen.

Planen legger opp til at alderspsykiatriske pasienter skal få mer bistand i kommunen.

Utfordring

- *Avklaring av hvilken form for integrering som er hensiktsmessig i forhold til pasientforløp og oppgavefordeling.*

Hovedgrep 3: Etablering av økonomiske insentiver

Kommunene skal få ansvar for medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter. Aktivitetsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten reduseres fra 40 til 30 prosent. Reformen innebærer at penger flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten.

Utskriving av alderspsykiatriske pasienter til kommunene foregår i dag i tett samarbeid med kommunene og pårørende. Flytting av midler fra spesialisthelsetjenesten innebærer muligens at kommunen da skal betale for tjenestene fra sykehuset, for eksempel forlengelse av opphold, hospitering, undervisning, veiledning, møtevirksomhet, at kommunene skal bestille og betale for de tjenestene de mener er hensiktsmessig fra pasient til pasient. Dette stiller store krav til å kjenne hverandres virksomhet og fagområde.

Kommunehelsetjenesten blir da premissleverandører og kan definere hva som er hensiktsmessig behandling i en overføringsfase. Dette krever fagpersoner og kunnskap om alderspsykiatri i kommunehelsetjenesten.

I gjennomføring av dette hovedgrepet ligger det betydelige utfordringer i å etablere felles mål, unngå revirtenking og skape et positivt klima for samhandling, samtidig som penger og makt til å definere behov tas fra en aktør og gis en annen.

Utfordringer

- Å skape profesjonelt engasjement, legitimitet og tillit i fagfeltet parallelt med at økonomi flyttes fra en sektor til en annen
- Å etablere gode systemer for samhandling i utskrivningsfasen fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten.

Hovedgrep 4: Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse

Samhandlingsreformen medfører at spesialisthelsetjenesten skal utvikles i en enda mer spesialisert retning, bidra med kompetanse og understøtte kommunene.

Intersektorell samhandling utviklet seg som en motvekt til den økende spesialiseringen, fragmentering og manglende helhetssyn innen helsevesenet.

Samhandlingsreformen legger opp til at det alderspsykiatriske fagfeltet ytterligere spesialiserer seg innen utredning, diagnostikk, miljøterapeutisk og medisinsk behandling og standardiserte pasientforløp.

Spesialisthelsetjenesten skal bli mer spesialisert, og skal samhandle mer med mindre økonomiske ressurser. Dette innebærer en stor lederutfordring når det gjelder motivasjon av medarbeidere, utvikle gode rutiner og å få dette til å fungere i praksis.

Axelsson & Bihari Axelsson skriver at samhandling mellom ulike myndigheter og virksomheter er krevende både i forhold til tid og energi og at det kan koste en del før det lønner seg (2).

Utfordringer

- Å ivareta en øket spesialisering parallelt med utvikling av pasientforløp og samhandling
- At spesialisthelsetjenesten skal understøtte kommunehelsetjenesten i sin nye rolle
- Å skape faglig engasjement for endringene.

Hovedgrep 5: Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer

Nasjonal helseplan skal videreutvikles for å bli et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor den samlede helsetjenesten.

Strukturelle hindre for samhandling, som ulike regelsystemer, ulike lover og forskrifter, utforming av finansieringssystem og ulike budsjetter og ansvarsområder, må avklares. Det ligger utfordringer i å måle effekter av samhandling både i forhold til økonomi og mer helhetlige helsetjenester for den enkelte.

Utfordringer

- Å utvikle et tilstrekkelig koordinert beslutningssystem for helsetjenesten
- Å evaluere effekten av endringer både på pasientnivå og økonomisk nivå.

Konklusjon og drøfting

Samhandlingsreformens intensjoner samsvarer med teori om intersektoriell samhandling. Det er imidlertid behov for klargjøring og presisering av ulike former for integrasjon og hvilket integrasjonsnivå som menes, når begrepet samhandling benyttes. Det er nødvendig med en tydeliggjøring av for eksempel brukermedvirkning, utarbeidelse av pasientforløp og oppgavefordeling.

Evalueringsav effekt av reformen er ikke nevnt i Stortingsmelding nr 47. Ved forskning og evaluering av de ulike hovedgrep som skal gjennomføres som følge av reformen, vil dette kunne gi oss nyttig kunnskap om effekten av intersektoriell samhandling. Det vil være av interesse å få kunnskap om effekten av en så omfattende reform, både hva gjelder tilbudene pasientene får og de økonomiske effekter av reformen.

REFERANSER

1. Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid (2009). St.meld. nr. 47 (2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
2. Axelsson R, Bihari Axelsson S (2007) Folkehelse i samverkan. Studentlitteratur.
3. Ahgren, Axelsson R. (2007) Determinants of integrated health care development: Chains and care in Sweden. International Journal of Health Planning and Management.
4. Van Raak A, Mur-Veeman I, Hardy B, Steenberg M & Paulus A (Eds.) (2003) Integrated Care in six EU Countries. Maarssen: Elsevier.
5. Axelsson R, Bihari Axelsson S. (2006) Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. International Journal of Health Planning and Management. 21. 75-88.
6. Strandberg- Larsen M, Krasnik A (2009) Measurement of integrated healthcare delivery; a systematic review of methods and future research directions. International Journal of Integrated Care, vol. 9, 4 February.



■ Tekst og bilder: Jartrud Høstmælingen

Landskonferansen i alderpsykiatri

Imponerende oppmøte tross askesky

Den 18. landskonferansen i alderspsykiatri ble på hengende askeflaket avlyst, men arrangørene valgte å gjennomføre. Av de 170 påmeldte måtte 45 deltakere melde avbud.



I år fant Landskonferansen sted i Stjørdal. Arrangører var Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (NKAH) i samarbeid med Alderspsykiatrisk team ved Sykehuset i Levanger og Helse Nord-Trøndelag, Psykiatrisk klinikk.

– Folk har vært veldig interessert i å komme, til tross for stengt luftrom. De har vist stor fleksibilitet for å sikre seg alternative reiseruter, sier Berit Toften (t.v.) og Elin Vikan Røsæg fra arrangørene.

Bredt program – sporty innsats

Konferansens program inneholdt foredrag om psykoser og utredning av psykoser, utredning av kognitiv svikt og bildediagnostikk ved demensutredning. Hvorvidt demens, delirium og depresjon har betydning for bevegelsesfunksjon ble belyst av fysioterapeut dr. philos Jorunn Helbostad ved NTNU. På grunn av askefast foredragsholder tok avdelingsoverlege Bernhard Lorentzen på Alderspsykiatrisk avdeling, Diakonhjemmets sykehus, flere utfordringer på strak arm. I tillegg til sitt planlagte foredrag om medikamentell behandling av psykoser hos eldre holdt han innlegg om antipsykotika hos eldre, personlighetsforstyrrelser og søvn og sovemidler.

Samhandlingsreformen har glemt alderspsykiatrien!

Den enda ikke vedtatte Samhandlingsreformen fikk mye oppmerksomhet under årets landskonferanse i alderspsykiatri.

Seniorrådgiver og psykiater Rut Prietz fra Helse-direktoratet holdt innlegget «Samhandlingsreformen – konsekvenser for alderspsykiatrien?» og mente det var et betimelig spørsmål hvorvidt eldre pasienter er blitt glemt under utformingen av reformen.

– Samhandlingsreformen er et langsiktig prosjekt. Det er mulig at den skal jobbes med i mange år før den skal iverksettes, sier Prietz.

– Vi tar gjerne imot en liste over ressurspersoner og nyttige navn innen alderspsykiatrien som vi kan henvende oss til i den videre prosessen. Det er igangsatt egne møter i Helsedirektoratet der alderspsykiatriens plass i reformen blir diskutert, forteller Prietz, og oppgir sin egen e-postadresse: rut.prietz@helsedir.no og adressen til møteansvarlig: Bjørg Gammersvik: bga@helsedir.no for kontakt.

Samhandlingsreformen springer ut av Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) og har som hovedmål at det skal gis rett behandling til rett tid på rett sted.



Tør vi utpeke overlege Bernhard Lorentzen til landskonferansens helt, med fire foredrag?



Seniorrådgiver og psykiater Rut Prietz fra Helsedirektoratet.



– Dette var en gledelig overraskelse, sier Irene Røen og Eystein Stordahl. Sistnevnte presiserer at han mottar fagjuryens posterpris på vegne av Hanne I. Solhaug.

For flere opplysninger om foredrag under Landskonferansen i alderspsykiatri:

arvid.fikseanet@hnt.no (Ulike psykoser)
dagfinn.green@stolav.no (Utredning av psykoser)
eldbjorg.langorgen@hnt.no (øvrige foredrag).

Samhandlingreformen sett fra praksisfeltet

Under overskriften *Glemt, men ikke glemsk* holdt enhetsleder i Alderspsykiatrisk team, Sykehuset Levanger HF Elin Vikan Røsæg et innlegg vi sakser litt fra:

Blir eldres psykiske helse glemt også denne gangen?

Det er nå slutt på opptappingsmidlene for psykiatri, dette har vært en storsatsing fra sentralt hold for å bygge opp kompetanse og tilbud. I den forbindelse vet jeg med sikkerhet at tilbudene rettet mot eldre ikke har fått festet seg i Nord-Trøndelag. Flere kommuner har prioritert bort psykiatritilbudet til de over 65 år.

Det er nå dokumentert og anerkjent at mange eldre har psykiske problemer og vi vet at mange av dem ikke får god hjelp for sine psykiske plager. Jeg tenker det blir viktig å tenke over hvorfor de eldre kom så dårlig ut når det gjaldt opptappingsmidlene for psykiatri. Hva har vi lært av det? Har jeg og vi som arbeider med eldre vært for passive og stått der med lua i hånda? Gjenspeiler det holdninger til hva og hvem som er viktige i dagens samfunn? I hvor stor grad er vi selv bærere av slike holdninger?

Posterpriser

Det deles ut to årlige priser i forbindelse med landskonferansen i alderspsykiatri. Hver av prisene er pålydende 2500 kroner. Kriterier som vektlegges er klart formulert budskap, faglig aktualitet og nytteverdi, samt oversiktlig, lesbarhet, visuell formidlingsevne og originalitet.

Fagjuryens posterpris gikk til assistentlege Hanne I. Solhaug. Hun sto bak posteren «Longitudinell studie av depresjon i den eldre generelle befolkning. HUNT studien» sammen med avdelingsoverlege Elisabeth B. Johansen og overlege Eystein Stordahl fra Alderspsykiatrisk enhet, Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Namsos og Institutt for nevromedisin, NTNU.

Målet for studien er å studere utviklingen av depresjon i den generelle befolkning i femårskohorter av eldre, basert på data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT).

Konferansedeltakernes posterpris gikk til prosjektleder Irene Røen fra alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet HF. Sammen med leder av forskningssenteret, Birger Lillesveen, psykiater og stipendiat Oskar Sommer og forskningsleder Geir Selbæk står hun bak prosjektet «Samhandling mellom alderspsykiatrisk avdeling og sykehjem.»

Prosjektet har to hovedmål: Bedre undersøkelse og behandling av pasienter i sykehjem, samt utvikling og evaluering av en modell for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og sykehjemstjenesten med fokus på oppfølging av pasienter i sykehjem.

Se posterne på vår hjemmeside:
www.demensogalderspsykiatri.no

Demensdagene 25.–26. november 2010

www.aldringoghelse.no

 Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Merk av i kalenderen!

Demensdagene 2010

25.–26. november

Godkjenninger: Konferansen søkes godkjent med 15 timer i legers etter- og videreutdanning i allmennmedisin, samfunnsmedisin, geriatri, indremedisin, psykiatri, nevrologi, fysikalsk medisin og rehabilitering. Det vil også bli søkt godkjenning for spesialitetene i klinisk psykologi, klinisk sykepleie, ergoterapi og fysioterapi. Øvrige yrkesgrupper må kontakte eget forbund.

Leon Jarners forskningspris deles ut under Demensdagene.

Demensdagene er det største årlige arrangementet i landet der demens er hovedsaken. Konferansen er tverrfaglig og åpen for alle faggrupper med ansvar for behandling av eller omsorg for personer med demens. Målgruppe er også planleggere, pleie- og omsorgssjefer og ansvarlige for utdanning og kompetanseheving.

Plenumssamlingene vil blant annet omhandle *forebygging, personsentrert omsorg, psykososiale pasientintervensjoner, demens hos minoritetsetniske grupper og psykose hos gamle.*

Symposiene vil blant annet ta opp *ynge personer med demens, miljøbehandling, legemiddelbehandling av sykehjemspasienter, forebygging.*

På konferansens workshops får du vite mer om *kjørekortvurdering, pårørendearbeid, utredning i primærhelsetjenesten eller hvordan livet kan gjøres godt for både pasienter og personale i sykehjem.*

Arrangør er Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Praktiske opplysninger om pris, sted og påmelding finnes på www.aldringoghelse.no



Aldring og helse
Forlaget

Signe Baksaas Gjelstad, Rigmor Furu, Anne-Britt Kjeldsberg

Det er menneskene det kommer an på

Elektronisk samhandling og kompetanseutvikling i demensomsorgen



ISBN 978-82-8061-132-1

kr. **120,-**
82 sider

Kan IKT være et nyttig og meningsfullt verktøy i demensomsorgen? Det forsøker forfatterne av denne nye boka å gi svar på. Boka beskriver elektronisk samhandling og kompetanseutvikling i demensomsorgen, med utgangspunkt i de erfaringene man høstet i et IKT-prosjekt i Nøtterøy kommune. Forfatterne trekker fram eksempler fra prosjektet og reflekterer rundt disse. Det fokuseres også på menneskets håndtering av teknologien, og betydningen av et godt samspill og samhandling mellom de ansatte som skal betjene den. Tittelen på boka gjenspeiler forfatterenes hovedkonklusjon: Det er menneskene det kommer an på.

For bestilling og mer informasjon:

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

Stiftelsen



Leon Jarners
Minnefond

Leon Jarners forskningspris 2010

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 2010 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 2010, 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 2010
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



■ Professor Knut Engedal og psykiater/stipendiat Maria Lage Barca, begge Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Depresjon og demens – et biologisk perspektiv

Demens er definert som en tilstand hvor det er tilkommet en kognitiv svikt av en slik grad at det fører til svikt i evnene til å utføre de daglige aktiviteter som man klarte tidligere i livet. I tillegg skal det foreligge en endring av personlighet eller atferd.

De fleste former for demens er progressive i den forstand at de kognitive evnene og evnene til å klare seg i dagliglivet avtar over tid. Personer med demens blir til slutt totalt hjelpeløse og har store kommunikasjonsproblemer på grunn av den kognitive svikten.

Atferdsendringene ved demens har ikke det samme progressive mønsteret. I ulike faser av en demenssykdom ser man ulike atferdsendringer og symptomer på psykiatrisk sykdom. En av de mest fremtredende og frekvente endringene er symptomer på depresjon. Sammenhengen mellom demens og depresjon har vært kjent i århundrer, og det har vært diskutert «hva som er høna og hva som er egget». For 150 år siden var den rådende mening blant psykiatere i Europa at demens var et sekundært symptom til depresjon. I dag vil nok de fleste påstå det motsatte, at depresjon er sekundært til demens og at det skyldes den økende svikten som personer med demens opplever. Et annet spørsmål som har vært mindre diskutert, men som er like viktig, er om depresjon er en del av demenssykdommen.

Forekomst og konsekvenser av depresjon ved demens

Det foreligger flere store forekomstundersøkelser av depresjon ved demens, både blant personer som bor i

eget hjem og personer som bor i sykehjem. Ifølge disse undersøkelsene har 20-25 prosent av alle personer med demens symptomer på depresjon som er så uttalte at de er forenbare med diagnosen depressiv lidelse. Omtrent 40 til 50 prosent har symptomer på depresjon som er av betydning for personens ve og vel (1). Blant yngre personer med demens er det rapportert enda høyere forekomsttall, men andelen med alvorlige depressive symptomer er relativt liten. Longitudinelle undersøkelser av personer med demens har vist at depresjon har en tendens til å bli kronisk. Omlag halvparten som har depresjon på et gitt tidspunkt har det også etter ett år, enten de bor hjemme (2) eller i sykehjem (3). Sammenlignet med depresjon hos personer med normal kognitiv funksjon viser undersøkelser at depresjon hos personer med demens er assosiert til mer svikt i dagliglivets funksjoner (4), til dårligere livskvalitet (5) og økt dødelighet (3). Det er nærliggende og fristende å tolke det dit hen at samtidige symptomer på depresjon og demens kan føre til mer stress.

Hjelper behandling?

Flere metaanalyser av antidepressiv legemiddelbehandling av pasienter med samtidig depresjon og demens viser at effekten av legemidler ikke er særlig god, og langt fra så god som for eldre personer uten demens (6, 7). Studien av Barca og medarbeidere blant sykehjemspasienter i Norge viser at depresjon er kronisk (persistent) hos 45 prosent av pasientene over et år, og det på tross av adekvat behandling med antidepressive legemidler (3). En oversiktsartikkel fra USA støtter dette funnet. I den amerikanske artikkelen slår man fast at vi kun har bevis for at antidepressive legemidler hjelper hos pasienten med alvorlig depresjon og samtidig Alzheimers sykdom. Legemidler har ingen effekt hos pasienter med demens som har depresjon av mild eller moderat grad (1). Virkningsmekanismene i antidepressive legemidler er kompliserte, men grovt sett kan man si at de bedrer den kjemiske balansen i hjernen. Om de områdene i hjernen som skal motta de kjemiske substan-

sene er skadet, vil de ikke ha samme virkning. Dette kan være forklaringen på manglende eller mer beskjeden effekt hos personene med demens.

I en studie undersøkte man om miljøterapi har effekt. Man fant at «hyggelige opplevelser» reduserer depressive symptomer hos sykehjemspasienter, men helbreder ikke. Andre studier som har undersøkt virkningen av fysisk aktivitet eller andre former for aktivitet, har ikke kunnet vise til positive resultater. At vanlig behandling, enten med legemidler og/eller miljøterapeutiske tiltak har så beskjeden effekt, har vi ingen god forklaring på. En nærliggende forklaring på det de amerikanske forskerne fant ut, kan være at mange personer med demens har symptomer som ligner på depresjon, uten at det egentlig foreligger depresjon.

Hvorfor blir depresjon kronisk?

Vi kjenner ikke til en spesifikk eller flere årsaker til hvorfor depresjon hos mange personer med demens har tendens til å bli kronisk. Én forklaring kan være at depresjon ikke blir oppdaget, diagnostisert og behandlet. Manglende diagnostisering kan skyldes at de to tilstandene har mange overlappende symptomer og at det av den grunn er vanskelig å si hva som er demens og hva som er depresjon. Ved demens av alvorlig grad hvor det foreligger betydelige kommunikasjonsvansker, er det ikke enkelt å tolke hva som er depressiv atferd.

En annen forklaring kan være at depresjon hos personer med demens arter seg på en annen måte enn hos personer uten demens. Dette synet har vært hevdet av mange. I lærebøker kan man lese at depresjon ved demens er mer preget av inaktivitet og symptomer som kan klassifiseres som manglende motivasjon og interesse for å være aktiv, mens de typiske symptomene på depresjon, som tristhet, skyldfølelse, håpløshet og selvmordstanker er mindre fremtredende. Utsagnet bygger på noen eldre studier, mens studier av nyere dato ikke støtter opp om at depresjon arter seg annerledes hos personer med demens sammenlignet med dem uten demens. Hverken i den norske sykehjemsstudien av Barca og medarbeidere (3), i en undersøkelse i Argentina av Starkstein og medarbeider (4) eller i en studie av Chemirinski og medarbeidere (8) finner man et annet symptom mønster hos pasienter med demens enn hos dem uten demens. De typiske emosjonelle endringene som er vanlige ved alle former for depresjon er også hyppigst forekommende hos personer med demens.

Psykologi eller biologi?

Det finnes ikke én årsak til depresjon hos personer med demens, og to ulike teorier har i mange år vært diskutert. Det dreier seg om den polariserte diskusjonen om psykologi eller biologi. Dette er etter vår mening en naiv måte å diskutere på. En «enten-eller» diskusjon er uhensiktsmessig hvis man ønsker å forstå hvorfor depresjon er så hyppig og kronisk hos personer med demens. Depresjon ved demens er uten tvil en heterogen tilstand og både psykologiske og biologiske meka-

nismer er viktige. Forskere som gjerne vil forsvare at psykologiske mekanismer er viktigst, finner støtte blant annet i at depresjon i mange studier har vært signifikant assosiert til demens i en tidlig fase, en fase hvor personen med demens har innsikt i sin situasjon og reagerer med depresjon, tilbaketrekning og angst fordi han/hun merker egen svikt. Utvilsomt er dette riktig for en stor andel av dem som har depresjon og samtidig demens. På den annen side er det i mange studier funnet en signifikant sammenheng mellom depresjon og alvorlig grad av demens (demens i sen fase). Forskere som står bak disse studiene mener at sammenhengen kan forklares med at de strukturelle hjerneskadene er mer uttalte ved en langvarig demenstilstand enn ved en demenstilstand som har vart i kortere tid. I noen studier (av obduksjoner) har man funnet at personer med demens og depresjon har hatt mer skader enn dem uten depresjon, i hjerneområder hvor det produseres signalstoffer som noradrenalin, dopamin og serotonin (9). Skader i mandelkjernen (amygdala) har også vært rapportert forbundet med depresjon. Verkaik og medarbeidere (10) utførte en systematisk kritisk gjennomgang av alle studier som er publisert på engelsk for å undersøke om det finnes en sammenheng mellom depresjon og grad av demens. De fant ingen slik sammen-

heng. Uansett hvordan de analyserte data fant de at depresjon var like hyppig ved ulike grader av demens. Barca og medarbeidere (11) fant lignende resultater blant norske sykehjemspasienter da hun og hennes medarbeidere studerte forekomst av emosjonelle symptomer hos pasientene. Dette kan tolkes dit hen at depresjon hos pasienter med demens mest sannsynlig skyldes ulike årsaker og at både psykologiske og biologiske mekanismer har innvirkning, men i ulike stadier i en demensutvikling.

Fra psykologi til biologi

Vi bekrefter at psykologiske mekanismer er viktige for utvikling av depresjon hos personer med demens, men vil ikke gå videre for å diskutere hvordan tap, mestring og mestringsmekanismer har betydning for utvikling av depresjon. Vi vil heller ikke bruke spalteplass på å skrive om genetikk og depresjon, men diskutere mulige sammenhenger mellom biologiske faktorer og depresjon hos personer med demens. Vi kan ikke lukke øynene for at slike mulige sammenhenger finnes, spesielt når vi har mange undersøkelser som peker på at depresjon hos denne gruppen pasienter har en tendens til å bli kronisk og at tradisjonell behandling har beskjeden eller ingen effekt. Ny forskning viser at det finnes flere fellestrekk mellom depresjon og demens. Det gjelder innen fire områder: betennelsesprosesser i hjernen, stress, cerebrovaskulær sykdom og tap av hjernevev i tinninglappene

Betennelsesprosesser, stress, depresjon og demens

I de senere årene er det rettet økt fokus mot hvilken innvirkning immunsystemet og kroniske betennelsesprosesser har på utviklingen av en rekke sykdommer,

som for eksempel hjerte- og karsykdommer, multipl sklerose, diabetes og alvorlig depresjon. Man antar at en kronisk betennelsesreaksjon er sentral i utvikling av alvorlig depresjon, og i denne prosessen anses de pro-inflammatoriske cytokinene å spille en viktig rolle (12, 13). Cytokiner er proteiner som blir laget av en rekke ulike celler i kroppen vår, i blodet og i støttevevscellene i hjernen. Blant annet er interleukinene¹-1 og -6 (IL-1, IL-6) og tumornekrosefaktor-alfa² (TNF-alfa) delaktige i betennelsesreaksjoner i kroppen. Disse cytokinene kan sette i gang en rekke kaskader, blant annet økning av stresshormonet kortisol. Høye konsentrasjoner av kortisol er assosiert med celledød (12), og dette kan være forklaringen på at man finner nevrodegenerative forandringer (celleskader og død) ved kronisk depresjon (12). Økning av pro-inflammatoriske cytokiner er også rapportert ved Alzheimers sykdom (12, 14). Et betimelig spørsmål i denne sammenheng er om kronisk depresjon er en risikofaktor for Alzheimers sykdom, om Alzheimers sykdom og kronisk depresjon har en fellesnevner, eller om depresjon kan føre til økt progresjon av demenstilstanden. I en studie fant man at kronisk depresjon hos alzheimerpasienter førte til signifikant mer nevropatologiske forandringer enn hos pasienter med Alzheimers sykdom uten depresjon, en summasjonsvirkning (15). Én studie er selvfølgelig for lite til å gi et utfyllende svar, men vi skal ikke lukke øynene for at det kan finnes en sammenheng mellom betennelsesprosesser i hjernen, stress og progresjon av demens.

Cerebrovaskulær sykdom, depresjon og demens

Ifølge en rekke undersøkelser er sykdommer som høyt blodtrykk, diabetes og cerebrovaskulær sykdom risikofaktorer for både depresjon og demens (16). Det er også vist at skader i hvit substans i hjernen i forbindelse med cerebrovaskulær sykdom kan forårsake en kronisk depressiv tilstand som kalles vaskulær eller geriatrisk depresjon (17). Ved denne depresjonsformen foreligger det samtidig en kognitiv svikt, og både depresjonssymptomene og den kognitive svikten er oftest av kronisk natur, upåvirkelig av behandling. Dette kan tyde på at skader i enkelte strukturer i hjernen både kan forårsake symptomer vi klassifiserer som depressive og som kognitive, og kan styrke tanken om at depresjon kan være en del av demenstilstanden.

Tap av vev i tinninglappene

Et av de typiske funnene ved Alzheimers demens er substanssvinn i det mellomste partiet av tinninglappene, det vil si i det området hvor sjøhesten (hippocampus) befinner seg. Det samme har man funnet i en rekke studier av eldre personer med kronisk depresjon. Ikke minst har man funnet at personer med flere langvarige depresjonsperioder har størst tap av hjernevev i tinninglappene (18). Vi har altså identiske funn med hensyn til tap av hjernevev i tinninglappene ved kronisk depresjon hos eldre og pasienter med Alzheimers sykdom (18-20).

Kan det være slik at de to tilstandene har en felles bakenforliggende årsak, eller at det finnes felles mekanismer for de to tilstandene, for eksempel stress eller betennelsesprosesser?

Sammenfatning og konklusjoner

Depresjon er hyppig forekommende gjennom hele demensutviklingen, og det finnes høyst sannsynlig både psykologiske og biologiske mekanismer som kan forklare hvorfor tilstanden er både hyppig forekommende, tenderer til å bli kronisk og at tradisjonell behandling er lite effektiv. De biologiske mekanismene er ikke klarlagt, men det kan være at både betennelsesprosesser i hjernen, stress og cerebrovaskulær sykdom er faktorer av betydning, og at det finnes et samspill mellom disse tre faktorene som gjør at depresjonen forblir kronisk og at den fører til øket progresjon av demenstilstanden. For å finne frem til andre og mer effektive behandlingsformer enn dem vi har i dag, trengs det mer forskning på området.

REFERANSER

1. Lyketsos CG, Olin J (2002) Depression in Alzheimer's disease: overview and treatment. *Biol Psychiatry* 52: 243-52.
2. Garre-Olmo J, Lopez-Pousa S, Vilalta-Franch J, et al (2002) Evolution of depressive symptoms in Alzheimer's disease: one year follow-up. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 17(2): 77-85
3. Barca M, Engedal K, Laks J, Selbaek G. (2010) A 12 months follow-up study of depression among nursing home patients in Norway. *J Affective Disorders* 120(1-3): 141-8..
4. Starkstein SE, Jorge R, Mizrahi R, et al (2005) The construct of minor and major depression in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 162(11): 2086-932005
5. Gonzales-Salvador T, Lyketsos CG, Baker A, et al (2000) Quality of life in dementia patients in long-term care. *Int J Geriatr Psychiatry* 15: 181-89.
6. Bains J, Birks JS, Denning T (2002) Antidepressants for treating depression in dementia. *Cochrane database of Systematic Reviews*, Issue 4.
7. Thompson S, Herrmann N, Rapoport MJ, et al (2007) Efficacy and safety of antidepressants for treatment of depression in Alzheimer's disease: a metaanalysis. *Canadian J Psychiatry* 52(4): 248-255.
8. Chemirinski E, Petracca G, Sabe L, et al (2001) The specificity of depressive symptoms in patients with Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 158(1): 68-72.
9. Zubenko GS, Moosy J, Kopp U (1990) Neurochemical correlates of major depression in primary dementia. *Arch Neurol* 47: 209-14.
10. Verkaik R, Nuyen J, Schellevis F, et al (2007) Alzheimer's disease and prevalence of comorbid depressive symptoms and depression: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22: 1063-86.
11. Barca M, Selbaek G, Laks J, Engedal K (2009) Factors associated with depression in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 24(4): 417-425.
12. Leonard BE (2007) Inflammation, depression and dementia: are they connected? *Neurochem Res* 32: 1749-56.
13. Craddock D, Thomas A (2006) Cytokines and late-life depression. *Essent psychopharmacol* 7(1): 42-52.

Referanselisen forts. side 43

¹) Interleukiner: En gruppe cytokiner (red.).

²) Tumornekrosefaktor: Faktor som frigjøres ved betennelsesprosess og påvirker den (red.).

■ Tom Borza, overlege, Alderspsykiatrisk seksjon og Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet, Sanderud
Knut Engedal, professor, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
Geir Selbæk, ph.d., psykiater, forskningsleder ved Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet HF



PRODE

– et storstilt alderspsykiatrisk dagnadsprosjekt

*I norske alderspsykiatriske
avdelinger har omkring
halvparten av pasientene en
alvorlig depresjon. Hvem er de
og hvilken behandling får de?
Hvilken behandling hjelper?
Dette er blant spørsmålene
i PRODE.*

Forekomsten av depresjon blant personer over 60 år og eldre i befolkningen angis til å være 19 prosent, seks prosent har alvorlig depresjon (1). Tidligere kartleggingsundersøkelser i norske alderspsykiatriske avdelinger har vist at 40-50 prosent av inneliggende pasienter har en depresjon av alvorlig grad (2). Pasienter med depresjon er ved siden av pasienter med demens og atferdsendringer den pasientgruppen som hyppigst henvises og behandles i alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste (3).

Eldre pasienter med depresjon som blir innlagt i alderspsykiatriske avdelinger er aldri blitt systematisk undersøkt i Norge, og det finnes få systematiske undersøkelser fra andre land. Vi har derfor ingen beskrivelse av pasientene, hvem de er, hvilke symptomer de har, hvilke andre sykdommer de har, hvilken behandlingsform de får og hvilken behandling som fører til bedring. Vi vet

generelt lite om hvordan det går med pasientene over tid. Det er også mangelfull kunnskap om hvilken belastning depresjon er for pårørende.

Målsetning

PRODE, PRognosis Of Depression in the Elderly er en multisenter, prospektiv, longitudinell- og kasus-kontroll undersøkelse¹⁾. Studien vil undersøke kort- og langtidsprognosen og prognostiske faktorer hos eldre pasienter som blir behandlet for depresjon i norsk alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste.

Pasientutvalget skal beskrives. Vi ønsker å få ny kunnskap som kan bidra til bedre utredning, riktigere oppfølging og mer tilpasset behandling av pasientene. Prosjektet vil vurdere pasientene med tanke på psykisk og fysisk helse, aktiviteter i dagliglivet (ADL-funksjoner) og livskvalitet. Vi ønsker å se om og eventuelt *hvordan* biomarkører som cytokiner²⁾ i serum, ApoE-polymorfisme³⁾, kortisolnivå og forandringer av hjernen fremkommer gjennom MR-undersøkelser, som subkortikale hvit-substansforandringer og atrofi av temporallappen, kan være relatert til depresjon hos eldre. Videre ønsker vi å beskrive omsorgsbyrde, hjelpebehov og livskvalitet hos pasientenes nærmeste pårørende.

I PRODE vil det også bli utført en analyse av kvalitative data opp mot de kvantitative data (se artikkel side 37).

1) Multisenter, prospektiv og longitudinell undersøkelse vil si at flere studiesteder inkluderer pasienter og pasientene følges over tid med gjentatte observasjoner. Kasuskontrollundersøkelse sammenligner individer med sykdom, her depresjon (kasus) med en gruppe uten (kontroller).

2) Cytokiner: Signalstoffer i immunsystemet.

3) ApoE-polymorfisme: Ulike genetiske koder for apolipoprotein E (ApoE), hvor varianten ApoE-e4 er assosiert med utvikling av demens.

Materiale

Vi vil inkludere 400 pasienter 60 år og eldre som henvises til alderspsykiatrisk avdeling for depresjon. Pasienter med alvorlig grad av demens eller hjerneslag som gjør at de ikke kan kommunisere verbalt eller formidle depressive symptomer, vil ikke bli inkludert, heller ikke pasienter med kort forventet levetid grunnet alvorlig og livstruende sykdom. Pasientene vil fortløpende bli rekruttert fra ti norske alderspsykiatriske spesialavdelinger (tekstboks 1). Det vil bli innhentet data til en kontrollgruppe, bestående av 200 eldre personer, som vil være friske pårørende eller personer på eldresentre.

Metode

Alle de involverte sentrene vil innhente opplysninger i henhold til en standard undersøkelsesprotokoll ved innleggelsen i alderspsykiatrisk avdeling. Helsearbeidere i den tverrfaglige gruppen som er vanlig i alderspsykiatrien⁴⁾, vil systematisk innhente informasjon som beskrevet i tekstboks 2.

Ett år etter utskriving fra avdelingen vil pasient og pårørende bli innkalt til et intervju. Man vil registrere behandling av depresjon siste år etter utskriving, kontakt med primær-/spesialisthelsetjenesten, vurdering av effekt av behandlingen, tilbakefall, nye sykdommer og bruk av legemidler. Det vil igjen tas blodprøver av pasientene, og de vil bli kartlagt med tester. Pårørende vil bli bedt om å gi tilsvarende opplysninger om pasienten og seg selv, som de ga ved innleggelsen. For pasienter som er døde før 12 måneders oppfølging vil dødsårsak bli registrert via dødsårsaksregisteret.

Det planlegges tilsvarende oppfølging etter 24 og 36 måneder. Disse undersøkelsene vil hovedsakelig foregå som telefonintervju og spørreskjema via post.

Forskningsetikk og juridiske forhold

Forskningsprosjektet skal ved innleggelsen samle inn data som er vanlige å etterspørre i klinisk praksis. Pasientene og deres pårørende vil få muntlig og skriftlig informasjon og skal fylle ut en skriftlig samtykkeerklæring om å delta i studien. For pasienter uten samtykkekompetanse vil vi be nærmeste pårørende om å samtykke på vegne av pasienten. Prosjektet er godkjent av regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK-sørøst) og personvernombudet på Oslo universitetssykehus, Ullevål. Helsepersonell er fritatt fra taushetsplikten til å utlevere helseopplysninger i studien.

Organisering av prosjektet

PRODE er forankret som et samarbeidsprosjekt mellom de deltagende sentrene, og det skal opprettes en styringsgruppe. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har ansvaret for databehandlingen. Professor dr.med Knut Engedal ved Oslo universitetssykehus, Ullevål er faglig ansvarlig. Prosjektgruppen består i tillegg til ham av Geir Selbæk, ph.d., psykiater og forskningsleder ved alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet, Anne Sofie Helvik, ph.d., 1. amanuensis ved

⁴⁾ I alderspsykiatri kan tverrfaglighet defineres som samarbeid og kunnskaputvikling mellom ulike faggrupper som sykepleier, hjelpepleier, assistent, ergoterapeut, fysioterapeut, sosionom, psykolog, lege.

Tekstboks 1

Følgende sentre deltar i PRODE

1. Alderspsykiatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål
2. Alderspsykiatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Aker
3. Alderspsykiatrisk avdeling, Diakonhjemmet sykehus
4. Alderspsykiatrisk seksjon, Vestre Viken, Buskerud sykehus
5. Alderspsykiatrisk seksjon, Sykehuset Innlandet, Sanderud
6. Alderspsykiatrisk seksjon, Sykehuset Innlandet, Reinsvoll
7. Alderspsykiatrisk seksjon, Akershus universitetssykehus
8. NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS, Bergen
9. Alderspsykiatrisk avdeling, Stavanger universitetssykehus
10. Alderspsykiatrisk avdeling, St. Olavs Hospital, Trondheim

Tekstboks 2

Data som samles inn ved innleggelsen

1. Demografiske data.
2. Fysisk- og sosial aktivitet. Spørsmål som ved Helseundersøkelsen for Nord-Trøndelag (HUNT).
3. Mestring av vanskeligheter og problemer. Revidert Ways of Coping spørreskjema (WOC), Mestring av problemer og vansker; Locus of Control (LOC).
4. Bruk av helsetjenester.
5. Psykisk helse. MADRS, HAD, Cornell, NPI-Q.
6. Kognisjon. MMSE-NR, 10-ordstest (CERAD), Trail-Making A, Trail-Making B, COWA, Spørreskjema for pårørende (IQ-Code).
7. Psykiatriske diagnoser, for depresjon og demens og andre lidelser i henhold til ICD-10, DSM-IV-TR og Provisional Diagnostic Criteria for Depression in Alzheimer's Disease (for demens).
8. Somatisk helse.
9. Bruk av medisiner.
10. Biologiske markører og opprettelse av biobank. Generelle blodprøver og blodprøve til analyse av ulike cytokiner, ApoE, og kortisol i spyttprøve (morgen, formiddag, kveld).
11. Bildediagnostikk av hjernen. Primært MR av hjernen i henhold til en standardisert protokoll.
12. Funksjon i dagliglivet. Instrumentell ADL (Lawton and Brody).
13. Livskvalitet hos pasienten. EQ-5D, VAS.
14. Livskvalitet, depresjon og byrde hos pårørende. EQ-5D, VAS, GDS, Belastningsskala for pårørende (RSS).
15. Beskrivelse av depresjonsbehandling.

NTNU, Maria Lage Barca, ph.d.-stipendiat, psykiater, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, og Maria Korsnes, dr.psychol, nevropsykolog og forskningsleder ved alderspsykiatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål. Spesialist i psykiatri Tom Borza er fra 1. april 2010 tilknyttet prosjektet i en stipendiatstilling. Spesialist i gerontopsykologi Guro Hanevold Bjørkløv vil lede undersøkelsen som ser nærmere på forholdet mellom mestringsressurser, depresjon og behandling blant deprimerede eldre (se artikkel side 37). Det vil videre være et samarbeid med Professor John O'Brien ved universitetet i Newcastle om MR-bildene og analysen av disse.

Fremdriftsplan og utfordringer

PRODE ble godkjent i REK desember 2009, og det har blitt gjennomført en pilotstudie i tidsrommet desember 2009 – april 2010. Hovedstudien er i gang og de deltagende sentrene inkluderer nå pasienter. I studien er målet å inkludere de 400 pasientene i løpet av to år. I pilotstudien ble det inkludert inneliggende pasienter, men i hovedstudien kan også polikliniske pasienter inkluderes. For å kunne gjennomføre oppfølging etter 36 måneder hos alle pasientene vil studien først avsluttes 31. desember 2014. Resultatene fra studien vil bli publisert i internasjonale tidsskrifter med fagfelleevaluering og ved nasjonale og internasjonale møter og kongresser.

Prosjektet er omfattende, også i internasjonal målestokk. Det er mye informasjon som skal innhentes for hver pasient til ulike tidspunkter, og det vil være flere

personer som skal innhente informasjonen. Koordinering og samhandling vil bli en utfordring for å kunne innhente gode data.

Foreløpig baseres prosjektet på dugnad, men det søkes om midler for bedre å kunne drive prosjektet videre. Det er nytt i alderspsykiatrisk forskning at flere sentre tar MR av hjernen etter protokoll og dessuten prøver til biobank, og det vil kunne by på noen utfordringer å få god kvalitet på dette.

Det er tradisjon og vilje i det norske alderspsykiatriske miljøet til å gjennomføre prosjekter som PRODE, og er det flere avdelinger som ønsker å bli med, er de selvfølgelig velkomne til å ta kontakt.

■ tom.borza@sykehuset-innlandet.no

REFERANSER

1. Rosenvinge BH, Rosenvinge JH (2003) Forekomst av depresjon hos eldre - systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990-2001. Tidsskr Nor Lægeforen 123: 928-9.
2. Engedal K, Nordberg E et al (1997) Alderspsykiatri – et fagfelt som finner sin plass. Tidsskr Nor Lægeforen 117: 3681-3.
3. Engedal K, Bergem ALM et al (1997) Alderspsykiatri – en spesialisert form for psykiatri. Tidsskr Nor Lægeforen 117: 3684-7.



Aldring og helse
Forlaget

Øyvind Kirkevold, Knut Engedal

Administrasjon av legemidler i norske sykehjem



ISBN 978-82-8061-134-5

kr. **130,-**
64 sider

Studien «Use of restraints in Norwegian nursing homes, focusing on persons with dementia» (Øyvind Kirkevolds doktorgradsarbeid med Knut Engedal som hovedveileder) viste grunn til å mistenke at det kunne foreligge store mangler ved legemiddelhåndteringen i norske sykehjem. Vi ønsket derfor å undersøke dette mer inngående.

Det foreliggende prosjektet er en analyse av administrasjon av legemidler i norske sykehjem. Hovedresultatene er presentert i tre vitenskapelige artikler som ligger vedlagt i rapporten.

For bestilling og mer informasjon:

www.aldringoghelse.no

33 34 19 50 / post@aldringoghelse.no



■ Guro Hanevold Bjørkløf, spesialist i gerontopsykologi, Sykehuset Buskerud HF, Utredningsenhet for alderspsykiatri

Sammenheng mellom mestring og depresjon hos eldre

Hvordan eldre menn og kvinner mestrer utfordringer knyttet til fysiske og sosiale tap og prøvelser har betydning for risikoen for å utvikle depresjon sent i livet.

Eldre i Norge representerer en alders- og kulturkohort med unike livserfaringer og holdninger overfor psykisk helsevern og spesialisthelsetjenesten. Vi vet fra klinisk praksis at eldre menn og kvinner håndterer en depressiv lidelse og behandlingen av denne ulikt, men vi har lite forskning som studerer sammenheng mellom mestringsressurser, depresjon og behandling hos eldre innlagt i spesialisthelsetjenesten. PRODE-studien (se artikkelen foran) gir en unik mulighet til å øke denne kunnskapen.

De spesifikke målene for denne studien er å undersøke hvordan mestring og locus of control (her oversatt som personlig kontrollorientering) henger sammen med alvorlighetsgrad av depresjon og resultatet av behandlingen deprimerte eldre får i spesialisthelsetjenesten. Dernest vil vi studere erfaringer med mestring av depresjon blant eldre menn og kvinner fra deres eget perspektiv. Vi vil dessuten evaluere om bruk av spørreskjemaer for mestring og personlig kontrollorientering kan legge til eller erstatte informasjon innhentet ved intervjuer, og dermed vurdere om disse verktøyene er nyttige i utredning og behandling innen alderspsykiatrien.

Risikofaktorer og mestringsstrategier

Utvikling av depresjon blant eldre menn og kvinner har flere årsaker. Alder i seg selv er ikke funnet å være en risikofaktor, men det er støtte for at økende alder medfører flere risikofaktorer for utvikling av depresjon (1). Funn fra forskningslitteraturen viser at det å være kvinne, ugift og ha liten sosial støtte, utdanning og inntekt er viktige faktorer for utvikling av depresjon sent i livet (Ibid.). Få studier omhandler mestringsstrategier hos eldre med depresjon, men det er dokumentert sammenheng mellom eldre med en unnvikende mestrings-orientering og depressive symptomer (2).

Mestring kan forstås som forsøk på kognitivt og atferdsmessig å håndtere, tolerere eller redusere eksterne eller interne krav og konflikter dem i mellom. En målorientert mestringsstrategi der en forsøker å endre på den stressende situasjonen, er assosiert med tilpasningsdyktig mestring, mens emosjons-orientert mestring der en endrer den stressende følelsesmessige tilstanden gjennom ønsketenkning og unngåelsesatferd, er assosiert med depresjon (3).

Å identifisere pasienter med risiko for å få et tilbakefall etter en depressiv episode, er et viktig fokus innen depresjonsbehandling hos eldre. Etter endt depresjonsbehandling og sikret oppfølging er prognosen i et korttidsperspektiv god. Langtidsprognosen er derimot vist å være dårlig for en tredjedel av de eldre pasientene. De har økt risiko for død eller tilbakevendende depresjon (4). Fra studier vet vi at faktorer som liten sosial støtte, fysisk lidelse, annen psykisk lidelse og vansker i relasjoner til andre mennesker, bidrar til en dårligere prognose (1).

Kontroll – en viktig faktor

Locus of control er et begrep med utgangspunkt i sosial læringsteori og utvikling av skalaen «Internal-External Locus of control scale» (5). Den måler generelle forventninger til om hendelser er eller ikke er konsekvenser av egen atferd, og derved potensielt under ens egen personlige kontroll. Om en tror at depresjonen ble vellykket behandlet fordi en hadde flaks, eller at det er

andres fortjeneste, så uttrykker det en ekstern kontrollorientering. Om en tror at depresjonsbehandlingen ble vellykket på grunn av egen innsats, uttrykker dette en intern kontrollorientering (6). Begrepet har blant annet vært brukt til å forutsi tilbakefall etter medisinsk behandling (7). Studier av personlig kontrollorientering i forhold til alder har vist forskjellige resultater. Harrow og Ferrante (9) viser for eksempel at eldre psykiatriske pasienter var mer interne i sin kontrollorientering enn yngre. Andre studier viser at når Eldres aktivitetsnivå ble redusert fikk de som var mindre aktive en mer ekstern kontrollorientering. Redusert aktivitet kunne være å flytte til institusjon, miste transport og tape kontakt med venner og familie (10). Det er videre funnet en sammenheng mellom intern kontroll og bruk av målorienterte mestringsstrategier (11). Om og på hvilke måter personlig kontrollorientering viser noen sammenhenger med type mestring, depresjon og depresjonsbehandling hos hospitaliserte eldre deprimerte, er likevel lite studert.

Metode

I denne studien er det valgt en kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder for datainnsamling og analyse.

Kvalitative data

Mellom 20 og 25 av pasientene inkludert i den kvantitative datainnsamlingen i studien PRODE vil bli spurt om å delta i semistrukturerte (dybde)intervjuer. I utvelgingsprosessen vil vi ta hensyn til alder, kjønn, utdanningsnivå, somatisk sykdom og alvorlighet av den depressive lidelsen for å sørge for at utvalget blir så bredt som mulig. Deltagerne må være i stand til å beskrive sin situasjon, sine tanker og erfaringer. De må være i stand til å forstå formålet og metoden for studiet når denne informasjonen gis, og de må være i stand til å kommunisere verbalt. Hver deltager vil bli intervjuet tre ganger, ved innleggelse, før utskrivelse og ett år etter utskrivelse. I løpet av samtalerne vil vi gå gjennom temaer nedskrevet i to ulike intervjuguider. Det andre intervjuet vil bygge på det første, og den andre intervjuguiden er noe forskjellig fra den første guiden ved at den fokuserer noe mer på erfaringer med behandling. Deltagerne blir spurt om sine erfaringer med å være deprimerte, hvordan de mestrer dette og erfaringer med å motta behandling. Relaterte temaer som spontant dukker opp fra deltagers eller intervjuers side vil følges opp (12). Intervjuene er forventet å vare mellom en halv og en hel time og de vil bli tatt opp, overført til papir ord for ord og deretter analysert i tråd med prinsippene for kvalitativ analyse beskrevet av Malterud (13), Strauss og Glaser (12), Kvale (14) og Patton (15).

Datainnsamling og analyse følger prinsippene fra grounded theory method, såkalt empiribasert teoriutvikling (12). Målet med grounded theory method er å utvikle kunnskap om nye begreper og sammenhenger på et høyere abstraksjonsnivå. Ved grounded theory foregår datainnsamling og analyse parallelt. En danner seg først en oppfatning om hva som er sentralt i dataene, og så

kan en fokusere undersøkelsen. Data samles inn ved å velge ut og forfølge temaer gjennom intervjuene som beskriver bredde og variasjon over utvalgte temaområder. Dette vil først starte åpent som spørsmål om eldre deprimertes opplevelse av seg og sin livssituasjon nå. Datainnsamlingen vil fortsette helt til det ikke fremkommer ny informasjon gjennom intervjuene (12). Ved bruk av denne forskningsprosessen ønsker en å kartlegge og utvikle en forståelse av hvordan eldre menn og kvinner mestrer å være deprimert, hva de er mest opptatt av og hvordan de har opplevd å være mottagere av behandling under innleggelsen.

Kvantitative data

Innsamling av kvantitative data vil skje ved bruk av de to spørreskjemaene *Revidert WoC questionnaire (Ways of coping questionnaire)* og *LOCUS: Mestring av problemer og vansker (Locus of Control)*.

Spørreskjemaet Locus: Mestring av problemer og vansker er oversatt til norsk (16) fra «Locus of control of behaviour» (17) der deltageren skal vurdere 17 utsagn om forskjellige emner som avspeiler deltagerens generelle innstilling til tilværelsen. De skal så velge et svaralternativ fra null til fem som ligger nærmest slik de oppfatter seg selv.

Data om mestring vil innhentes ved bruk av spørreskjemaet *Revidert WoC questionnaire* (18, 3). Skjemaet er designet til å identifisere fem mestringsstrategier: søke sosial støtte, kognitiv handling, passiv tenkning, ønsketenkning og unngåelsestenkning. De to første strategiene definerer en målorientert mestring og de tre siste strategiene en emosjonsbasert mestringsorientering. En forkortet versjon bestående av 26 spørsmål med svaralternativer fra null til fire vil bli brukt. En responsskår utregnes for hver mestringsstrategi. Deltagerene bes om å tenke på en stressende hendelse før de skal vurdere 26 utsagn og angi i hvilken grad utsagnene beskriver deres måte å reagere på.

Kvantitative data lagres og analyseres som øvrig data fra PRODE-studien og beskrives nærmere av Borza i artikkelen foran.

Metodetriangulering

På grunnlag av resultatene fra kvantitativt og kvalitativt materiale vil vi se de ulike dataene i forhold til hverandre ved en såkalt metodetriangulering. Resultater fra de to spørreskjemaene (WoC og LOCUS) og dybdeintervjuene, presenteres i en matrise (19) for hver deltager i utvalget. Analysen foretas ved å undersøke på hvilke måter de ulike dataene i matrisen korresponderer. Ved bruk av denne metoden vil det være mulig å evaluere om spørreskjemaene kunne legge til eller erstatte informasjon innhentet ved dybdeintervjuene. En vil også kunne undersøke om det eksisterer andre sammenhenger mellom kvantitative og kvalitative data som ytterligere kan belyse spørsmål reist i denne studien.

■ tilguro@hotmail.com

REFERANSER

1. Blazer DG (2003) Depression in late life: Review and Commentary. *Journal of Gerontology* (3): 249-265.
2. Desmond DM & MacLachlan M (2006) Coping strategies as predictors of psychosocial adaptation in a sample of elderly veterans with acquired lower limb amputations. *Social Science & Medicine* (1): 208-216.
3. Folkman S & Lazarus RS (1986) Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*; 95: 107-113.
4. Bergdahl E, Gustavsson JMC, Kallin K (2005) Depression among the oldest old: the Umeå 85+ study. *International Psychogeriatrics* (4): 557-22.
5. Rotter JB (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1), 609.
6. Lefcourt HM (1976) Locus of Control Current Trends: Theory and Research. New York: Wiley.
7. Sørli T, Sexton HC (2004) Predictors of change in health locus of control following surgical treatment. *Personality and Individual Differences*; 36: 991-1004.
8. Benassi VA, Sweeney PD, Dufour CL (1988) Is there a relationship between locus of control orientation and depression? *Journal of Abnormal Psychology*; 97: 357-67.
9. Harrow M & Ferrante A (1969) Locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (5): 582-589.
10. Lumpkin JR (1985) Health versus activity in elderly persons' locus of control. *Perceptual Motor Skills*; 60: 288.
11. Blanchard-Fields F & Irion J (1988) The relation between locus of control and coping in two contexts: age as a moderator variable. *Psychology and Aging*; 3: 197-203.
12. Strauss A, Corbin J (1990) Basics of qualitative research. Grounded Theory procedures and techniques. Newbury Park, CA: Sage Publications.
13. Malterud K (2003) Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring. Oslo: Universitetsforlaget.
14. Kvale S (2006) Interviews. An introduction to qualitative research interviewing. 2. Ed. London: Sage.
15. Patton MQ (2002) Qualitative research & evaluation methods. 3rd ed. Thousand Oaks, California: Sage.
16. Holen A (1987) Locus: Mestring av problemer og vansker. Upublisert materiale, Universitetet i Oslo.
17. Craig AR, Franklin JA & Andrews G (1984) A scale to measure locus of control of behavior. *British Journal of Medical Psychology*; 57: 173-180.
18. Sørli T, Sexton HC (2001) The Factor Structure of «The Ways of Coping Questionnaire» and the process of coping in surgical patients. *Personality and Individual Differences*; 30: 961-75.
19. Wendler MC (2001) Triangulation using a meta-matrix. *Journal of Advanced Nursing* (4): 521-525.

Nytt fra Alzheimer Europe:



To millioner euro til forskning

EU-kommisjonen bevilget i april over 16 millioner kroner til forskning på Alzheimers sykdom og nevrodegenerative sykdommer. Pengene går til et program der foreløpig 24 europeiske land har forpliktet seg til å forske på de nevnte sykdommene.

Lytt til personer med demens!

Alzheimer Society har publisert rapporten «Mitt navn er ikke demens». Her forteller personer med demens selv hva de oppfatter som viktigst for livskvaliteten. Blant de 10 viktigste punktene finner vi

- noen å snakke med
- fysisk helse
- humor
- uavhengighet
- følelse av personlig identitet
- mulighet og evne til å delta i aktiviteter.

Dette skulle kunne gå inn på huskelappen for både planleggere og omsorgspersoner, tenker D&A.

(Kilde: Alzheimer Europe Newsletter april 2010.)

Depresjon hos eldre innlagt på sykehus – blir den oppdaget?

Symptomer forenlig med depresjon hos medisinsk innlagte eldre fra et norsk landdistrikt ⁽¹⁾

Depresjon hos eldre mennesker kan føre til fysisk eller kognitiv svekkelse, senke livskvaliteten og øke risikoen for tidlig død (2-5).

I internasjonale studier blant eldre hjemmeboende er forekomsten av depresjon rapportert til å være mellom 8-15 prosent (6, 7). Blant eldre innlagt i somatiske sykehus har forekomsten vist seg høyere, mellom 6-73 prosent (1). Den store variasjonen i forekomstene kan skyldes at man har brukt forskjellig forskningsmetode, ulike undersøkelsesmetoder eller at de som innlegges og deltar er svært forskjellige (at kjønnsfordeling, alderssammensetning, sykелighet, type lidelse etc. er ulike).

Som kjent har vi i Norge store områder med spredt bebyggelse. I Skandinavia er det ikke gjort noen undersøkelse av forekomsten av depresjon blant somatisk syke eldre fra landdistriktene som innlegges i sykehus. Vi ville undersøke forekomsten av depresjon og hvilke faktorer som har sammenheng med depresjon hos eldre (e $\geq$ 65 år) innlagt i medisinsk avdeling på et sykehus i et landdistrikt.

Metode

Dette er en tverrsnittsstudie utført ved Sykehuset Innlandet, Divisjon Tynset. To sykepleiere (en geriatrisk og en høgskolelærer) fikk to dagers opplæring i forskningsmetode og bruk av spørreskjema før de samlet data.

Deltakere

Alle pasienter 65 år og eldre som ble lagt inn som øyeblikkelig hjelp på Medisinsk avdeling, Sykehuset Innlandet Divisjon Tynset, ble vurdert for inklusjon i en to års periode, dersom de hadde tilhørighet til regionen. Det var i alt 802 potensielle deltakere, men 318 (40 prosent) ble ekskludert på grunn av helsesituasjon og død før inklusjon og 24 forespurte deltakere ønsket ikke å delta. Vi sto igjen med 484 deltakere.

Måleinstrumenter

Depressive symptomer ble studert ved hjelp av skalaen Hospital Anxiety and Depression (HAD) (8). Skjemaet er spesielt beregnet på somatisk syke og hospitaliserte mennesker, og de besvarer spørsmålene ut fra hvordan de har hatt det den siste uken. Ingen somatiske spørsmål er inkludert. Spørsmålene skal kartlegge angstrelaterte og depressive symptomer (syv spørsmål på hvert område). Høyere skåre indikerer alvorligere symptomer. En skåre på 8 eller mer på hver av symptomskalaene er forenlig med lidelse (mild, moderat eller alvorlig lidelse), mens en symptomskåre på 11 eller mer indikerer at pasienten minst har en moderat til alvorlig angst- eller depresjonslidelse (9).

Somatisk sykелighet og funksjonsnivå: Informasjon om sykелighet ble hentet fra journalopplysninger. Dette inkluderte antall innleggelser de siste fem år, diagnoser ved tidligere og nåværende innleggelse, lengden på

hospitaliseringen, medikamenter, omsorgsnivå og hjelpetiltak i hjemmkommunen. Kognitiv fungering ble kartlagt med Mini Mental Status (MMSE) (10) og med Klinisk Demensvurdering (KDV) (11). Funksjonsnivå ble kartlagt med Lawton's skalaer for fungering i dagliglivet (P-ADL og I-ADL) (12). Vi registrerte fall siste året, og kartla nedsatt syn og hørsel med spørsmål fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) (13).

Prosedyre

Potensielle deltakere ble forespurt etter at de var medisinsk stabilisert. De mottok skriftlig og muntlig informasjon. Samtykkekompetente pasienter undertegnet informert samtykkeskjema ved inklusjon, mens vi hos pasienter med redusert samtykkekompetanse informerte pårørende som kunne reservere seg mot deltagelse på vegne av pasienten. Forskningsassistenten kartla først kognitiv funksjon. Ved alvorlig demens (KDV=3) ble pasienten ekskludert. Inkluderte pasienter ble deretter intervjuet. De som trengte det fikk hjelp til å lese eller krysse av svarene. Regional etisk komité og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste har godkjent studien.

Resultater

Av de 484 deltakerne var 243 (50.2 prosent) kvinner. Gjennomsnittsalderen i studien var 80.7 (SD= 7.4) år og den varierte fra 65-101 år. De ekskluderte pasientene hadde tilsvarende kjønnsfordeling, men var eldre (gjennomsnitt 82.8 år).

Kvinnene i studien tenderte til å være eldre enn mennene, levde oftere alene, hadde færre hospitaliseringer de siste fem årene, hadde lavere sykkelhetsskåre og rapporterte mindre hørselstap, men hadde oftere konsultert lege eller fått behandling for følelsesmessige vansker enn menn (tabell 1).

Av utvalget hadde 50 pasienter (10 prosent) depresjon. Av dem med depresjon var 39 pasienter (78 prosent) ikke tidligere diagnostisert som deprimerte. Bruken av antidepressiva var mer vanlig blant dem med depresjon (32 prosent) enn dem uten (12 prosent). Mer enn halvparten av dem med depresjon rapporterte at de tidligere hadde konsultert lege eller på annen blitt behandlet for følelsesmessige problemer.

Faktorer man fant hadde sammenheng med depresjon

Risikoen for depresjon økte hos menn på 80 år og mer, mens det i samme aldersgruppe hos kvinner var en redusert risiko for depresjon (tabell 2 og 3). I analyser der vi korrigerte for alderens betydning var risikoen for depresjon økt for dem som trengte sykepleieassistanse, hadde lav fysisk fungering (P-ADL), klinisk angstsymptomer eller brukte flere legemidler. Risikoen tenderte til å være økt for dem med lesevansker. Bruk av antidepressiva var relatert til depresjon hos kvinner, men ikke hos menn.

Diskusjon

Vi fant at en relativt lav andel av pasientene hadde depresjon. I en systematisk gjennomgang av studier om depresjon blant eldre viste metodisk gode studier en lavere forekomst av depresjon enn studier med dårligere kvalitet [7]. Studier blant eldre der en hadde brukt en kartleggingsprosedyre hadde ofte en høyere forekomst (fra 17-83 prosent) sammenlignet med der hvor man brukte et diagnoseverktøy for å fastslå forekomsten av depresjon (varierende fra 6 til 58 prosent) (1). I denne studien brukte vi et spørreskjema for å kartlegge depresjon. Det er anbefalt til bruk hos somatisk syke (14). Spørreskjemaet fokuserer spesielt på om deltakerne fortsatt kan nyte eller glede seg over hyggelige begivenheter (fem spørsmål) og inkluderer ikke somatiske symptomer. Eldre har ofte ikke klassiske depressive symptomer som tristhet, men mer somatiske plager (15). Samtidig har pasientene som er innlagt for medisinske lidelser ofte somatiske symptomer som også ofte forekommer ved depresjon hos eldre, som for eksempel svimmelhet, nedsatt appetitt og søvnvansker. Valg av skjema kan således påvirke resultatet. I denne studien brukte vi et annet kartleggingsverktøy for depresjon (Montgomery-Aasberg Depression Rating Scale MADRS) (16) i tillegg til hovedskjemaet. MADRS inkluderer somatiske symptomer, men resultatet ble ikke vesentlig endret av den grunn (1).

En annen studie har rapportert at forekomsten av depresjon varierte mellom sykehusene i samme by (17). Forfatterne av denne studien forklarte at dette delvis kom av kulturelle, sosiale, alders- og kjønnsforskjeller i utvalgene, noe som også kan ha spilt en rolle i vår studie. Kjønnsfordelingen i vår studie, som hos flere andre, var omtrent 50/50. I motsetning til andre studier fant vi at menn 80 år og eldre hadde større risiko for depresjon enn menn under 80 år, mens kvinner fra 80 år og oppover hadde lavere risiko for depresjon enn kvinner under 80 år. Vår studie baserte seg til forskjell fra andre studier på pasienter fra

landdistriktene. Studieresultatet vårt er støttet av en populasjonsbasert studie fra en annen del av Norge (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag HUNT) som inkluderte eldre både fra byen og landsbygda. I denne studien flatet risikoen for depresjon ut med økende alder hos de eldste kvinnene (80-89 år), mens risikoen fortsatte å øke for de eldste mennene (18). Dette kan ha kulturelle årsaker. Eldre kvinner fortsetter med sine tradisjonelle husholdningsaktiviteter selv om de har funksjonshemninger, mens menn på landsbygda kanskje har aktiviteter knyttet til sitt tidligere arbeid, for eksempel i primærnæringen. Menn kan ha færre muligheter til å gjøre disse aktivitetene når de blir eldre og funksjonshemmet.

Den kognitive funksjonen hos somatisk syke eldre kan være midlertidig redusert på grunn av depresjonen eller den akutte medisinske tilstanden. Bare eldre med alvorlig demens ble utelatt fra denne studien. Kvaliteten på studien kan reduseres dersom eldre med svært lav kognitiv fungering deltar. Vi hadde noen med lav kognitiv

«Eldre har ofte ikke klassiske depressive symptomer som tristhet, men mer somatiske plager.»

andre studier fant vi at menn 80 år og eldre hadde større risiko for depresjon enn menn under 80 år, mens kvinner fra 80 år og oppover hadde lavere risiko for depresjon enn kvinner under 80 år. Vår studie baserte seg til forskjell fra andre studier på pasienter fra

landdistriktene. Studieresultatet vårt er

støttet av en populasjonsbasert studie fra en annen del av Norge (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag HUNT) som inkluderte eldre både fra byen og landsbygda. I denne studien flatet risikoen for depresjon ut med økende alder hos de eldste kvinnene (80-89 år), mens risikoen fortsatte å øke for de eldste mennene (18). Dette kan ha kulturelle årsaker. Eldre kvinner fortsetter med sine tradisjonelle husholdningsaktiviteter selv om de har funksjonshemninger, mens menn på landsbygda kanskje har aktiviteter knyttet til sitt tidligere arbeid, for eksempel i primærnæringen. Menn kan ha færre muligheter til å gjøre disse aktivitetene når de blir eldre og funksjonshemmet.

Den kognitive funksjonen hos somatisk syke eldre kan være midlertidig redusert på grunn av depresjonen eller den akutte medisinske tilstanden. Bare eldre med alvorlig demens ble utelatt fra denne studien. Kvaliteten på studien kan reduseres dersom eldre med svært lav kognitiv fungering deltar. Vi hadde noen med lav kognitiv

fungering (MMSE på under 18), men de var få (24/484, se tabell 1) og resultatene ble ikke endret om vi tok dem ut av de statistiske beregningene. Disse deltakerne hadde heller ikke alvorlig demens (målt ved KDV). Å ekskludere pasientene med kognitiv reduksjon kunne vært en feilkilde da dette er et vanlig symptom hos eldre med depresjon.

Denne og andre studier viser at depresjon hos eldre pasienter innlagt på sykehus ikke blir oppdaget (19). I vår studie hadde bare 22 prosent av de eldre med depresjon opplysninger om tidligere depresjon i den medisinske journalen. Dersom depresjon eller andre psykiatriske lidelser hos eldre ikke oppdages mens de er innlagt på sykehuset, kan dette hindre dem i få bedret mental helse (20). Depresjon kan videre føre til redusert helsestatus (2, 3) og dårligere behandlingsresultat av deres somatiske lidelse (21). Det er ønskelig med et screeninginstrument og systematiske prosedyrer for å oppdage depresjon hos medisinsk innlagte eldre. Et screeninginstrument bør være kort, reliabelt og egnet for trenede sykepleiere. Vi har slike skjemaer tilgjengelig på norsk i dag, men de blir sjelden brukt på somatiske sykehus. Slike instrumenter bør tas i bruk. Våre og andres funn indikerer at vi trenger sterkere fokus på forekomsten av depresjon hos eldre som mottar medisinsk behandling.

Konklusjon

Den første skandinaviske studien som ser på depresjon hos eldre innlagt ved medisinsk avdeling i et landdistrikt, fant at depresjon hos eldre hadde sammenheng med kjente risikofaktorer for depresjon som kjønn, alder og fysisk og psykisk fungering. Forekomsten av depresjon i denne studien var lavere enn i de fleste studiene som har brukt kartleggingsmetode. Kvinner på 80 år og mer hadde en redusert risiko for depresjon, mens menn i samme aldersgruppen hadde tredobbelte risiko for depresjon. Bare en liten andel av de som var deprimerte i studien var tidligere registrert som deprimerte. Selv om kartlegging av depresjon hos eldre innlagte kan være ressurskrevende, bør det gjennomføres for å sikre et best mulig behandlingsresultat av den medisinske lidelsen.

Takk

Studien var finansiert ved hjelp av penger fra Helse- og Omsorgsdepartementet, Sykehuset Innlandet og Josef og Haldis Andresens legat. Forfatterne vil takke MC Janne Kutschera Sund for assistanse med de farmakologiske dataene, ph.d. Hans Cato Guldborg for verdifull støtte, og den medisinske avdelingen ved sykehuset som muliggjorde studien gjennom sitt samarbeid. Det er ingen interessekonflikter i denne studien.

Hele artikkelen med tabeller
og referanser ligger på
www.demensogalderspsykiatri.no



Aldring og helse
Forlaget

Lomme parløren



ISBN: 978-82-8061-116-1
Hendig A6 format, ca 60 sider

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

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

For bestilling og mer informasjon:

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

REFERANSER fra side 33

14. Bermejo P, Martin-Arragon S, Benedi J, et al (2008) Differences of peripheral inflammatory markers between mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Immunology Letters* 117: 198-202.
15. Rapp MA, Schnaider-Beeri M, Grossman HT, et al (2008) Increased hippocampal plaques and tangles in patients with Alzheimer's disease with lifetime history of major depression. *Arch Gen Psychiatry* 63:161-167.
16. Almeida OP, Flicker L, Norman P, et al (2007). Association of cardiovascular risk factors and disease with depression in later life. *Am J Geriatr Psychiatry* 15(6): 506-513.
17. Teper E, O'Brien J (2008) Vascular factors and depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 23: 993-1000
18. Sheline Y, Wang PW, Gado MH, et al (1996) Hippocampal atrophy in recurrent major depression. *Proc Natl Acad Sci* 93: 3908-3911.
19. Hickie J, Naismith S, Ward PB (2005) Reduced hippocampal volume and memory loss in patients with early- and late onset depression. *Br J Psychiatry* 186:197-202.
20. O'Brien J, Lloyd A., McKeith I, et al (2004) A longitudinal study of hippocampal volume, cortisol levels, and cognition in older depressed subjects. *Am J Geriatr Psychiatry* 161(11): 2081-2090.



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Landsdekkende kurs og konferanser 2010

www.aldringoghelse.no

- Demens
- Alderspsykiatri
- Geriatri
- Utviklingshemning og aldring
- Funksjonshemning og aldring

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
Postboks 2136, 3103 Tønsberg
Tlf: 33 34 19 50, faks 33 33 21 53
post@aldringoghelse.no

www.aldringoghelse.no

Retningslinjer for publisering i Demens&Alderspsykiatri

Demens&Alderspsykiatri henvender seg til en tverrfaglig leserguppe med tilknytning til helse-sektoren, spesielt innenfor behandling og omsorg for personer med demens og pasienter innenfor alderspsykiatrien. Fagartikler i Demens&Alders-psykiatri 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 leser-innlegg og meningsyttringer. De kan sendes til nevnte mailadresse eller til: Ragnhild M. Eidem Krüger, Hop terrasse 12, 5232 Paradis.

D&A går i dybden – og i bredden



Demens&Alderspsykiatri

Kommer:

- Rusproblematikk hos eldre
- Alderspsykiatrisk verksted
– hva snekrer man der?
- Lyd. Og ulyd
- Smarthus – skummelt eller
bare smart?

www.demensogalderspsykiatri.no
tidsskriftet@aldringoghelse.no

ISSN: 0809-3520

Medlem av



Demens&Alderspsykiatri utgis av



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

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

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

post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no