



vol. 11 – nr. 3 – 2007

Demens&Alderspsykiatri

◆ Møteplass for mestring
– et pionertiltak

◆ Psykoser hos eldre

◆ Sykehjem og omsorgsboliger
– ikke samme tilbud

◆ Øyer av lykke



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter



Demens & Alderspsykiatri

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

Utgiver

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

Layout/trykk

BK Gruppen, Tove Aasrum, Sandefjord

Det redaksjonelle arbeidet er avsluttet 6. september 2007.

Retningslinjer for publisering i fagtidsskriftet Demens & Alderspsykiatri

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

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

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

Redaktør:

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

Redaksjonssekretær:

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

Ansvarlig redaksjonskomité:

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

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

Geir Selbæk, Psykiater/stipendiat,
Sykehuset Innlandet HF, Tlf. 96 88 35 35

Anne Marie Mork Rokstad, enhetsleder
Sykehuset i Molde,
Nordmøre og Romsdal HF
Tlf. 71 12 30 08

Faglige medarbeidere:

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

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

Abonnement:

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
Medisinsk divisjon, Geriatrisk avdeling
Ullevål sykehus, N-0407 OSLO
Tlf: 22 11 77 28 / 33 34 19 50
e-mail: post@aldringoghelse.no

www.aldringoghelse.no

Fagpressen



- 4 Møteplass for mestring
– et pionertiltak
- 9 Hva sier Helse- og
omsorgsdepartementet?
- 10 Pårørende til yngre personer med
demens
Aud Johannessen
- 12 Funksjonelle psykotiske lidelser
hos eldre
Bernhard Lorentzen
- 16 Tidkrevende hodebry eller lærerik
kommunikasjon? NPI på sykehjem
Geir Selbæk
- 18 Forekomst av depressive symptomer
hos somatisk syke eldre – under
og etter innleggelse i sykehus
Anne-Sofie Helvik
- 22 Prosjekt *Epikrise til pasient* – gode
erfaringer fra en alderspsykiatrisk
avdeling
Karin Galgerud
- 25 Konferanseglimt
- 28 Besvarelser på oppgave 19 i Mini
Mental Status (MMS) gjennom fem
års demensforløp
Kjersti Wogn-Henriksen
- 31 Erindringsarbeid i en travel
hjemmetjeneste – er det mulig?
Aud Elisabeth Witso
- 35 Sykehjem og omsorgsboliger
– ikke samme tilbud
Øyvind Kirkevold
- 38 For få sykehjems plasser.
Lyder det kjent?
- 39 Øyer av lykke – et prosjekt for
sansestimulering og velvære for
personer med kognitiv svikt
Wenche Giæver
- 39 Demensdagene 2007

Gjengangere

Når dette skrives er stemmesedlene enda ikke lagt i urnene. I valgkampen har vi sett mange varianter av temaet eldre-omsorg, og vi håper (enda en gang) at interessen er like stor etter valget.

Valgfrihet har vært en gjenganger, og lyder unektelig som en klar rettighet. At omkring 66 000 eldre mennesker har en demenssykdom som fratar dem muligheten til å velge, er imidlertid ikke tatt med i festtalene. Heller ikke at valgfrihet krever en overkapasitet i tjenestene som kanskje ikke alle vil være med å betale for? Sykehjem er en annen gjenganger – alt fra mangel på plasser til sykehjemsleger i tidsklemme og mangel på faglærte medarbeidere. Alt har vi hørt før. Og alt stemmer fremdeles i for mange tilfeller, selv om det gjøres mye godt arbeid på sykehjem. Noen tenker at økt satsning på omsorgsboliger er en løsning. Da er det viktig å vite hva som skiller disse to omsorgstilbudene. I dette nummeret av Demens& Alderspsykiatri ser vi nærmere på Helse- og omsorgsdepartementets synspunkter på saken.

Unge personer med demens og deres pårørende faller mellom de fleste stoler i omsorgs-Norge. Vi traff noen av dem i sommer – personer midt i livet som har måttet forlate arbeidslivet lenge før normal pensjonsalder. Ikke bare de som er syke, men også de friske ektefellene. Når omsorgsoppgavene hjemme blir så store at de blir uforenlige med deltakelse i arbeidslivet – hva skal de leve av da? Vi har utfordret Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Ellers venter vi på at *Helhetlig plan for demensomsorgen* skal se offentlighetens lys. Måtte den bli både helhetlig og gjennomførbart.

Og til politikerne: Gjengangere gjør seg bedre på scenen enn i det virkelige liv. Det forsto Ibsen.

Ragnhild M. Eidem Krüger

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



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

For første gang i Norge ble det i juni arrangert en samling for yngre personer med demens og deres partnere, der de fikk faglig påfyll og sosialt samvær. Fjorten par fra Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Sogn og Fjordane deltok på *Møteplass for mestring* på Savalen ved Tynset.

Møteplass for mestring – et pionertiltak

Målet med den fem døgns lange samlingen var å bidra til å gjøre deltakerne bedre i stand til å takle hverdagen i en ny livssituasjon og gi et fundament å bygge den videre tilværelsen på. De fleste yngre personer med demens og deres pårørende mangler tilrettelagte tilbud, og svært mange går alene med sine mange spørsmål, sin bekymring og sin sorg.

Demens&Alderspsykiatri besøkte gruppen den tredje dagen av samlingen. Det ble sterke inntrykk og møter med mennesker som har fått livet snudd opp ned. Det står mange ildsjeler bak tiltaket, og blant dem som har engasjert seg sterkt er Sigrunn Helseth og Jan Sørvik fra Averøy. De strålte om kapp på Savalen, og var overveldet av responsen fra de andre deltakerne.

– Det har nesten vært for stort. Folk takker oss for dette, men her har mange gode krefter jobbet sammen.

Sigrunn fikk diagnosen Alzheimers sykdom for syv år siden, 50 år gammel. Jan ble uføretrygdet i 2005, 56 år gammel. Da var den totale livssituasjonen blitt så krevende at helsen ikke holdt til jobb lenger. Gjennom de siste årene har de deltatt i samtalegruppe på Alderspsykiatrisk avdeling på Hjelset i Molde, et tilbud de ikke kan få fullrost. Der har de fått støtte og kunnskap og er etter hvert blitt rene demensaktivistene.

For fire år siden fikk de idéen til et kombinert rekreasjons- og informasjonsopphold, og fikk gehør på Hjelset. Sammen med fagfolk der har de vært med i planleggingsgruppen, hvor også Jorunn Ellingsgård fra Nasjonalforeningens Demensforening i Molde har deltatt. En søknad til Stiftelsen Helse og Rehabilitering resulterte i 200 000 kroner som skulle dekke tiltaket i år. Nå er de i mål.

– Det er nesten ikke til å tro, smiler de.

I tre dager har ekteparet høstet inntrykk og erfaringer og gjort seg mange tanker.

– Vi i gruppen på Hjelset er privilegerte. Her på Savalen møter vi mange som ikke har andre enn fastlegen, og vi vet jo at langt fra alle leger har tid til eller interesse for å følge opp pasienter med denne type sykdommer. Det er urettferdig at hjelp og støtte er så tilfeldig fordelt, og vi har observert at det har vært en sterk opplevelse for mange å få være med på dette. En som nesten ikke har snakket på lenge, har begynt å snakke. Folk har grått, ledd og snakket og snakket. Det har vært mye frustrasjon og fortvilelse å lufte ut, men også mye latter. Vi er blitt en sammensveiset gjeng på disse få dagene.

Begge har bidradd med personlige erfaringer under plenumssamlingene. Sigrunn medgir at tre tette dager med gruppedeltakelse, plenumssamlinger fulle av nyttig informasjon pluss sosialt samvær resten av dagen, har vært krevende. Kanskje oppholdet er i lengste laget? Kanskje er programmet litt for innholdsrikt? Nå samler hun og Jan erfaringer til neste gang. For de tenker ikke å gi seg med dette.

– Dette må vi få til som en fast ordning, og politikerne må inn i bildet.

Inntil dette er løst av politikerne, har Sigrunn og Jan planene klare:

– Norge går så det suser. Det må finnes mange som kan sponse oss!

Dette har virket!

Jorunn Ellingsgård fra Nasjonalforeningen ser også stor forskjell på mange av deltakerne etter de tre første dagene.

– De som var tause i starten, har åpnet seg. Det er skremmende at så mange sier at de ikke vet noe om



Sigrunn Helseth og
Jan Sørvik fra Averøy



Anne-Grethe og
Owe Johan Eriksen fra Bergen

demens. De har ikke fått informasjon fra fastlegen eller annet helsepersonell, og flere har måttet kjempe med legen for å bli trodd når de har fortalt om sine symptomer.

Derfor var et faglig program en vesentlig del av oppholdet de tre første dagene. Det besto av morgensamling, felles forelesninger av fagfolk fra Alderspsykiatrisk avdeling på Hjelset og separate samtalegrupper for deltakerne med demens og ektefellene. Det var hele tiden mulig å stille spørsmål til fagfolkene. Morgentrim og sosialt samvær hørte med alle dagene, og det ble tid til dans, kulturinnslag, sang, turer i området og besøk i hotellets basseng og SPA-avdeling. De to siste dagene var satt av til rekreasjon.

Blant de faglige temaene var *Hva er demens? Årsaker, typer og kjennetegn, Å leve med forandring og trussel om forandring* vinklet både fra den demensrammedes og den pårørendes ståsted. Fra Hjelset deltok geriater Birgit Gjerstad Riise, spesialsykepleier Anne Marie Mork Rokstad, psykologspesialist Torhild Hanem og spesialsykepleier Kari Rødseth. Dessuten deltok ergoterapeut Grethe Berg fra Alderspsykiatrisk poliklinikk, Sykehuset Innlandet HF. Jorunn Ellingsgård orienterte om økonomi, pasientrettigheter, omsorgslønn, individuell plan og avlastning.

Ventilering er nødvendig

I samtalegruppene ble temaene som ble presentert i plenum om formiddagen, fulgt opp. Det var stort behov for å bearbeide følelsemessige belastninger, og deltakende som har gått i regelmessig samtalegruppe på Hjelset, var til stor hjelp. Mangelen på tilbud på hjemstedet ble påpekt av flere deltakere. En pårørende sa det ganske direkte: «For meg var denne samlingen et være eller ikke være. Det måtte hende noe positivt

nå, ellers hadde det gått helt galt.» Ektefellen har Alzheimers sykdom, men fornektet sykdommen og vil ikke delta i noen sosial sammenheng. Etter mye lirking kom de seg til Savalen, noe som har gitt helt nødvendig påfyll og mulighet til å ventilere sterke følelser. Øystein Ørjasæter fra Stryn er ikke i tvil om hva han synes om oppholdet:

– *Kjempebra! Vi er med i gruppen på Hjelset og får slippe ut damp en gang i måneden. Vi må være de heldigste i landet. Her deltar mennesker som ikke har et slikt tilbud. Mange kokte simpelthen over av frustrasjon, sorg og fortvilelse.*

Ingen hjelp til pårørende

Anne-Grethe og Owe Johan Eriksen fra Bergen har opplevd mye av det samme som de andre vi treffer på Savalen: Et jordskjelv i livet. Anne-Grethe ble tiltagende deprimeret for seks-syv år siden, da hun var i 52-års alderen. Legen ga henne antidepressiva. Det gjorde at hun endret seg og ble mistenksom og irritable i forhold til Owe Johan.

– *For meg kom det på toppen av økende stress på jobben, forteller han.*

Sammen drev de et firma innenfor oljerelatert virksomhet, og i tyve år hadde alt bare gått til himmels.

– *Da den digitale utviklingen for alvor skjøt fart, ble det et rotterace innenfor bransjen. Jeg utviklet høyt blodtrykk og fikk hjerteproblemer. Omtrent samtidig som Anne-Grethe fikk sine problemer, opplevde vi sykdom og dødsfall i nær familie. Etter å ha drevet firmaet i tyve år, solgte vi, forteller Owe Johan.*

Anne-Grethe gikk til lege igjen og fikk sterkere antidepressiva. Det gjorde henne ikke bedre. En MR-undersøkelse av hodet ga ingen svar. En homøopat



Unni og Kjell Løbersli fra Kristiansund



Ove og Kristin Snekkermo fra Vuku

slo til slutt fast at noe alvorlig var fatt, og ny MR og ny utredning ga omsider resultat: Anne-Grethe hadde Alzheimers sykdom.

Positivt i bydelen, men Bergen mangler gruppe!

Anne-Grethe har fått taleproblemer som et resultat av sykdommen, og Owe Johan fører ordet. Etter at diagnosen var stilt, tok han raskt kontakt med Fana bydel i Bergen, der de bor. Sammen med tre andre unge med demens får Anne-Grethe nå et dagtilbud tre dager i uken. Selv har Owe forsøkt i seks år å få et tilbud om oppfølging, men sovemedisin er det eneste han har fått. Ikke store hjelpen for en mann rundt 60 år som har opplevd å måtte gå fra jobben og som har fått helt nye omsorgsoppgaver. Han tar oppgavene på strak arm og med en positiv innstilling, men etterlyser et tilbud for ektefellene til yngre som får en så alvorlig diagnose.

– En så stor by som Bergen burde hatt en gruppe lignende den de har på Hjelset. Det må jo sitte flere som oss omkring i de andre bydelene!

Hvordan har det vært å delta her på Savalen? Ekteparet er samstemte:

– Vi har et tett program og får mye god informasjon, men det aller beste for oss har vært å knytte kontakt med andre i samme situasjon. Det burde alle med en slik sykdom og deres pårørende få oppleve.

Jeg skammer meg ikke lenger!

For seks år siden, da Unni Løbersli var 60, forandret hun seg. Hun ble deprimeret, gråt mye og ble ofte sint på ektemannen Kjell.

– Jeg ble lat også, gadd ingenting, sier hun nå. Hun som hadde vært et arbeidsjern som altnuligkvinne i bilfirmaet hun og Kjell drev sammen i 20 år.

Unni gikk til fastlegen som sendte henne til psykolog. Der fikk hun antidepressiva.

– De gjorde meg enda dårligere. Jeg ble mistenksom og hissig, og dessverre var det ofte Kjell som fikk gjennomgå.

Etter nye runder i helsevesenet endte hun for tre år siden hos sjefpsykolog Kjersti Wogn-Henriksen på Alderspsykiatrisk avdeling, Hjelset. Utredningen viste frontotemporallapspdemens.

– Jeg har slitt med å akseptere diagnosen i disse tre årene og har skammet meg mye. Selvbildet er blitt dårlig, og jeg er veldig sårbar.

Medisinen hun først fikk, virket dårlig. Nå opplever hun god effekt av en annen type demensmedisin. Men selv om hun er i godt humør om dagen, sliter hun stadig med vonde netter med selvgransking. Kan hun ha sagt noe feil eller noe som er blitt misforstått? Kan hun ha såret noen eller tatt for mye oppmerksomhet? Hun har stor omsorg for andre og er redd for å virke brysom fordi hun ikke er frisk. Et utslag av sykdommen, har hun fått vite. Og Unni er opptatt av å få frem at hun har det bra, tross alt:

– Jeg gjør hyggelige ting med barn og barnebarn, jeg er med i losjen – jeg har ingen grunn til å klage!

Fellesskap hjelper

En stund etter at Unni ble syk, solgte de bilfirmaet slik at Kjell kunne ta seg mer av henne.

– Da maste jeg hver dag for å få vite om han angret. Jeg tok omtrent knekken på ham.

Kjell bekrefter at han sturte lenge over tapt jobb, men at han oppriktig ønsker å hjelpe Unni. Nå er de med i gruppen for yngre med demens og deres pårørende på Hjelset. Det er de takknemlige for.

– *Alle burde få tilbud om å delta i en slik gruppe. Egentlig burde noen fra Helse- og omsorgsdepartementet vært her og møtt folk i vår situasjon, for de vet ikke nok om hvordan det er å ha en demenssykdom i vår alder.*

Oppholdet på Savalen roser de opp i skyene. Både det faglige innholdet og det sosiale fellesskapet får toppkarakter. De har fått gode venner gjennom disse dagene, men samtidig er det vondt å se dem som er sykere enn Unni.

– *Vi er særdeles opptatte om å se på at vi må leve i nuet og være positive, sier begge, og Unni legger til:*

– *Jeg er ikke skamfull lenger. På Hjelset har jeg fått kunnskap og forstått at sykdommen jeg har er noe som kan ramme hvem som helst. Når jeg først skal være syk, har jeg et flott liv!*

Tid for ettertanke

Ove Snekkermo fra Vuku er 54 år og en allsidig herre. Av yrke er han elektriker, som hobby har han skrevet visetekster og -melodier og sunget og spilt gitar i danseband. Sammen med konen Kristin har han optrådt på dansetilstelninger omkring i distriktet, og han har spilt inn en CD med egne tekster og melodier.

Som ansatt på Fosen Mekaniske Verksted var han bas da leilighetsskipet The World ble ferdigstillet. En enorm båt og en svær jobb. Da neste båt skulle gjøres ferdig, merket han at han ble svimmel. Var det stress? Han gikk seg vill i båten og fant ikke brakken på land. Som bas hadde han undervisning for elektrikerlærlinger og skulle en dag demonstrere kobling i el-skap. Plutselig visste han ikke hvordan det skulle gjøres. Kollegene forsto ingenting, og sjefen mente det ville gå over. Det ble heller verre, og julen 2001 ble han syk-meldt, 48 år gammel. Legen trodde det var depresjon og satte ham på antidepressiva. Ove ble fullstendig utslått.

– *Jeg har aldri vært deprimert. Heldigvis ble jeg henvist til nevropsykolog som sendte meg til MR-undersøkelse. Jeg trodde nesten ikke det legen viste meg på bildene. De avslørte solide doser Alzheimers sykdom. Likevel var det en lettelse å få en knagg å henge problemene på.*



Ikke bare fotografens øyne ble blanke da Ove og Kristin danset til Oves CD med egen tekst og melodi fremført av ham selv til eget akkompagnement.

Ove har fått alzheimermedisin og merker bedring. Likevel er det mye frustrasjon i hverdagen. Tross problemene har han klart å få utgitt en familieroman og er nå i ferd med å skrive om bygdeoriginaler. Han spiller fremdeles litt på gitaren og prøver å lage nye låter.

– *Periodevis er livet bra, men det har vært mye sorg for oss begge, forteller Ove og Kristin (56).*

– *Vi er inne i en stille periode i livet – det er tid for ettertanke. Vi nyter naturen og er mye sammen. Men fremtiden er skremmende, sier Kristin.*

Mangler nettverk

Kristin og Ove savner et nettverk der de bor.

– *Folk i vår situasjon trenger en livline! Vi ser det i samlingen her på Savalen. Folk senker skuldrene når de opplever fellesskapet og kan utveksle erfaringer.*

Kristin har tidligere jobbet i helsevesenet, men dette gir henne nye erfaringer.

– *Det er noe helt annet å oppleve sykdom helt innpå livet. Teorien stemmer ikke alltid når man står oppe i situasjonen. På Savalen møter vi folk som forstår, og det er flere vi kommer til å ha fortsatt kontakt med. Vi håper dette blir arrangert flere ganger.*

Dette må gjentas!

Samtlige deltakere vi snakker med, ønsker at det må bli flere slike samlinger, også for folk i resten av Norge. Sigrunn Helseth og Jan Sørvik er tindrende klare:

– *Det finnes pasientgrupper som får slike opphold dekket av det offentlige, og vi vil jobbe for å få til det samme for yngre med demens og deres pårørende. Påkjennningene i hverdagen er store, og i betraktning av at mange pårørende tar seg av omsorgen for den syke i flere år, sparer vi samfunnet for mange penger. Det er behov for et par tilrettelagte steder i landet der yngre personer med demens og deres nærmeste pårørende kan reise på rekreasjon når de trenger det, og der det er ansatte som har kunnskap om demens hos unge personer.*

– *Staten skulle betalt for dette, samtykker Kristin og Ove Snekkermo.*

– *Vi håper dette bare er en begynnelse. Slik det er nå, må vi finne ut av alt sammen selv, og det sliter oss ut.*

Også Nasjonalforeningens Jorunn Ellingsgård er enig.

– Dette må opp på sentralt politisk plan. Dessuten må vi få til samtalegrupper rundt om i landet. Det må bli et offentlig ansvar.

Økonomien – et hull i velferdssystemet

Flere av deltakerne peker på økonomiske problemstillinger. Lenge før vanlig pensjonsalder blir den som er syk, uføretrygdet. Men det er bare en del av bildet.

Da Liv Karin Ørjasæter i Stryn var omkring 53 år, begynte hun å føle at konsentrasjonen og hukommelsen ble dårlig. Ingen god opplevelse i en jobb som lærer. I september 2005 fikk hun diagnosen Alzheimers sykdom. Nå er hun sammen med mannen Øystein på Savalen. Han påpeker et alvorlig hull i trygdesystemet:

– Når folk under vanlig pensjonsalder får en slik diagnose, må som regel ektefellen også ut av jobb for at situasjonen hjemme ikke skal bli fullstendig kaotisk. Det er ingen regler i trygdesystemet som tar høyde for dette, og det kan bety økonomisk katastrofe.

Selv vil Øystein ikke klage for egen del. Han har vært lærer og inseminør, men i desember 2006 kunne han ikke fortsette på grunn av omsorgsbehovet hjemme. Han søkte tre måneders permisjon, men kunne ikke gå tilbake i jobb dersom livskvaliteten hjemme ikke skulle bli alvorlig forringet. Nå er han innvilget ulønnet permisjon til desember i år. De to lever på Liv Karins uføretrygd pluss tusen kroner måneden i hjelpestønad. Dessuten har han fått innvilget omsorgslønn for ti timer i uken – to timer mer enn gjennomsnittet i Stryn



Øystein Ørjasæter fra Stryn. Hans kone Liv Karin fikk i september 2005 diagnosen Alzheimers sykdom.

kommune. Timelønnen er 95 kroner – minus 18 prosent skatt.

– Vi holder oss gående sånn noenlunde. Vi har ingen gjeld, og vi har litt sparepenger som må brukes når det kommer ekstrapgifter. Vi har kuttet ned på alt som ikke er helt nødvendig.

Øystein kunne ha benyttet sykmelding og mottatt sin vanlige lønn i et år. Det ønsker han ikke. Det er ikke han som er syk.

– Det har med selvspekt å gjøre. Jeg vil være den jeg er og få betalt for det jeg gjør. Jeg forstår godt dem som

må sykmeldes, men er glad for at jeg søkte permisjon før jeg var helt utslitt. Hvis den økonomiske situasjonen hadde vært slik at jeg måtte jobbe, ville jeg hatt en fryktelig arbeidsdag. Jeg ville hele tiden gått og vært urolig fordi Liv Karin var alene hjemme.

Fremtiden

Nå øker oppgavene hjemme og muligheten til å gå tilbake i jobb blir mindre og mindre.

– Hva med pensjonspoengene mine som jeg skulle ha opparbeidet disse siste årene i jobb? Og hva skjer med min økonomi hvis Liv Karin må flytte til sykehjem eller omsorgsbolig?

Øystein ønsker oppriktig å være Liv Karins nærmeste støtte. Den økonomiske siden mener han uansett det må gjøres noe med, for dette gjelder mange pårørende til personer med langvarig pleiebehov.

– Dette er en oppgave for rikspolitikere.



Elin H. Aarø Strandli

Den beste dagen på mange år...

Dagtilbud for personer med demens i Grønn omsorg

Behovet for tilrettelagte dagtilbud for personer med demens er stort. Personer med demens som er tidlig i sykdomsutviklingen, opplever ofte tradisjonelle dagtilbud i sykehjem som lite egnet. Man opplever seg selv som for frisk og velfungerende sammenlignet med de øvrige brukerne man treffer i miljøet.

Det samme gjelder yngre personer med demens som ofte kan være 15-20 år yngre enn andre brukere. For disse gruppene blir det viktig å prøve ut alternative tilbud der det legges vekt på dagligdagse og tilpassede aktiviteter utenfor et institusjonsmiljø.

Boken kan bestilles fra:

Aldring og helse

Forlaget

Forlaget Aldring og helse. Tlf.: 33 34 19 50. E-post: post@aldringoghelse.no www.aldringoghelse.no

ISBN 978-82-8061-069-0

kr. **180,-**

120 sider



Intervjuer: Ragnhild M. Eidem Krüger

Hva sier Helse- og omsorgsdepartementet?

På bakgrunn av reportasjen *Møteplass for mestring – et pionertiltak* har vi kontaktet helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad for å få svar på spørsmål som vedrører gruppen yngre personer med demens og deres pårørende. Intervjuet måtte foregå via e-post.

Vil departementet ta initiativ til at slike faglige treff, og lokale samtalegrupper, kan bli et fast tilbud til yngre personer med demens og deres pårørende – helt eller delvis betalt av det offentlige?

– *Jeg kjent med at behovet for informasjon og kunnskap om demens og demenssykdommer er stort, særlig blant pårørende. Vi vet at god tilgang på råd og veiledning kan virke forebyggende og angstdempende både i forhold til sykdomsutvikling og livssituasjon. Derfor har regjeringen i oppfølging av omsorgsmeldingen iverksatt en rekke tiltak for å sikre informasjon og faglig kunnskap til både pårørende og ansatte.*

Nære pårørende til mennesker med demens står ofte i mangeårige og svært krevende omsorgssituasjoner som kan gå på helsa løs. En av hovedoppgavene i demensomsorgen er å forebygge belastninger og lette byrden for alle som påtar seg tyngende omsorgsoppgaver, både ved å gi omfattende avlastning og faglig støtte. Regjeringen har iverksatt et treårig utviklingsprogram som skal sikre spredning av pårørendeskoler og samtalegrupper til landets kommuner. Programmet består i å utarbeide opplæringsmateriell, drive opplæring av kursledere og etablere lokale samtalegrupper og pårørendeskoler. Vi forbereder dessuten en informasjons- og opplysningskampanje og arbeider for en samordning av den frivillige innsatsen på området. Videre har vi i 2007 igangsatt et arbeid med å finne fram til gode løsninger for dagaktivitetstilbud. Vi vet at dagtilbud er svært viktige for at personer med demens fortsatt skal kunne bo hjemme, og for å gi pårørende avlastning.

Ikke bare den syke, men også ektefeller i 50-årene må i de fleste slike tilfeller slutte i jobb fordi hjemmesituasjonen blir tiltagende kaotisk. Demens utvikler seg over flere år, og det er lite realistisk for ektefellene å kunne

gå tilbake i jobb etter at omsorgsoppgavene hjemme er opphørt. Dette fanges ikke opp av trygdereglene. Hva vil departementet gjøre for å forhindre at denne gruppen (i likhet med andre som har langvarige omsorgsoppgaver) kommer i et økonomisk utføre?

– *Arbeids- og inkluderingsdepartementet har satt i gang et arbeid for å se nærmere på dagens helse- og sosiallovgivning og permisjonsreglene i arbeidslivet for å legge forholdene bedre til rette og sikre rettighetene til familie, pårørende og frivillige som påtar seg omfattende omsorgsansvar. Arbeidsgruppen ser nærmere på permisjonsbestemmelsene med sikte på å gjøre det lettere for pårørende med omfattende omsorgsoppgaver å fortsette å stå i arbeid. For både å opprettholde høy yrkesaktivitet og god omsorgsevne i familien kreves det i framtiden større fleksibilitet med bedre muligheter til å kombinere arbeid og omsorg både for barn og voksne familiemedlemmer.*

Hvordan vil yngre med demens og deres pårørende bli ivaretatt gjennom Helhetlig plan for demensomsorgen?

– *Personer med demens kan ha særskilte utfordringer og behov blant annet knyttet til alder, minoritetsspråklig bakgrunn og flerdiagnostikk. Vi har i dag for liten kunnskap om yngre personer, pårørende og særlig barn som har foreldre som utvikler demens, og vi vil gjennom demensarbeidet sikre at kunnskapsgrunnlaget om denne og andre brukergrupper blir styrket. I demensplanen vil vi også vektlegge tiltak som skal sette fokus på å lette pårørendes omsorgsbyrde og som kan iverksettes før det er behov for heldøgnsomsorg.*

Svaret fra statsråd Sylvia Brustad inneholder ingenting om offentlig støtte til samtalegrupper og faglige samlinger. Det skal vi lete etter i statsbudsjettet som kommer i oktober. I Arbeids- og inkluderingsdepartementet får Demens&Alderspsykiatri vite at det er en interdepartemental arbeidsgruppe som har hatt som mandat «å se på permisjon og omsorg for nære pårørende.» Departementet skal vurdere en oppfølging av dette arbeidet utover høsten.



Aud Johannessen, prosjektleder, stipendiat MPH, psykiatrisk sykepleier, Nasjonalt kompetansesenter for demens

Pårørende til yngre personer med demens

Samarbeid om tjenestetilbud på kryss og tvers i tidligere Helse Sør

Årsakene til demenssykdom er de samme hos yngre som hos eldre, og belastningen på personene selv og deres pårørende er stor, uavhengig av om de er over eller under 65 år. Likevel er det noen viktige forskjeller mellom yngre og eldre. I familier hvor det forekommer demens hos personer under 65 år, befinner disse seg midt i livet, og som oftest innebærer det at pårørende er yrkesaktive. Yngre pårørende kan oppleve at det blir vanskelig å fortsette i arbeidslivet når omsorgsoppgavene i hjemmet øker. Demens fører til uføretrygd, og for de aller fleste familier vil dette innvirke på familieøkonomien (1).

Forskningen har vært opptatt av belastning, byrde og stress i forbindelse med omsorgsoppgaver knyttet til demens, men omsorgen kan også oppleves meningsfylt og positiv for noen. Angst, depresjon og utagering forekommer imidlertid oftere hos yngre personer med demens enn hos eldre, noe som innvirker på familien (Ibid.). Mange yngre personer med demens har omsorg for barn sammen med ektefelle/samboer. For mange pårørende blir hverdagen fylt av angst, bekymringer, stress og depresjon, og pårørende under 64 år opplever lavere grad av livskvalitet og høyere grad av depresjon og angst enn pårørende over 64 år (2). Gjennom store deler av sykdomsforløpet er nærmeste pårørende den demensrammedes hovedstøtte med omfattende omsorgsansvar hele døgnet (3).

Lære for å mestre

Lov om pasientrettigheter (4) og forskrift om individuell plan (5) setter rammer for inkludering av personer med demens og deres pårørende i behandlingen. I henhold til plandokument for tidligere Helse Sør RHF (6) skal helseforetaket sørge for at pasienter og pårørende som har behov for opplæring, får et slikt tilbud.

Med få unntak eksisterer det i dag ikke et tilrettelagt tilbud til yngre personer med demens og deres familier i forbindelse med utredning, behandling og videre oppfølging. De fleste tjenestetilbudene som er tilrettelagt, er rettet mot eldre. Erfaringer fra doktorgradsstudiet *Demens i familien* (7) og mastergradsstudien *Pårørende*

til personer med demens. Evaluering av en psyko-educativ intervensjon rettet mot pårørende (8), viser at yngre og eldre pårørende nyttiggjør seg en intervensjon bedre dersom gruppene er differensierte i forhold til alder.

Forekomsten av demens hos yngre (>65 år) er lav, og pasientene utredes i spesialisthelsetjenesten. På grunnlag av de få undersøkelsene som finnes, er forekomst av demens hos personer mellom 45 og 64 år fra 90 til 120 per 100 000 innbyggere (9). I tidligere Helse Sør RHF vil det anslagsvis være 300-350 personer med demens under 65 år som er diagnostisert.

Demens hos yngre har lav insidens. Det er derfor viktig å finne gode samarbeidsformer på tvers av budsjetttrammene for å kunne gi denne gruppen et tilbud i forbindelse med utredning, behandling og oppfølging. For å kunne gi et godt tjenestetilbud er det viktig at personalet bygger opp kompetanse og erfaringer. Dette er bakgrunnen for at Nasjonalt kompetansesenter for demens¹, Regionalt nettverkskompetansesenter innen alderspsykiatri, de alderspsykiatriske seksjonene ved Sykehuset Telemark HF og Psykiatrien i Vestfold HF har tatt initiativ til et samarbeid for å kunne gi pårørende til yngre personer med demens et tilbud. Sørlandet sykehus HF og Sykehuset Buskerud HF ble inkludert i prosjektet som driftes av Regionalt nettverkskompetansesenter innen alderspsykiatri. Hensikten med prosjektet er å bygge opp samarbeid på tvers av fylkesgrensene, øke kompetanse og erfaring hos personale, samt å tilby pårørende til yngre personer med demens et tilrettelagt intervensjonstilbud. Målet er å gi dem kunnskaper, støtte og læringsmuligheter for å kunne mestre sin nye livssituasjon i størst mulig grad og opprettholde helse. Dette er i tråd med begrepet *empowerment* som betyr å involvere pasienter og pårørende i behandlingen og å gi dem mulighet til å være delaktige (10, 11). Det innbefatter å gi pårørende mulighet for å ivareta egenomsorg og mestring ut fra eget ståsted. Sett i et folkehelseperspektiv er dette et viktig forebyggende

¹) Hører inn under Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (red.)

tiltak, da demenssykdommen vil berøre og påvirke hele familien og ikke bare den som er blitt syk.

Aktuelle metoder

Det er utviklet ulike intervensjonsmetoder for å hjelpe familier med demens. En av metodene, en lærings- og mestringsmetode med problemløsning overfor pårørende, er godt dokumentert og ble derfor valgt (12). Metoden går ut på å gi pårørende et strukturert tilbud om opplæring i sykdommen og om hvordan man bør forholde seg til den som er syk. I tillegg blir det lagt vekt på at pårørende kan legge frem egne problemer og få hjelp av andre pårørende og kursleder til å løse dem i plenum ved hjelp av problemløsningsmetoden. Metoden er tilpasset norske forhold i prosjektet *Demens i familien* (7). Prosjektet benyttet også en kognitiv modell i de situasjonene hvor pårørende var så følelsesmessig preget av situasjonen at de vanskelig kunne tenke konstruktivt. Den kognitive modellen ble benyttet for å redusere/modifisere følelsene (13). I denne metoden får pårørende hjelp til å tydeliggjøre for seg selv at atferden de ser er en del av sykdommen, noe som gjør det lettere å forholde seg til personen med demens på en hensiktsmessig måte.

Denne type intervensjoner kan redusere konsekvenser som stress, depresjoner og økte psykosomatiske plager som følge av omsorgsoppgaver, og kan også redusere atferdsforstyrrelser ved demens og utsette institusjonsinnleggelse (14). Spesialisthelsetjenesten og enkelte kommuner i Norge har de siste årene startet lærings- og mestringsgrupper for ektefeller/samboere og voksne barn til personer med demens. Deltakerne har et stort aldersspenn. Ved Sykehuset Innlandet HF, Sanderud, har de drevet noen slike grupper hvor det har vært et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og Hamar kommune. Ved Levanger Sykehus HF er det startet et samarbeidsprosjekt mellom sykehuset og noen kommuner. I Horten kommune drives det også en slik gruppe. I det omtalte samarbeidsprosjektet ble intervensjonen presentert som et kurs overfor familier med demens, men er blant helsepersonell kanskje bedre kjent som en psykoedukativ intervensjonsmetode. Problemløsningsmetoden i intervensjonen kan benyttes som veiledningsmetode overfor personale (15). Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har de siste årene drevet kurs i psykoedukativ metode. Neste kurs vil bli holdt i Trondheim høsten 2007 (www.aldringoghelse.no).

Prosjektet

Samarbeidsprosjektet startet våren 2006. Det har to prosjektmedarbeidere fra spesialisthelsetjenesten i hvert av de fire fylkene i tidligere Helse Sør, samt prosjektleder og veileder fra Nasjonalt kompetansesenter for demens. Prosjektmedarbeiderne fikk praktisk opplæring i metode, og informasjonsbrosjyre om kurset til personale og deltakere ble utarbeidet før oppstart. Kursmateriale som omhandlet generelle kunnskaper om demens og pårørendes reaksjoner og livssituasjon,

ble utarbeidet i doktorgradsstudien *Demens i familien* og evaluert i min mastergradsstudie (9, 10). Dette undervisningsmaterialet er lagt til grunn i samarbeidsprosjektet og tilpasset de behov yngre personer med demens og deres familier har. Likemannsarbeid, som er en organisert kontakt mellom mennesker med lik diagnose, funksjonshemming eller livssituasjon, er lagt til grunn ved at yngre pårørendes uttalelser og synspunkter er tatt med. For å få frem ytterligere kunnskaper om pårørende til yngre personer med demens, er forsker Per Kristian Haugen og personale som arbeider med yngre personer med demens, spurt til råds om hvilke temaer som er sentrale på denne type kurs.

Det ble planlagt å holde åtte kurs frem til 2008. Innen sommeren 2007 er det i de fire fylkene gjennomført fem kurs og tre nye vil starte i høst. Hvert kurs har åtte pårørende med ulike relasjoner til den som er syk, og omtrent 60 pårørende vil delta i prosjektperioden. Kurset inneholder åtte kurskvelder og går over fem måneder. Kurslederne møtes jevnlig sammen med veileder gjennom prosjektperioden. Erfaringene er at kurslederne har nytte av å bruke problemløsningsmetoden i veiledning. Metoden brukes ved at kurslederne legger frem problematiske situasjoner fra kursene for pårørende, som de ønsker å få belyst i samarbeid med andre kursledere. Slik får de mulighet til å dyktiggjøre seg i metoden og kan veilede hverandre når de skal drive kurs etter at prosjektet er over. Erfaringer viser også at det har vært enkelt å rekruttere og lære opp nye kursledere underveis ved å bruke problemløsningsmetoden. Kursmaterialet er blitt videreutviklet og kurs-tilbudet kan drives på tvers av fylkesgrensene. Personale kan hjelpe hverandre med kursene på tvers av helseforetakene ved permisjoner og sykdom.

Ved et av de nevnte sykehusene drives det grupper for yngre personer med demens. Tilbudet er ikke en del av det omtalte samarbeidsprosjektet.

Lærings- og mestringsstilbudet er i utgangspunktet et tilbud til alle nære, voksne pårørende til yngre personer med demens. Når diagnosen er stilt, gjør imidlertid de respektive sykehusene en faglig vurdering i hvert enkelt tilfelle av hvorvidt tilbudet passer for den pårørende, eller om annen oppfølging bør tilbys. Pårørende stress skala (RSS), som er en del av utrednings- og kartleggingsverktøyet utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for demens, legges til grunn som indikator i denne faglige vurderingen (9,16). Når det er vurdert at kurset er et godt tilbud, får den aktuelle pårørende en brosjyre om kurset og kan selv ta kontakt med prosjektleder/prosjektmedarbeidere dersom hun eller han ønsker å delta. Pårørende til pasienter som fikk diagnose et år tilbake i tid, har også fått tilbud om å delta på kursene.

Dette tilbudet kan utformes slik at det er i tråd med de lokale sykehusenes lærings- og mestringsprogram og vil da kunne utløse tilleggssats (www.helse-sorost.no).

■ aud.johannessen@aldringoghelse.no

Referanser se side 30



Bernhard Lorentzen, avdelingssjef/avdelingsoverlege, Diakonhjemmet Sykehus, Alderspsykiatrisk avdeling, Søndre Borgen

Funksjonelle psykotiske lidelser hos eldre

Psykotiske lidelser deles tradisjonelt i funksjonelle og organiske. De vanligste organiske årsakene til psykotiske symptomer hos eldre er delirium (akutt forvirring) eller degenerative hjernelidelser som demens. Andre organiske årsaker til psykotiske symptomer kan være alkoholmisbruk eller bivirkning av legemidler. De funksjonelle psykosene kan deles i affektive og ikke-affektive. Eksempler på affektive psykoser er psykotisk depresjon og psykose ved bipolar lidelse. Denne artikkelen fokuserer på funksjonelle, ikke-affektive psykoser hos eldre, som schizofreni og paranoid psykose. Disse lidelsene er ikke så hyppig forekommende som de organiske psykosene. De utgjør likevel mange pasienter, og det er viktig for alle som arbeider med eldre å ha kunnskap om dem.

Schizofreni

Schizofreni er den alvorligste formen for psykotisk lidelse, og den kan debutere fra tidlig voksenalder til alderdommen. Det er vanlig å kategorisere schizofreniene ut fra tidspunkt for sykdomsdebut. En internasjonal konsensusgruppe fant det hensiktsmessig å kalle schizofrenier som debuterer før 40 år for tidlig debut (early-onset schizophrenia, EOS), mellom 40 og 60 år for sen debut (late onset schizophrenia, LOS), og etter 60 år for veldig sen debut (very late onset schizophrenia-like psychosis, VLOS)(1). Det er overhyppighet av kvinner i gruppen LOS og VLOS med variasjon i forholdet kvinner:menn fra 2:1 til 19:1 (10). Ved EOS er forholdet omvendt, med overvekt av menn.

De fleste har tidlig sykdomsdebut, og blant eldre med schizofreni har opp mot 80 prosent hatt sykdommen siden tidlig voksenalder (2). Det vil si at blant eldre med schizofreni har de fleste hatt sykdommen i mange år, mens det er relativt få som har hatt sen eller veldig sen sykdomsdebut. Schizofreni hos eldre er relativt lite studert. Bare én prosent av litteraturen om schizofreni har fokus på eldre.

Forekomst

Forekomst av schizofreni blant eldre synes å være ca. en promille (3). Denne forekomsten kan være for lav da den baserer seg på intervjuer av hjemmeboende. En del av pasientene vil underrapportere sine plager, mens andre ikke vil la seg intervjuer. Videre vil en del av pasientene være på sykehjem. I en amerikansk studie fant man forekomst (ett-årsprevalens) på 0,6 prosent i aldersgruppen 45-64 år og 0,2 prosent > 65 år (4).

Symptomer

Det er vanlig å klassifisere symptomene ved schizofreni som positive symptomer, negative symptomer, desintegrasjonssymptomer, kognitive utfall og funksjonssvikt. Positive symptomer kan forstås som forvrengninger og overdrivelser av normale funksjoner, mens negative symptomer er svekkelse av normale funksjoner. Desintegrasjonssymptomer omfatter forstyrrelser i evnen til å resonnere og uttrykke seg samt endring i atferd. Kognitive funksjoner omfatter blant annet hukommelse, oppmerksomhet og orienteringsevne.

Positive symptomer

Blant de positive symptomene er vrangforestillinger og hallusinasjoner.

Vrangforestillingene hos personer med schizofreni sentrerer seg som regel om egen sikkerhet og eget hjem. Pasientene opplever at noen tar seg inn i deres leilighet når de ikke er hjemme, roter, flytter på eller stjeler ting. De hevder å være i sentrum for andres oppmerksomhet og at navngitte personer kan ha onde hensikter. De kan oppleve seg overvåket, avlyttet, bestrålt og påvirket av andre. Naboer eller familied medlemmer kan oppleves fiendtlige og med ønske om å tvinge henne eller ham ut av hjemmet for selv å overta leiligheten.

Typisk vil vrangforestillingene ved schizofreni være bisarre eller naturstridige. Enkelte pasienter hevder at sender- og mottagerutstyr er montert i tannfyllinger, og at de kan kommunisere med andre gjennom disse. Andre opplever at tanker, tale og atferd er styrt. Noen kan oppleve å ha en person eller et dyr inne i sin egen kropp. Andre opplever at de har spesielle kunnskaper og egenskaper som andre er svært interessert i, og at de kan kommunisere med kjente statsledere på hemmelig vis.

Typen vrangforestillinger synes å endre seg lite med alderen hos personer med schizofreni, og temaene har en tendens til å være de samme gjennom hele livet. Noen studier indikerer at positive symptomer kan bli mindre uttalt med årene. En del pasienter beholder imidlertid et rikt repertoar av vrangforestillinger livet ut.

Hallusinasjoner er vanlig ved schizofreni. Mens hørselshallusinose er vanligst ved tidlig og sent debuterende schizofreni og synshallusinose vanligst ved organiske lidelser, har pasienter med veldig sent debuterende schizofreni ofte multimodale hallusinasjoner, det vil si fra flere sanser (syn, hørsel, lukt, berøring). Synshallusinasjoner har sammenheng med svekket syn, hørselshallusinasjoner med svekket hørsel. Blant pasienter med schizofreni med veldig sen debut fant Rabins og medarbeidere at 69 prosent hadde hørselshallusinasjoner, 29 prosent synshallusinasjoner, 26 prosent taktile hallusinasjoner (følelse av å bli berørt), og noen hadde flere typer hallusinose (5).

Negative symptomer

Affektavflating, språkfattigdom, anhedoni (manglende lystfølelse), apati og sosial isolasjon er vanlige negative symptomer. Slike symptomer er hyppigere ved tidlig enn sent debuterende schizofreni. Negative symptomer kan hos noen tilta med årene, og vil bidra til at funksjonsevnen blir dårligere. Mange av pasientene blir sterkt avhengige av hjelp i det daglige, noen i så stor grad at de ikke kan klare seg i eget hjem og trenger institusjonsplass.

Desintegrasjonssymptomer

Ved schizofreni ses ofte svikt i mange hjernefunksjoner. Karakteristisk er manglende samordning av forskjellige funksjonsområder som tanker, følelser og atferd. Pasientens tanker er ofte kaotiske, noe som kan komme til uttrykk ved endret språkfunksjon og bisarr atferd. Pasienten mister evne til logisk tenkning og fremstår ofte uten innsikt i sin sykdom og situasjon. Ambivalens er vanlig, det vil si at pasienten ikke klarer å bestemme seg. Eksekutive funksjoner som overordnet styring og planlegging svekkes, slik at pasienten har vanskelig for å planlegge og gjennomføre rasjonelle handlinger. Det synes som om mange av de høyere hjernefunksjoner som er lokalisert

frontalt i hjernen, er affiserte ved alvorlige former for psykose. Evnen til å motta og tolke sanseinntrykk er også ofte endret. Mange psykotiske pasienter er overfølsomme for sanseinntrykk i tillegg til at evnen til å tolke disse og plassere dem i en rasjonell kontekst er redusert. Desintegrasjonssymptomer er særlig fremtredende i faser med forverring av sykdommen. Symptomene er lite uttalt hos pasienter med sen debut. Denne gruppen er bedre personlighetsmessig integrert enn pasienter med tidlig debut.

Kognitive utfall

Reduserte kognitive funksjoner oppstår tidlig i sykdomsforløpet og ser ut til å være nokså uforandrede gjennom pasientens liv. Enkelte pasienter med tidlig debut får bedring av kognitiv funksjon ved god behandling (6). Hos mange vil det inntre et kognitivt funksjonsfall mot slutten av livet. Den kognitive svikten er annerledes for personer med schizofreni enn for personer med demens. Man finner noe reduksjon i hukommelse, men ikke så uttalt som ved demens. Videre er visuospatielle evner (blant annet rom-/retningssans), psykomotorisk hastighet og eksekutive funksjoner ofte redusert hos personer med schizofreni. Det er vist at grad av funksjonssvikt henger nært sammen med grad av kognitiv svikt hos pasientene (7).

Kognitiv funksjon er lite studert hos pasienter med veldig sen debut. Noen studier indikerer en relativt stabil kognitiv funksjon inntil et fall svært sent i forløpet. Andre finner høyere forekomst av demens hos pasienter med LOS (50 prosent) enn hos pasienter med depresjon ved 10 års oppfølging (8). Enkelte studier og egen klinisk erfaring indikerer at noen pasienter kan ha psykotiske symptomer som ved LOS, som første tegn på demens. Det er ikke funnet nevropatologiske endringer med plakkdannelse ved schizofreni. Det er funnet lette forandringer i tauproteinene (blant annet ansvarlige for oppbygging av mikrotubuli, cellens «skelett»), men ikke så uttalt som ved demens (9).

Mange av pasientene med LOS har vært personlighetsmessig avvikende før de utviklet psykose. Komparenter kan ofte fortelle at skyhet, engstelse og mistenksomhet har vært fremtredende personlighetstrekk gjennom hele pasientens liv. Hos noen har dette vært så uttalt at de vil tilfredsstille kriterier på paranoid eller schizoid personlighetsforstyrrelse.

Schizoaffektiv lidelse

Pasientene har symptomer som tilfredsstiller kriteriene både på schizofreni og bipolar affektiv lidelse. Det er sjelden at slik lidelse debuterer i eldre år. Tilstanden sees ikke sjelden ved alderspsykiatriske avdelinger, da pasienter med schizoaffektiv lidelse ofte beholder et stort lidelsestrykk gjennom hele livet. Karakteristisk er permanente vrangforestillinger som forsterkes i affektiv fase (mani eller depresjon).

Paranoid psykose

For pasienter med paranoid psykose er debuttidspunkt som regel senere i livet enn for pasienter med schizofreni, og en større andel synes å ha sin sykdomsdebut etter 60 år. I et upublisert materiale fra Alderspsykiatrisk avdeling ved Diakonhjemmet sykehus i Oslo, der man retrospektivt gikk gjennom journaler til pasienter med diagnose schizofreni eller paranoid psykose innlagt i 2005 (n=36), fant man at 92 prosent av pasientene med sykdomsdebut før 40 år hadde schizofrenidiagnose og åtte prosent paranoid psykose. I gruppen mellom 40 og 60 år hadde 67 prosent diagnosen schizofreni og 33 prosent paranoid psykose. Blant pasientene med debut etter 60 år hadde åtte prosent schizofreni og 92 prosent diagnosen paranoid psykose.

Litteraturen skiller i liten grad mellom schizofreni og paranoid psykose hos dem med svært sen debut (10).

Sent debuterende funksjonell psykotisk lidelse har tidligere hatt betegnelsen parafræni, idet man mente at denne lidelsen hadde karakteristika som skilte den fra tidlig debuterende psykose. Man har nå gått bort fra parafrænebegrepet, og det finnes ikke lenger som diagnose i ICD-10. Vi må bruke diagnosene schizofreni eller paranoid psykose også ved de svært sent debuterende psykosene.

Ved paranoid psykose er ikke vrangforestillingene naturstridige eller bisarre. Ofte har forestillingene rot i virkelige hendelser, men får et omfang og en oppmerksomhet som er helt urimelig. Ofte klarer ikke pasienten å ha oppmerksomheten på noe annet enn sine vrangforestillinger, og neglisjerer alle andre forpliktelser og oppgaver. Temaene dreier seg ofte om at personer forfølger, holder øye med, stjeler eller på andre måter har onde eller tvilsomme hensikter. Andre har somatiske vrangforestillinger om sykdommer eller kroppsfunksjoner. Det kan være verd å merke seg at noen pasienter med uttalte somatiseringssymptomer er psykotiske og blir bedre ved behandling med anti-psykotika. Hos noen kan sjalusi være tema i vrangforestillingene. Karakteristisk for paranoid psykose er at vrangforestillingene er fastlåste og endrer seg lite over tid. Hallusinose er sjelden. Ved behandling kan forestillingene avblekes noe, men de forsvinner sjelden helt.

Utredning

Utredning av eldre pasienter med psykotiske symptomer er en stor utfordring. Det er ofte vanskelig å skille funksjonelle psykosier fra psykotiske symptomer ved demens og/eller delirium, da symptomer og funn kan være nokså like. God anamnese er avgjørende, og ofte er komparentopplysninger helt nødvendige. Å få frem debuttidspunkt og sykdomsutvikling er viktig for å stille riktig diagnose. Kognitiv testing vil gi viktig informasjon. Observasjon av pasienten i en sykehusavdeling vil ofte gi det beste diagnostiske grunnlaget.

Noen ganger sees både funksjonell og organisk psykotisk lidelse hos samme pasient. Pasienter med schizofreni eller paranoid psykose kan utvikle demens, og enkelte kan ha delirium i tillegg.

Behandling

Om den psykotiske pasienten kan behandles i hjemmet eller må legges inn, avhenger av sykdommens alvorlighetsgrad samt pasientens innsikt og vilje til å ta imot hjelp og behandling. Det kan også være avgjørende om pasienten bor alene og om evnen til å ivareta seg selv i det daglige er tilfredsstillende. Videre må det vurderes om pasienten er til stor sjenanse for andre eller til fare for seg selv eller andre. For en pasient med alvorlig psykose som ikke har sykdomsinnsikt, som har sterkt svekket egenomsorgsevne og som nekter å ta imot nødvendig hjelp eller behandling, kan innleggelse i tvungent psykisk helsevern være den beste løsningen. Slike situasjoner er alltid vanskelige. På den ene siden skal pasientens autonomi og egne ønsker respekteres, på den annen side har vi en forpliktelse til å hjelpe pasienter som har mistet evnen til å vurdere egen situasjon.

Dersom man velger å behandle pasienten i hjemmet, er det viktig med god oppfølging. Fastlege, alderspsykiatrisk poliklinikk og psykiatrisk sykepleier i kommunen kan være aktuelle samarbeidspartnere sammen med hjemmetjenesten. Individuell plan må etableres, der oppgaver og ansvarsforhold fastsettes. Det vil alltid være fare for at pasienten avviser behandleren eller hjelperen, og det å skape tillit står sentralt. Ofte vil det være bedre at få personer er involvert med sjeldnere besøk enn at mange ukjente personer er i daglig kontakt med pasienten.

Når pasienter med alvorlig psykose legges inn på sengeavdeling, forsøker man å skape en atmosfære av ro, oversiktighet og trygghet. Ytre stimuli reduseres til et minimum, da for mange inntrykk erfaringsmessig forverrer tilstanden. Ofte vil det å komme fra en kaotisk og utrygg tilværelse i hjemmet til trygge, oversiktlige og vennlige omgivelser i en avskjermet sykehuspost, være det viktigste bidraget til rask bedring.

Legemiddelbehandling

Svært få legemiddelstudier er utført på eldre med funksjonell psykotisk lidelse. De fleste studiene med antipsykotika til eldre er gjort på pasienter med demens og psykotiske tilleggssymptomer eller atferdsvansker. De få studiene som er gjort på personer uten demens, indikerer at de nye antipsykotiske midlene som risperidon (Risperdal) og olanzapin (Zyprexa) har bra effekt og tolereres godt også hos eldre (11). Det er usikkert om risperidon og olanzapin gir økt risiko for cerebrovaskulære hendelser hos pasienter med psykose slik det er vist for personer med demens.

Andre aktuelle legemidler kan være quetiapin (Seroquel) som blandt annet har den fordel at det tåles relativt bra av pasienter med parkinsonistiske symptomer. Quetiapin kan på grunn av blokkade av alfareseptorer gi hypotensjon (lavt blodtrykk). Ziprazidon (Zeldox), aripiprazol (Abilify) og amisulprid (Solian) tolereres som regel godt, men det er liten erfaring med bruk hos eldre. Tradisjonelle antipsykotiske midler som haloperidol (Haldol) og zuklopentixol (Cisordinol) er også aktuelle. Disse midlene har kraftig dopaminblokkade, og kan hos noen gi ekstrapyramidale symptomer som parkinsonisme og ufrivillige bevegelser. Haloperidol foretrekkes hos somatisk dårlige pasienter, for eksempel pasienter med alvorlig hjertesykdom, da disse som regel tolererer dette legemiddelet godt. Zuklopentixol er det mest brukte middel som depotinjeksjon, og er aktuelt blandt annet hos pasienter der tablettbehandling ikke kan gjennomføres.

Eldre er som gruppe mer utsatt for bivirkninger enn yngre. Aldersforandringer som redusert muskelmasse, relativ økning av kroppsfett, endringer i lever og mage/tarm samt redusert nyrefunksjon gjør at farmakokinetiske¹ forhold endres og derved også legemiddeltoleransen. Somatiske sykdommer forekommer ofte, og polyfarmasi² er vanlig. Dette gir økt risiko for legemiddelinteraksjoner. Hos eldre er det dessuten endringer i reseptorsystemene som har dopamin, serotonin, noradrenalin og acetylkolin som transmittorsubstanser. Det gir økt følsomhet for legemidler som virker via disse systemene, og dette gjelder de fleste antipsykotiske midler.

Valg av antipsykotikum til eldre må derfor ofte gjøres ut fra en sårbarhetsvurdering, det vil si å velge det legemidlet som antas å ha færrest bivirkninger i en adekvat dose. Doseringen vil som regel ligge lavere enn for yngre. Det er imidlertid store forskjeller fra person til person, både når det gjelder hvilken dose som gir effekt og følsomhet for bivirkninger, og det anbefales å gjøre serumkonsentrasjonsbestemmelser.

Utredning og behandling av eldre med psykotisk lidelse er utfordrende. Pasientgruppen stiller store krav til behandlere og omsorgspersoner når det gjelder kunnskap, erfaring, toleranse, tålmodighet og ikke minst trygghet på seg selv som fagpersoner. Med riktig behandling, god omsorg og mye tålmodighet er prognosen for disse pasientene bedre enn mange tror, og mange kan få en vesentlig bedre hverdag og livskvalitet.

■ bernhard.lorentzen@diakonsyk.no

Referanser

1. Howard R, Rabins P et al. Late-onset schizophrenia and very late onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. *American Journal of Psychiatry* (2000) 157(2):172-78.
2. Jeste DV, Wetherell et al (2004) Schizophrenia and paranoid disorders. In Blazer DG, Steffens DC, Busse EW *Textbook of geriatric psychiatry* (3.ed: 269-82) Arlington VA American psychiatric publishing.
3. Copeland JRM, Davidson ME, et al. Schizophrenia and delusional disorder in older age: Community prevalence, incidence, comorbidity, and outcome. *Schizophrenia Bulletin* (1998)24(1):153-61.
4. Keith SJ, Regier DA, Rae DS (1991) Schizophrenia disorders. In: Robins LN, Regier DA. *Psychiatric disorders in America* (New York free press).
5. Rabins et al (1987). The clinical features of late onset schizophrenia. In Miller and Cohen: *Schizophrenia and aging: Schizophrenia, paranoia and schizophreniform disorders in later life*. New York; Guilford Press.
6. Gold S, Arnd S et al. Longitudinal study of cognitive function in first-episode and recent onset schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* (1999)156:1342-8.
7. Evans JD, Heaton RK et al. The relationship of neuropsychological abilities to specific domains of functional capacity in older schizophrenia patients. *Biological Psychiatry* (2003) 53:422-430.
8. Rabins PV, Lavrisha M Long-term follow-up and phenomenologic differences distinguish among late-onset schizophrenia, late-life depression and progressive dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry* (2003)160:589-94.
9. Casanova MF, Stevens JR et al. Disentangling the pathology of schizophrenia and paraphrenia, *Acta Neuropathologica* (2002)103:313-20.
10. Engedal K (2000) *Urunde hjul. Alderspsykiatri i praksis*. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
11. Jeste DV, Barak Y et al. International multisite double-blind trial of the atypical antipsychotics risperidone and olanzapine in 175 elderly patients with chronic schizophrenia, *American Journal of Geriatric Psychiatry* (2003) 11:638-479.

¹) Farmakokinetikk: Det kroppen gjør med legemidlene.

²) Polyfarmasi: Bruk av mange legemidler samtidig.



Geir Selbæk, psykiater og stipendiat, Sykehuset Innlandet HF og
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Tidkrevende hodebry eller lærerik kommunikasjon?

Neuropsychiatric Inventory (NPI) i sykehjem

Passiar over kaffekopp og medisinkardex:

- *Det er det vildeste kaos.*
- *Hva da?*
- *Han er blitt så mye verre.*
- *På hvilken måte....? Hva er verre?*
- *Alt er verre. Vi kan ikke ha det sånn. Noe må bli gjort.*
- *Du sa jo det samme for fjorten dager siden. Er det virkelig så mye vanskeligere nå.*
- *Du kan får være i avdelingen en kveldsvakt til helga...*

Sånn kan vi fortsette, hele den dyrebare timen vi har til rådighet for å evaluere gamle tiltak og planlegge nye. Frustrasjon og skuffelse syder i en lapskaus av skremmende symptomer, manglende ressurser og motstridende meldinger. Kunnskapen vi sitter inne med blir ikke gjort tilgjengelig for samtalepartneren. Kunnskap er en dyrebare ressurs i sykehjem. Kanskje trenger vi redskaper for å frigjøre kunnskapen, for å klargjøre samtalen? En type redskap er standardiserte måleskalaer.

Neuropsychiatric Inventory (NPI) (1) er en av de mest brukte måleskalaene for å kartlegge nevropsykiatriske symptomer, eller atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD), som det også kalles. Kan NPI være med på å lette kommunikasjonen på opphetede evalueringsmøter? Kan NPI også bidra til å lette trykket i tiden mellom møtene?

Historikk

På begynnelsen av 1990-tallet bestemte en amerikansk lege seg for å utvikle et nytt instrument til kartlegging av nevropsykiatriske symptomer hos personer med demens. Jeffrey L Cummings (1), som senere er blitt en av de mest synlige aktører innen demensforskningen, så at disse symptomene kunne oppstå ved ethvert stadium av sykdommen, og at de ofte endret karakter underveis. De var knyttet til økt belastning for pårørende og tidligere innleggelse i sykehjem.

Det eksisterte allerede en rekke aktuelle måleskalaer. Behave-AD og Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) var de mest vanlige, men Cummings mente det var rom for forbedring. Han savnet en rekke vanlige

demenssymptomer, som irritabilitet, hemningsløshet og apati, og han mente det var nødvendig å registrere frekvens og alvorlighetsgrad av symptomer og alvorlighetsgrad. Innledende screeningspørsmål ble konstruert for å spare tid. Til slutt ble belastningen omsorgsgiveren opplevde i forbindelse med hvert enkelt symptom, registrert.

Bruk av NPI

Fra starten kartla NPI ti symptomer: grovt sett fem psykiatriske symptomer (vrangforestillinger, hallusinasjoner, depresjon, angst og oppstemthet) og fem atferdssymptomer (agresjon/agitasjon, apati, manglende hemning, irritabilitet og avvikende motorisk atferd). Senere er nattlig atferd og appetittforstyrrelser tatt med i skalaen, slik at den består av tolv symptomer. Dette gjorde at større deler av demenssyndromet ble dekket, men samtidig ble skalaen mindre ensartet.

NPI er observasjonsbasert. Det vil si at man intervjuer en profesjonell omsorgsgiver eller en pårørende om pasientens symptomer. Vanligvis tar man utgangspunkt i de siste fire ukene når man avgjør om et symptom har vært til stede.

Først stiller man screeningsspørsmålet. For vrangforestillinger er det: «Har vedkommende oppfatninger som du vet ikke er riktige? For eksempel, insisterer på at folk prøver å skade ham/henne eller stjele fra ham/henne. Har han/hun sagt at familiemedlemmer eller personale ikke er den de utgir seg for å være, eller at ektefellen er utro? Har beboeren hatt andre uvanlige oppfatninger?» Hvis svaret er nei, går man videre til neste symptom. Hvis svaret er ja, stilles det supplerende spørsmål. For hvert symptom er det fire alternativer for hyppighet (mindre enn en gang per uke, en gang per uke, mer enn en gang per uke, men ikke daglig, daglig) og tre alternativer for intensitet (mild, moderat, alvorlig). Til slutt er det seks alternativer for grad av belastning på omsorgsgiveren, fra «ingen belastning» til «svært alvorlig eller ekstrem belastning.»

Skåringen fremkommer ved at intensitet og hyppighet multipliseres, noe som gir en skåre for hvert symptom mellom 0 og 12. Man kan også summere disse produktene og få en total skåre på mellom 0 og 144 (for versjonen med tolv symptomer).

Flere versjoner

Etter hvert er det kommet flere versjoner av NPI. Det er laget en versjon for sykehjemspasienter: NPI Nursing home version (NPI-NH), som i all hovedsak er lik den originale versjonen. NPI-Q (2) er en versjon der pårørende ikke blir intervjuet, men fyller ut skjemaet selv. Screeningspørsmålene er noe forkortet, og hyppighet av symptomet blir ikke skåret. I klinisk praksis ser NPI-Q ut til å kunne være et gyldig alternativ til fullversjonen.

Forskning

NPI er brukt som et mål på APSD i en rekke studier. Endringer i NPI-skåring har vært utfallsmål i flere kliniske studier med antipsykotika (3) og med antidemens-legemidler (4). Endring i symptomet agitasjon/aggresjon er hovedutfallsmål i den norske kliniske studien av okskarbazepins (Trileptal, et antiepileptikum) effekt på APSD. En rekke sykehjem har deltatt i denne studien som ledes av Oskar Sommer.

NPI er velegnet ved forekomststudier og er blitt brukt ved de to største kartleggingene av APSD i sykehjem (5, 6) og i en av de største populasjonsbaserte forekomststudiene (7). Vi har undersøkt validitet (om skåringen reflekterer kliniske realiteter) og reliabilitet (om forskjellige personer finner lik skåre på samme pasient) av den norske versjonen av NPI-NH (8). Studien av validitet skjedde ved at en alderspsykiater undersøkte pasienten mens en prosjektsykepleier gjorde et NPI-intervju med en sykepleier som kjente pasienten godt. Det var godt samsvar mellom de to undersøkelsesmetodene, med et lite forbehold for punktene depresjon og angst. I reliabilitetsstudien skåret tre personer (en psykiater, en sykepleier og en psykiatrisk sykepleier) NPI på grunnlag av samme pasientintervju. Det var svært god overensstemmelse mellom de tre.

NPI planlegges brukt i flere norske studier som ennå er i startfasen. NPI er oversatt til en lang rekke språk, og valideringsstudier av spanske, nederlandske, greske, polske, nigerianske, japanske, kinesiske og koreanske versjoner er publisert.

Klinisk bruk

Det er uklart hvor mye NPI brukes i klinisk sammenheng. Trolig er det svært få sykehjem som bruker NPI, mens enkelte alderspsykiatriske avdelinger bruker den regelmessig. I sykehjem blir det hevdet at skalaen er for komplisert og at det tar for lang tid å fylle den ut. På den annen side har de sykehjemmene som har deltatt i kliniske studier der NPI er blitt brukt, meldt tilbake at NPI er velegnet og gir økt kunnskap om pasientens APSD.

Fordeler med NPI

NPI er omfattende og dekker et bredt spekter av de vanligste typene APSD. Ved at både intensitet og hyppighet registreres får vi en god kvantifisering av symptomene. Det er stor forskjell på den kliniske relevansen av en sjelden og lite plagsom forestilling om at noen har gjemt bort noen av ens eiendeler og en vedvarende og opprivende opplevelse av at noen er ute etter å skade en.

Fire av fem sykehjemspasienter har en eller annen form for APSD (6). Det er derfor sentralt at de som jobber

i sykehjem har gode kunnskaper om APSD. NPI kan være med på å styrke denne kunnskapen ved at man blir nødt til å tenke gjennom hva de enkelte symptomene innebærer. Hva er egentlig en hallusinasjon, hva mener vi når vi sier at pasienten er apatisk?

I en kaotisk klinisk situasjon med utfordrende og sammensatte symptomer kan en NPI-registrering bidra til å rydde tankene og opplevelsen i møte med pasienten, slik at situasjonen blir mer håndgripelig og dermed skaper mindre frustrasjon.

Ulemper

En innvending mot NPI, som for øvrig gjelder de fleste skalaer, er at den kan lede til en snever fortolkning av pasientens plager. APSD er en sykdomsmanifestasjon, men oppstår og endrer seg i samspill med omgivelsene. Hvis vi glemmer at en vrangforestilling aldri kan forstås isolert fra andre forhold, som mestringsressurser, tidligere personlighet eller miljø, fjerner vi oss fra den kliniske virkeligheten. Når man planlegger en intervensjon, må man, i tillegg til å registrere om APSD er til stede, enes om hva det er som utløser og eventuelt vedlikeholder symptomene. Slike funksjonelle analyser er nødvendige for at personalet skal få en felles oppfatning av hvordan APSD kan møtes og behandles. I praksis viser det seg å være vanskelig å finne frem til en slik felles forståelse, noe som kan medføre at intervensjoner mislykkes (9).

Problemer med validitet av symptomet depresjon i NPI er vist i flere studier. Det trenger nødvendigvis ikke bety at NPI er et dårlig mål for lidelsen. Depresjon ved demens er uklart definert, og avgrensningen mot kognitive symptomer ved demens, normale aldringsforandringer og andre psykiatriske symptomer, er uklar. Ved NPI, som ved andre skalaer som brukes til personer med demens, må man være ekstra aktpågivende ved kartlegging av affektive symptomer.

Samtidig som skalaens bredde kan sees som en fordel, kan den også være en ulempe. Det kan virke overveldende å måtte forholde seg til så mange symptomer, symptomer som hver for seg er vanskelige å definere eller forstå.

Konklusjon

NPI er i dag trolig den mest brukte skalaen for kartlegging av APSD, både i klinikk og i forskning. Den har høy reliabilitet og hovedsakelig høy validitet. Den er oversatt til en rekke språk, og kan dermed bidra til en bedre felles forståelse av symptomutforming ved demens og forekomst av APSD på tvers av nasjonaliteter og kulturer.

Hvis man er villig til å investere noen ressurser i opplæring og fortløpende veiledning, kan NPI, både i sykehjem og i spesialisthelsetjenesten, bidra til bedre kommunikasjon mellom yrkesgrupper og heve kompetansenivået angående de mest krevende symptomene ved demens. At dette ikke må føre til at vi reduseres til symptom-tellere, er en klinisk og menneskelig utfordring som må møtes, uavhengig av om vi bruker NPI eller ikke.

■ geir.selbaek@aldringoghelse.no

Referanser se side 43



Anne-Sofie Helvik, Dr. philos, Indremedisinsk avdeling, Sykehuset Innlandet HF, Tynset/Institutt for samfunnsmedisin, NTNU, Trondheim

Ny norsk studie underveis: Forekomst av depressive symptomer hos somatisk syke eldre – under og etter innleggelse i sykehus Bakgrunn, metode og utfordringer

Forekomst av depresjon/depressive symptomer funnet hos middelaldrende med somatiske sykdommer trenger ikke være gyldig for eldre med somatiske lidelser. Hospitaliserte eldre har ofte et komplekst sykdomsbilde (1). Mange har flere sykdommer og kan ha ukarakteristiske symptomer på sykdommene samtidig som fysisk og kognitiv fungering kan være svekket. I tillegg kan eldre ha ukarakteristiske symptomer på depresjon, for eksempel mangle opplevelsen av tristhet, men ha utpregede somatiske tegn (2). Depresjon kan hos eldre forveksles med demens, sorg over tap eller reaksjon på sykdom/funksjonssvikt, og kan således overses hos eldre innlagt i en medisinsk avdeling (3). Det er i Norge få studier vedrørende forekomst (prevalens) av depressive symptomer hos eldre med somatisk sykdom/funksjonssvikt, og for hospitaliserte eldre finnes det ingen slike studier (4).

Prevalens av depresjon blant eldre hospitaliserte

Internasjonale studier har rapportert en svært varierende prevalens av depresjon hos pasienter med somatiske sykdommer. En systematisk gjennomgang av studier fra 1990 til og med 2001 viste en forekomst fra seks til 58 prosent blant pasienter i kontakt med sykehuset (4). Prevalensen er usikker. Hos en gruppe eldre poliklinikkpasienter var 5-10 prosent deprimerte, men det kan synes som om prevalensen er høyere blant eldre som hospitaliseres (5). I en norsk studie der eldre pasienter var i kontakt med geriatrik avdeling enten som innlagte, dagpasienter eller poliklinisk, var forekomsten av depressive symptomer samlet sett på nesten 40 prosent (6). Hvor høy forekomsten er av milde, moderate og alvorlige depressive symptomer blant gruppen eldre som innlegges på medisinsk eller geriatrik avdeling, hvor mange som er tidligere

udiagnostiserte og hvordan det går med dem etter innleggelsen, er lite studert i Skandinavia.

Sammenhengen mellom somatikk og depressive symptomer

I normalbefolkningen har depressive symptomer vært forklart av økende alder og/eller sykелighet (7). Forekomsten av depressive symptomer kan hos denne gruppen videre forklares med kjønn, rase, utdanning, bosted, inntekter og/eller sosial støtte (7). Relativt få har sett på slike sammenhenger hos eldre innlagt i sykehus, og sammenligning mellom et hospitalisert utvalg og en normalbefolkning i samme aldersgruppe er ikke gjennomført. Likeledes er det få studier om hvorvidt eldres mestringsressurser kan ha sammenheng med grad av depressive symptomer.

På den annen side har studier pekt på at depressive symptomer både av mildere og av mer alvorlig karakter kan øke graden av funksjonssvikt hos eldre (8), påvirke behandlingsresultatet (9) og gi nedsatt livskvalitet (10). Det er derfor viktig at depressive symptomer hos eldre ikke overses eller underbehandles. En kartlegging av depressive tilstander er ønskelig i den kliniske hverdagen. Studien som beskrives i artikkelen vil etablere nyttig ny kunnskap. Oppfølging over tid kan videre gi ny kunnskap om hvordan fysisk og psykisk helse henger sammen og endres.

Arena og mål for studien

Sykehuset Innlandet (SI) Tynset HF er samlokalisert med psykisk helsevern, og et samarbeid er etablert. Årlig legges det inn gjennomsnittlig 1 000 eldre pasienter (65 år eller mer) på indremedisinsk avdeling. Nittifem prosent av disse er ikke-planlagte innleggelser. Sykehusets og psykisk helseverns pasienter kommer fra de samme ni omliggende kommunene,

og et samarbeid med primærhelsetjenesten er utviklet. Sykehuset har gode forutsetninger for å bidra til å fremme ny kunnskap vedrørende somatisk syke eldre og depressive symptomer.

Forskningsprosjektet, som er i gjennomføringsstadiet, har som målsetting å kartlegge prevalens av depressive symptomer, studere risikofaktorer hos innlagte eldre, sammenligne innlagte eldre med en normalpopulasjon og studere endring over tid.

Design

Studien har en deskriptiv og sekvensiell kartleggingsdel og en oppfølgingsdel. Data fra kartleggingsstudien sammenlignes med en normalpopulasjon (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag). Oppfølgingsdelen bærer preg av å være en forløpsstudie, selv om pasientene får videre behandling både av psykiske og somatiske sykdommer/symptomer i perioden. En gruppe pasienter får oppfølging tre ganger (6 uker $\pm$ 7 dg, 6 mnd $\pm$ 14 dg, 12 mnd $\pm$ 14 dg etter utskrivning), mens den andre gruppen får kun én gang (12 mnd $\pm$ 14 dg etter utskrivning).

Utvalget

I minimum ett år vil alle eldre (≥ 65 år) som innlegges for øyeblikkelig hjelp på indremedisinsk avdeling ved Sykehuset Innlandet HF, Tynset, bli vurdert med henblikk på inklusjon i studien. Dette gjøres når den akutte medisinske innleggelsesårsaken er avklart og/eller eventuell akutt forvirring eller psykose er behandlet. Pasienter som har alvorlig demens etter Klinisk Demens Vurdering, KDV (11), er terminale (forventet levetid < 6 uker etter utskrivning), har åpenbare språkproblemer (stor dysfasi, afasi eller ikke behersker norsk skriftlig/muntlig), ekskluderes. Det samme gjelder dersom innleggelsen er av kort varighet (< 48 timer).

Måleinstrumenter

Foruten pasientenes depressive symptomer kartlegger studien deres sykkelighet, kognitiv og fysisk fungering og relevante forhold som mestringsressurser, livskvalitet og sosio-demografiske variabler.

Depressive symptomer

Depressive symptomer studeres ved hjelp av Montgomery and Åsberg's Depression Rating Scales (MADRS) (12) og Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (13). HADS er et selvrapporteringsverktøy spesielt beregnet på somatisk syke hospitaliserte mennesker. Spørsmålene er både positivt og negativt utformet og omhandler vekselvis angstrelaterte og depressive symptomer [7]. Hvert spørsmål har fire svaralternativer og går fra ikke/sjelden plaget [0] til ofte/svært plaget [3]. Ingen somatiske spørsmål er inkludert. MADRS kartlegger både emosjonelle [8] og somatiske [2] symptomer relatert til depresjon ved hjelp av syste-

matisk intervju. Responsskalaen går fra ikke plaget [0] til svært plaget [6]. Begge skalaene er psykometrisk evaluert i Norge og høy skåre indikerer høy grad av depressive symptomer.

Sykkelighet og fungering

Informasjon om sykkelighet omfatter registeropplysninger som antall innleggelser siste fem år, diagnoser ved disse og ved nåværende innleggelse, medikamenter, omsorgsnivå og hjelpetiltak i hjemkommunen, forbruk av helsetjenester i oppfølgingsperioden og dødelighet i løpet av fem år. Kognitiv fungering vurderes med Mini-Mental State Exam (MMSE) (14), Confusion Assessment Method (CAM) (15) og Klinisk Demens Vurdering (KDV) (11). Fysisk fungering i hverdagen kartlegges ved hjelp av Rankin indeks (16), fysisk selvoppholdsesskala (Lawton ADL) (17), instrumentell aktivitetsvurdering i dagliglivet (Lawton IADL) (17) samt spørsmål fra HUNT (18) og RAI-AC (19).

Andre relevante forhold

Mestringsressurser vurderes gjennom selvrapportering med Sense of Coherence-13 (SOC) (20) for pasienter med MMSE > 24 . Spørsmål om livskvalitet vurderes med WHO-Brief (21), og sosio-demografiske forhold som kjønn, alder, utdanning, samlivsstatus vurderes med HUNTs selvrapporterings spørsmål (18), besvares av alle deltakerne.

Prosedyre

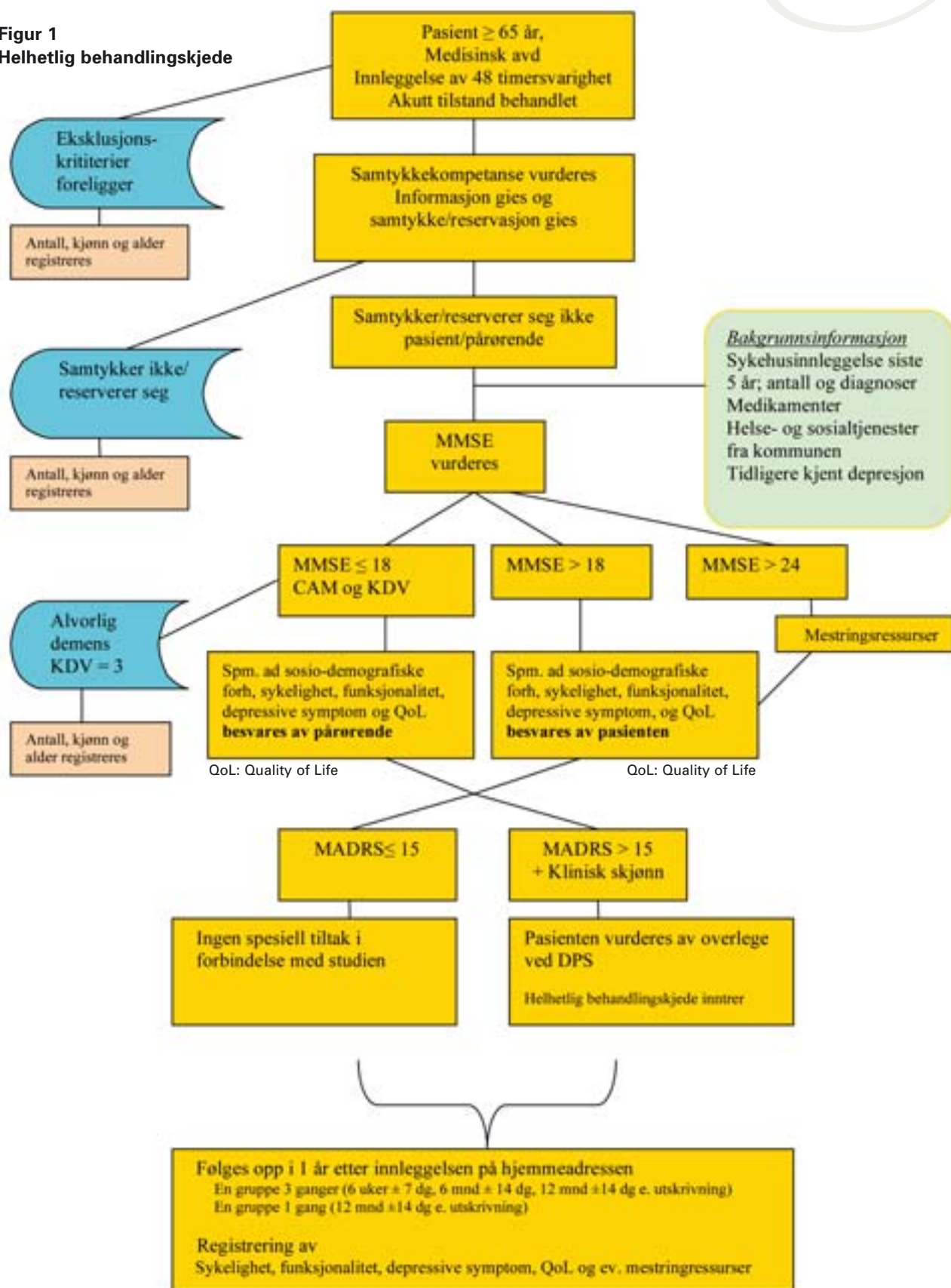
Datainnsamlingen startet høsten 2006. Pasientene inkluderes fortløpende i avdelingen. Deltakerne mottar skriftlig og muntlig informasjon. Samtykkekompetente pasienter undertegner informert samtykkeskjema ved inklusjon, mens pasienten/pårørende kan bruke retten til reservasjon ved redusert samtykkekompetanse. Datainnsamlingen starter med vurdering av kognitiv funksjon. Ved MMSE < 18 bes det om at pårørende besvarer skjemaet på vegne av pasienten. Pasienten angir hvilken pårørende som kan brukes. Der pasienter har skåre på MADRS > 15 , kontaktes psykiater og en kvalitetssikret helhetlig behandlingsskjede inntreffer. (Figur 1, side 20)

Regional etisk komité og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste har godkjent studien.

Reliabilitet (målenøyaktighet)

Hvor omfattende opplæring og samkjøring av prosjektmedarbeiderne ved datainnsamlingen skal være for å sikre høy datareliabilitet, kan diskuteres. I denne studien hadde to videreutdannede sykepleiere med bred klinisk erfaring en-dags opplæring i systematisk intervju med bruk av MMSE, CAM, KDV og MADRS av en forskningskompetent psykiater. Intervju- og skåringstrening er gjennomført før oppstart og inter-rater skåring er foretatt.

Figur 1
Helhetlig behandlingskjede



Studievaliditet

Validiteten (gyldigheten), det vil si om studien vurderer det den har til hensikt å studere, er avhengig av at instrumentene faktisk måler det de skal. Denne studien bruker to validerte metoder (selvrapportering og systematisk intervju) og instrumenter (HADS og MADRS) for å kartlegge depressive symptomer. Samvariasjon mellom skårene på instrumentene internt i utvalget og med en normalbefolkning kan studeres. Presisjon og validitet på funnene høynes ved at i de tilfeller hvor depressive symptomer registreres, kartlegges symptomvarigheten (nyoppstått eller ikke) retrospektivt, pårørende besvarer MADRS og tidligere depresjonsdiagnose og bruk av antidepressiva etterspores i pasientjournal.

Pasienten på ulike forvaltningsnivåer og behandlingssenheter

Sykehusets og psykisk helseverns ni nedslagskommuner går alle aktivt og positivt inn i prosjektets oppfølgingsdel. Behandlingsansvaret for pasientgruppen forrykkes ikke ved prosjektet. En spesiell varslingsprosedyre er etablert slik at pasientene med depressive symptomer (MADRS>15) behandles og følges opp av primærlegen. Kommunenes pleie- og omsorgstjenester er involvert i prosjektet. De bistår aktivt sine pasienter med registreringen av forbrukte helsetjenester (på dertil utviklede registreringskort) etter utskrivelsen. Grunnlaget for valide data i oppfølgingsperioden styrkes ved at miljøet er begrenset og oversiktlig, men også ved at prosedyrebøker og samarbeidsarenaer er utviklet og tatt i bruk. På denne måten kan behandlingskjeden og assistansen fra kommunene holdes stabil gjennom prosjektperioden.

Oppsummering

Dette er en studie hvor en eldre, relativt dårlig pasientgruppe innlagt i en aktiv sykehusavdeling med kort liggetid skal inkluderes, for så å følges opp over tid med hensyn til depressive symptomer. Utfordringer knyttet til reliabilitet og validitet er diskutert. Studien er metodisk og ressursmessig krevende. Sykehuset Innlandet HF, Tynset har en samlokalisering med psykisk helsevern, et begrenset nedslagsfelt og de har utviklet gode samarbeidsrelasjoner. Dette utgangspunktet gjør studien gjennomførbart på en adekvat måte.

■ anne-sofie.helvik@ntnu.no

Referanser

1. Rø O Chr (2000) *Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling i 1998*. Oslo: Statens helsetilsynets utredningsserie 7/99.
2. Gallo JJ, Rabins PV. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *American family physician*. 1999 Sep 1;60(3):820-6.
3. Meldon SW, Emerman CL, Schubert DS. Recognition of depression in geriatric ED patients by emergency physicians. *Annals of emergency medicine*. 1997 Oct;30(4):442-7.
4. Rosenvinge BH, Rosenvinge JH. Forekomst av depresjon - systematisk oversikt over 55 prevalens studier fra 1990 - 2001. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. 2003 Apr 3;123(7):928-9.
5. Alexopoulos GS, Borson S, Cuthbert BN, Devanand DP, Mulsant BH, Olin JT, et al. Assessment of late life depression. *Biological psychiatry*. 2002 Aug 1;52(3):164-74.
6. Berentsen VD, Schirmer H (1995) *Depresjon hos geriatriske pasienter*. Sosial- og helsedepartementet og Statens Helsetilsyns utviklingsprogram om alderspsykiatri, Rapport 2. Sem: INFObanken.
7. Stordal E (2005) *Aspects of the epidemiology of depression based on self-rating in a large general health study (The HUNT-2 Study)*. Trondheim: University of Science and Technology.
8. Covinsky KE, Fortinsky RH, Palmer RM, Kresevic DM, Landefeld CS. Relation between symptoms of depression and health status outcomes in acutely ill hospitalized older persons. *Annals of internal medicine*. 1997 Mar 15;126(6):417-25.
9. Frasure-Smith N, Lesperance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M, et al. Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*. 2000 Apr 25;101(16):1919-24.
10. Kørner EA. (1998) Forekomst av depresjon hos eldre over 65 år i Karlebo kommune. Ph.d-avhandling, København: Foreningen af Danske Lægestuderendes Forlag.
11. Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL. A new clinical scale for the staging of dementia. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 1982 Jun;140:566-72.
12. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 1979 Apr;134:382-9.
13. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1983 Jun;67(6):361-70.
14. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research;nov;(3); 12:189-198*.
15. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RL. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals of internal medicine*. 1990 Dec 15;113(12):941-8.
16. Rankin J. Cerebral vascular accidents in patients over the age 60. Prognosis. *Scottish Medical Journal*. 1957;2:200-15.
17. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969 Autumn;9(3):179-86.
18. Holmen J, Midtjell K, Krüger Ø, Langhammer A, Holmen TL, Bratberg GH, et al. The Nord-Trøndelag Health Study 1995-97 (HUNT 2): Objectives, contents, methods and participation. *Norsk Epidemiologi*. 2003;13(1):19-32.
19. Achterberg W, Pot AM, van Campen C, Ribbe M. [Resident Assessment Instrument (RAI): a review of international research on the psychometric qualities and effects of implementation in nursing homes]. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*. 1999 Dec;30(6):264-70.
20. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social science & medicine*. 1993 Mar;36(6):725-33.
21. WHOQOL-Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychological medicine*. 1998 May;28(3):551-8.



Karin Galgerud, spesialergoterapeut Alderspsykiatrisk poliklinikk, Sykehuset Asker og Bærum HF

Prosjekt *Epikrise til pasient*

– gode erfaringer fra en alderspsykiatrisk avdeling

En stor del av klagen helseforetakene mottar fra pasienter og pårørende skyldes mangelfull eller dårlig kommunikasjon mellom behandler og pasient (1). Helse Øst¹ RHF har i sin kvalitetsstrategi lagt stor vekt på god pasientinformasjon.

Brukerrådet og Helse Øst RHF arrangerte 3. mars 2005 dialogkonferansen *Brukererfaring for å bedre kvaliteten*. Ett av forslagene som kom ut av konferansen var at helsepersonell i forbindelse med utskrivningssamtaler alltid skal spørre pasienten om han/hun vil ha med seg kopi av epikrisen som er laget for henvisende lege. Dette ble et viktig innspill til oppstart av prosjektet *Epikrise til pasient* i Helse Øst RHF. (2) Ulike undersøkelser har vist at kommunikasjonen mellom pasient og behandler kan bli bedre når pasienten får sin egen epikrise (3, 4).

Helse Øst RHF ønsket å finne ut om pasienter generelt opplever det som nyttig å få kopi av epikrisen, samt hvilke effekter en slik praksis kan ha for pasienter og helsepersonell i spesialisthelsetjenesten.

Hovedmål for prosjektet:

- Å sikre at pasienten får god informasjon og blir mer involvert i behandling og oppfølging
- Prosjektet skal bidra til kortest mulig epikrisetid
- Prosjektet skal evalueres med hensyn til effektivitet og gjennomførbarhet.

I denne artikkelen redegjøres det for erfaringer fra alderspsykiatrisk avdeling som deltok i prosjektet.

Pilotdeltagere og organisering

Høsten 2005 ble prosjektet etablert av Helse Øst RHF i samarbeid med Alderspsykiatrisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum HF og Nevrologisk avdeling og Øre-nese-hals avdeling ved Akershus universitetssykehus HF. Prosjektet gikk ut på at pasienter i en to måneders periode fikk tildelt sin epikrise dersom de ønsket det. Alderspsykiatrisk avdeling er en avdeling innen psykisk helse i Sykehuset Asker og Bærum HF

og har sentralsykehusfunksjon for befolkningen i Asker og Bærum. Avdelingen består av poliklinikk med 6,8 fagstillinger, en døgnpost med 18 plasser og en På Tvers-enhet for kompetanseutvikling, undervisning og veiledning. Avdelingen tilbyr utredning og behandling til pasienter over 65 år med depresjon, demens, forvirringstilstander eller paranoide tilstander.

Parallelt med prosjektet ble det etablert et følgeforskningsprosjekt i regi av Arbeidsforskningsinstituttet for å evaluere gjennomførbarhet og resultater. Alle pasienter som ble tildelt sin epikrise, fikk tilbud om å delta i spørreundersøkelsen. Et utvalg av disse pasientene, ca 20 prosent, ble telefonintervjuet innen to uker etter utskrivelse, etter et fastlagt spørreskjema der de skulle svare på grad av tilfredshet med sykehusoppholdet, informasjonen og det å motta epikrise. I tillegg ble det gjennomført enkeltintervjuer og gruppeintervjuer med ansatte ved de tre enhetene underveis, og epikrisetiden før og etter prosjektet ble kartlagt (2).

Det er første gang det er gjort et systematisk pilotprosjekt med det formål at ordningen skal implementeres i en stor sykehusorganisasjon. Det er ikke et spørsmål om dette blir en fremtidig praksis i Helse Sør-Øst RHF, men *når*.

Resultater

I perioden var det i alt 711 utskrevne pasienter fra de deltagende avdelingene, hvorav 666 pasienter mottok egen epikrise. Av disse ble 143 telefonintervjuet. Nitti prosent svarte at det i noen eller stor grad var nyttig å motta epikrisen, 94 prosent ønsket å motta epikrisen ved en eventuell senere anledning. Som et resultat av prosjektet økte alle

¹) Fra 1. juni 2007: Helse Sør-Øst RHF (red.)

avdelingene andelen epikriser som ble ferdig utskrivningsdagen eller dagen etter. Før prosjektet var seks prosent av epikrisene ferdige utskrivningsdagen, mens det i prosjektperioden økte til 52 prosent for alle tre avdelinger samlet. Ved Alderspsykiatrisk avdeling økte ferdigstillelse til utskrivningsdag fra 26 til 87 prosent, og 100 prosent av epikrisene var ferdige innen fire dager etter utskrivning.

Alderspsykiatrisk avdeling er liten i forhold til de to andre som deltok i prosjektet. Ved døgnposten hadde vi på dette tidspunktet 12 plasser og behandlet ca 100 pasienter årlig, og poliklinikken med fem fagstillinger hadde ca 940 konsultasjoner i 2005. Det var et mål at alle pasienter i utgangspunktet skulle få tilbud om kopi av egen epikrise og sluttsamtale med gjennomgang av den. Vi fikk til sluttsamtale med gjennomgang av oppholdet og råd for videre oppfølging og behandling med alle pasienter.

Det ble alltid gjort en faglig vurdering av om det var noen som ikke burde få sin epikrise av ulike grunner. Vi loggførte årsakene til dette. Hos oss var det 17 av 32 pasienter som mottok epikrise.

Dessverre var det kun tre av de 17 pasientene som fikk epikrise i prosjektperioden som var i stand til å delta i spørreundersøkelsen i regi av Arbeidsforskningsinstituttet. Derfor er det ikke lett å trekke klare konklusjoner om i hvilken grad vår målgruppe mente at målene for prosjektet ble nådd («Å sikre at pasienten får god informasjon og blir mer involvert i behandling og oppfølging»).

Erfaringer fra Alderspsykiatrisk avdeling

Etter beste faglige vurdering i pasientteamet ble det avgjort om det ville være uheldig for pasienten å motta epikrise, om det kunne være skadelig eller uten hensikt. Alle avgjørelser ble loggført og begrunnet, særlig med tanke på at vi her skulle høste erfaringer på vegne av psykiatrien.

Loggførte årsaker:

Psykisk eller mental tilstand: Fem pasienter, hvorav to hadde demenstiltstander med så betydelig mental svikt og forvirring at de ikke hadde kapasitet til å forstå eller ha nytte av epikrisen. Tre pasienter hadde psykoser og manglende sykdomsinnsikt i en slik grad at det ble vurdert som uheldig og til skade for pasienten å motta epikrisen.

Overført annet omsorgsnivå: Fem pasienter, som ble overført til akuttmedisinsk avdeling eller fra poliklinikk til døgnpost.

Uaktuelle: Tre pasienter var klare feilhenvisninger, hvor epikrisen gikk tilbake til henvisende instans.

Ikke ferdigbehandlet: To av pasientene var ikke ferdig behandlet, men ble overført til poliklinisk viderebehandling, og det ble vurdert at det var uaktuelt å gi dem epikrisen på dette tidspunkt.

Hva er god informasjon?

Undersøkelsen har vist at det er fullt mulig å legge de organisatoriske forholdene til rette for en ny epikrisepraksis. Det må alltid og først og fremst tas hensyn til behovene hos den enkelte pasient og forsvarelig behandling, men det handler også om å endre forholdet lege-pasient i en retning som er mer i samsvar med lovverket og den generelle samfunnsutviklingen. Vi har stilt oss spørsmålet om selve epikrisen alltid er best egnet som skriftlig informasjon til pasientene. I tilfeller hvor man mener epikrisen kan skape forvirring, være til skade for pasienten, hvor pasienten ikke vil kunne forstå innholdet eller hvor pasienten mangler sykdomsinnsikt, må dette grundig vurderes.

Selv om pasienten får en grundig gjennomgang av epikrisen i utskrivningssamtalen, må vi ikke glemme at det å se vurderinger og uttalelser om seg selv på trykk, er sterkt for de fleste. Hvordan kan vi sikre oss at pasienten har tatt informasjonen tilstrekkelig innover seg? Selv i løpet av en god samtale vil mye av det som er blitt sagt, gå i glemmeboken i etterkant. For pasienter med kognitiv svikt og hukommelsesvansker vil hver titt på epikrisen senere være en «ny» opplevelse av det de leser, med påfølgende reaksjoner. Vi har sett på om det er andre måter å gi pasienter tilstrekkelig og relevant informasjon på, for eksempel i form av en lettfattelig, forenklet oversikt over viktige råd for tiden etter utskrivning.

Vi inviterte vår faste kontaktperson fra Landsforeningen for pårørende innen psykiatrien for å innhente innspill og kommentarer. Vedkommende mente at det er god praksis og respektfullt overfor pasient og pårørende å tilby epikrise ved utskrivning. Foreningen ønsket at pårørende skal få mulighet til å være til stede i sluttsamtale med pasienten, og mente at dette blir spesielt viktig ved kognitiv svikt/demens. Videre mente de at vi må sikre oss at mottager av epikrisen, både pasient og pårørende, forstår innholdet. Vi ble anbefalt å utforme skriftlige, enkle råd i de tilfeller epikrisen ikke blir gitt til pasienten eller pårørende. Pårørendes rett til informasjon og medvirkning skal baseres på pasientens samtykke. De var opptatt av at epikrisen må inneholde håp og gode råd.

Utfordringer underveis

Gamle vaner og holdninger skulle endres. Avdelingen hadde fra før en «gullstandard» der sykepleierapporten de siste 10-15 år har vært ferdig til utskrivningsdagen. Prosjektet krevde at vi nå skulle levere en tverrfaglig epikrise ved utskrivning. Her var det behov for å drøfte både lovverk, tradisjoner og holdninger. Ulike tradisjoner skulle forenes. Det ble stilt spørsmål ved epikrisens hensikt – er den bare et arbeidsredskap mellom behandler og oppfølgende instans, eller kan den ha flere sendere og mottakere? En av de største utfordringene

i startfasen var å utarbeide en felles mal for tverrfaglig epikrise i døgnposten.

Vi ønsket å få lagt inn en felles mal i elektronisk pasientjournal før prosjektstart. Vi laget også nye rutiner for epikriseskriving: Ved innleggelse opprettes umiddelbart dokumentet *Tverrfaglig epikrise* av sekretær. Dermed kan behandler allerede i startfasen av oppholdet fylle inn opplysninger om bakgrunn for innleggelse. Mål for oppholdet skrives inn straks dette er klart. Malen har med elementer både fra den tradisjonelle epikrisemalen som behandlerne tidligere brukte, og fra rapportmalen til sykepleiere, ergoterapeut, fysioterapeut og sosionom. Dette innebærer til dels overlappende punkter og noe uklarhet om hvem som skal skrive hva under de ulike punktene. Det har vært et mål at epikrisen ikke skal bli for lang. Sykepleierne har vært opptatt av at de ved den nye felles epikrisen ikke må «miste» viktig informasjon til oppfølgende instans.

I prosjektperioden har de fleste opplevd at det har vært effektivt og arbeidsbesparende å jobbe sammen om den tverrfaglige epikrisen. Det er et dilemma at epikrisemottagerne (pasient og fastlege) har ulike behov for blant annet språklig formulering. Trolig vil en praksis hvor samme epikrise går til både fastlege og pasient, føre til at språket etter hvert blir mer lesvennlig for pasienter enn det har vært tidligere, uten at dette påvirker selve innholdet og den informasjon som er nødvendig å gi til fastlege for videre oppfølging og behandling.

Fra prosjekt til praksis

Det er effektivt å ha fokus på ferdigstillelse av epikrise til utskrivning. Det skaper ikke merarbeid, men arbeid på annet tidspunkt, og i Alderspsykiatrisk avdeling har vi sett gevinster av å samarbeide på denne måten. I ettertid har vi finpusset malen og laget en veileder for utfylling.

Bør alle få epikrise? I lys av pasientrettighetsloven og legers praksis er det behov for avklaring av hva som skal til for å sikre pasientene god informasjon og mer involvering i behandling og oppfølging. Vi må etter beste faglige og medmenneskelige skjønn finne frem til hvilken type og mengde informasjon som er tilrådelig i hvert enkelt tilfelle. Vi ønsker at de tiltak vi gjør ved utskrivning skal tjene et formål, ikke gi vonde opplevelser og ikke være behandlingsmessig skadelige. Det er også viktig at vi ikke vanskeliggjør senere

behandlingsmuligheter ved at alliansen mellom helsepersonell og pasienten skades. Dette må vurderes og avklares i hvert enkelt tilfelle. Denne praksis er i tråd med det endrede maktforhold mellom brukere og helsepersonell som vi ser i dag. Sterkere brukere, lovverket og samfunnsutviklingen vil kreve denne endringen.

I evalueringen etter pilotprosjektet fremkom det at enkelte leger endret ordbruken i epikrisen når de viste at den ikke kun skulle sendes fastlegen, men også overleveres pasienten. Enkelte ord ble byttet ut og budskapet ble kanskje «pakket mer inn». Disse funnene kan indikere at når epikrisen skal gå til pasienten, gjør det noe med lege-pasient-relasjonen. Pasientens verdighet må ivaretas på en ny måte, og kvalitetskriteriet på en godt skrevet epikrise blir om den tåler pasientens sårbare blikk. Spørsmålet er om en eventuell endring kan forringe epikrisens informasjonsverdi til helsepersonell. Dette er forhold vi vet lite om. Det er viktig å stille spørsmål om hva som gjør at pasienten opplever å ha fått god informasjon om behandling og oppfølging.

I dag, halvannet år etter prosjektet, har vi en etablert praksis i Alderspsykiatrisk avdeling, der det i hvert tilfelle blir vurdert om pasienten bør få sin epikrise ved utskrivning. I poliklinikken tilstreber vi å ha et ferdig utkast til epikrise for gjennomgang med pasienten i siste konsultasjon. Ofte vil pasienter som har vært utredet for kognitiv svikt heller ha den forenklete oppsummeringen *Informasjon til pasient*. I døgnposten er nå alle epikrisene ferdigstilt ved utskrivning, og det er bare helt unntaksvis pasienten ikke får med seg en kopi.

■ karin.galgerud@sabhf.no

Referanser

1. PassOpp (2004) Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten.
2. Wathne CT, Fossen Ø (2006) Rapport nr 7. Hamar: Helse-Øst RHF. Prosjektrapport *Epikrise til pasienter*.
3. Trumpy JH (2002) Bør pasientene automatisk få kopi av sin epikrise? *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr.4/2002;122:394-6.
4. Thoresen O, Grimsø A (2006) Bør pasienter i allmennpraksis tilbys kopi av dagens journalnotat? *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 5/2006;126:603-4.



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Konferanseglimt

Årets landskonferanse i alderspsykiatri ble arrangert i Kristiansand 9.-11. mai. Behandling av depresjon, søvn og søvnforstyrrelser, posttraumatisk stresssymptom, livskvalitet, livsglede og seksualitet var noen av emnene de 196 deltakerne fikk en innføring i.

Livskvalitet

Hva er livskvalitet hos eldre? Spørsmålet ble stilt til 307 personer i en undersøkelse gjort av fysioterapeut, dr. philos, Astrid Bergland ved Høgskolen i Oslo. Et par av svarene lød slik:

- Å stå opp om morgenen uten å måtte gripe etter rullator eller krykker
- En telefon fra sønnen min.

Bergland gikk gjennom forskjellige begreper og definisjoner og ulike måter å måle livskvalitet på. Livskvalitet er tydeligvis blitt et populært tema i forskerkretser, for mens websiden Medline hadde én referanse til begrepet i 1969, hadde Bergland funnet 90 125 referanser på samme sted i 2007.

Kanskje livskvaliteten kan økes for alderspsykiatriske pasienter ved bruk av sanserom, trim, aktivitetsgruppe, svømming og baking? Dette inngår i tilbudet på Alderspsykiatrisk avdeling ved Sørlandet sykehus HF i Kristiansand. Sanserommet blir brukt av pasienter over 65 år med angst og uro, uavhengig av kognitiv svikt. Ergoterapeutspesialist Hilde Fleitscher Haugedal siterte fra sanseintegrasjonsteorien til Ayres og King:

- Sanseinntrykk er føde for hjernen
- En frisk hjerne klarer å sortere sanseinntrykk
- Er hjernen skadet, går stimuli til hjernen «uten filter».

Sanserommet på Alderspsykiatrisk avdeling er innredet med massasjestol, en god hvilestol, en amerikansk gyngestol, boblerør og tåkelampe med farger og dufter. Brukerne blir tilbudt kuledyne og musikk med beroligende effekt. Målsettingen med behandlingen er å oppnå varig eller midlertidig reduksjon av angst og uro.

Gule engler for livsglede

– Vi vil endre holdningene til alle i hele eldreomsorgen!

To svært engasjerte, nyutdannede sykepleiere hadde et tydelig budskap:

– Det bør lovfestes at eldre, pleietrengende personer må få komme ut og oppleve livsglede! Hvis barn hadde blitt holdt inne hele dagen i mange år, ville alle vært enige om at det var et overgrep.

Anette S. Jacobsen og Elin A. Verdal i Kristiansand er nå kjent som *De gule englene*, etter Faktor-programmet i NRK om prosjektet deres vinteren 2007. Som sykepleiestudenter hadde de seks uker praksis på sykehjem – og fikk sjakk. Pasientene satt i ro hele dagen, det var lite aktivitet og de kom aldri ut fordi personalet mente at de ikke hadde tid. Dette bestemte Anette og Elin seg for å endre, og etter en kolossal innsats med å finne sponsorer, kontakte presse og politikere, få tak i underholdningskrefter og foredragsholdere, lokaler og alt annet som trengtes, satte de i gang «Livsgledeuka 2006». Dette er nå blitt til månedlige samlinger på alle sykehjemmene i Kristiansand, og det er blitt arrangert turer til svømmehall, til Dyreparken, kino, grillsamlinger, julekonsert, tur til Kypros og mye annet. Innsatsen er intet mindre enn imponerende, og nå er stiftelsen Livsglede for eldre et faktum, med lokalavdelinger i Farsund, Grimstad, Kristiansand, Mo i Rana, Notodden, Rauma, Tromsø og Trondheim. Flere vil det bli, lover de to initiativtakerne. Mer om prosjektet: www.livsgledeforeldre.no

Depresjon og behandling

Lege og stipendiat Jens Kronborg Djernes fra Gerontopsykiatrisk avdeling ved Brønderslev psykiatriske sykehus i Nord-Jylland orienterte om sin oppfølgingsstudie av en gruppe deprimerede pasienter innlagt i sykehus, en gruppe hjemmeboende deprimerede

Anette S. Jacobsen og Elin A. Verdal vil ha livsglede for eldre inn på timeplanen ved alle helsefagutdanninger. – Nesten hundre prosent av sykepleierstudentene på Høgskolen i Agder vil ikke jobbe i eldreomsorgen, men 80 prosent havner der. Det er sikkert ikke annerledes andre steder. Hvordan skal det gå hvis de ikke forstår at eldre har de samme behov som vi?



pasienter samt kontrollgruppe med mentalt friske hjemmeboende. Oppfølgingen varte i åtte år. Temaet var: «Endrer en depresjonsdiagnose eldre menneskers helsetilstand?» Blant resultatene var følgende:

- Det var ingen signifikante forskjeller i morbiditet i vitale organer mellom deprimerte og ikke-deprimerte personer
- Pasientene som var innlagt i sykehus fikk flere antipsykotika enn de hjemmeboende med depresjon
- 84 prosent av pasienter som hadde vært innlagt, fikk påbegynt eller øket behandling med antidepressiva hos sin allmennpraktiserende lege
- Omkring 75 prosent ble vurdert av legen til å ha effekt av behandlingen
- Det var ingen endring i bruk av somatiske helse-tjenester hos gruppene.

Krav til kommunikasjon

Kan vi stille krav til fagpersoner som skal kommunisere med deprimerte eldre? Spørsmålet ble stilt av oversykepleier Inger Margrethe Eriksen ved Alderspsykiatrisk avdeling på Gaustad sykehus. Svaret var et klart ja, vi skal blant annet kreve

- verdier, normer og interesse for pasienten
- kunnskap om depresjon, men også om pasientenes hverdagsliv, så man kan se sammenhengene
- selverkjenning i forhold til egne svakheter og negative egenskaper. «Be om tilbakemelding fra kollegene, og krev veiledning!»
- vilje og evne til kommunikasjon.

Eriksen siterte Virginia Satir: «Den største gaven jeg kan tenke meg å få er at de ser meg, hører meg, forstår meg og tar på meg. Når dette har skjedd, føler jeg at vi har skapt kontakt.» Eriksen hadde synspunkter både på sitatet og forholdene i psykiatrien:

- Det er ingen selvfølge at andre liker å bli tatt på
- Økonomi og kvalitet kolliderer hver dag. I helseforetaket skal vi gi tjenester av god kvalitet og *dessuten* passe økonomien. I hverdagen er det kun spørsmål om hvor fort vi kan få pasienten bedre for å spare penger. Og så kommer pasienten tilbake, og tilbake, og tilbake.

Posttraumatisk stressyndrom

Psykolog Hildegunn Selle i Psykososialt team ved Sørlandet sykehus HF fortalte at mellom én og syv prosent av befolkningen lider av posttraumatisk stress-symptom (PTS). Risikofaktorer er ekstremt eller langvarig traume og opplevelse av hjelpeløshet. Dette oppstår under krig og jordskjelv, men også i alvorlige bilulykker, branner og andre hendelser som innebærer en truende og katastrofal opplevelse for de involverte. PTS har alvorlige konsekvenser:

- Sterkt traumatiserte mennesker har forminskert hippocampus, og dermed dårligere hukommelse
- De lider av gjentatte påtrengende minner om hendelsen, mareritt og vonde drømmer
- De kan få et avflatet følelsesliv og følelse av manglende fremtidshåp
- De kan ha vansker med å sovne eller å sove, bli irritable, få konsentrasjonsproblemer, eller være

- på vakt og bli uvanlig skvetne, og dermed få problemer med tilknytning til andre mennesker
- Personlighetsutviklingen forstyrres.

– *Hva er livserfaringen hos de menneskene vi har omsorg for*, var Hildegunn Selles tankevekkende spørsmål. Hun vektla en meningsfylt hverdag med sosiale relasjoner, jobb, familie, aktivitet, latter og mulighet til å dele positive opplevelser som viktige faktorer for å begrense skader hos personer med PTS.

Neste landskonferanse i alderspsykiatri blir i Tromsø i 2008.



Jens K. Djernes:

Deprimerte pasienter i vår undersøkelse tok hyppigere kontakt med lege utenfor kontortiden enn i kontortiden. Grunnen tror jeg kan være at de er ekstra ensomme på kvelds- og nattetid. Om dagen kommer det gjerne en hjemmehjelper eller andre personer innom. Det beklagelige er at mange hjemmehjelpere, hjemmesykepleiere og allmennpraktiserende leger har for liten kunnskap om alderspsykiatri, og derfor ikke vet hvordan de skal observere de eldre og gå videre med det de finner.

To posterpriser til Vardåsen!

Under landskonferansen i alderspsykiatri ble seks postere presentert, og det ble delt ut to posterpriser.

Den ene prisen gikk til ledende spesialsykepleier Alka Goyal for posteren *Endringer av atferdsmessige og psykologiske symptomer hos personer med demens, målt med Neuropsychiatric Inventory og Cornell skala under opphold ved en alderspsykiatrisk avdeling*.

Den andre gikk til seksjonsoverlege Kjell Martin Moksnes, Alderspsykiatrisk avdeling og datakonsulent Oddmar Moen, Psykiatrisk divisjon, Ullevål universitetssykehus, for posteren *Håndtering av aggresjon blant eldre pasienter i institusjon*.

Begge prisene var på kr 2.500.

Demens&Alderspsykiatri gratulerer!

Kjell Martin Moksnes og Alka Goyal brakte to posterpriser til Alderspsykiatrisk avdeling, Ullevål universitetssykehus avdeling Vardåsen. Oddmar Moen var ikke til stede under overrekkelsen





Kjersti Wogn-Henriksen, sjefpsykolog,
Alderspsykiatrisk enhet, HF Nordmøre og Romsdal

Fra «Idag er jeg hos psykologen» til «Hvor kommer du fra?»

Besvarelser på oppgave 19 i Mini Mental Status (MMS) gjennom fem års demensforløp

Jeg var nylig på et oppfølgingsbesøk hos en 80 år gammel hjemmeboende kvinne med vaskulær/blandet demens. Det var nå blitt over ett år siden siste kontakt. For første gang stod hun ikke og ventet på meg da jeg ankom. Tvert imot lot hun ektemannen åpne døren og stod selv på kjøkkenet over oppvaskbenken og ga inntrykk av å være svært så travel. Det var tydelig at hun ikke umiddelbart gjenkjente meg og heller ikke hadde spesiell lyst til å innlate seg med fremmede. Etter hvert knyttet hun dog mer an, medga at «det var noe kjent» med meg og hadde ikke noe imot en prat. Men at vi hadde hatt kontakt gjennom mer enn fem år og at hun var blitt testet av meg mange ganger tidligere, syntes hun ikke å ha noen klar eller overbevisende erindring om.

Ved samtale og testing blir det tydelig at det foreligger et markant kognitivt fall hos pasienten. På MMS skårer hun nå 16/30 poeng mot 27/30 forrige gang. Både hun selv og pårørende beskriver betydelige og aksellererende hukommelses- og orienteringsvansker gjennom det siste året.

Kort sykehistorie

Ved første kontakt vel fem år tidligere ble jeg kjent med en kvinne med stor kunnskapstørst, en usedvanlig ærekjærhet i forhold til å være flink og en tilsvarende sårbarhet når hun opplevde begynnende intellektuell svikt. Hun hadde en offensiv holdning til helsevesenet for å få vite mest mulig og få den beste behandling som var innen rekkevidde.

Pasienten skåret på dette tidspunkt 24 poeng på MMS, og det ble beskrevet en sykehistorie på fire-fem år forut for vårt første møte. Hun fikk Aricept som hun responderte godt på: Et halvt år senere oppnådde hun 29 poeng på MMS, og både hun selv, komparentinformasjon og testresultater bekreftet et kognitivt, praktisk og stemningsmessig løft. Etter halvannet til to år avtok imidlertid effekten. Hun ble nå satt på Exelon. Effekten var god, men også denne gang tidsbegrenset.

Det siste halve året før mitt besøk opplever pasienten igjen en ytterligere kognitiv funksjonssvikt. Hun får vansker med å orientere seg utendørs, gjør mindre i huset og fortviles og ergrer seg over sin sviktende hukommelse. Totalt har sykdommen nå progrediert gjennom ti-elleve år, og det er åpenbart at pasienten går inn i en ny fase av sykdomsutviklingen som krever oppfølging på nye måter. Det er viktig å notere seg at hun hadde en positiv effekt av antidemensmedisiner som ved begge forsøk bedret kognitiv, praktisk og psykisk funksjon i halvannet års tid. Men som vi vet, gir ikke medisinene noen varig seier over demenssykdommens iboende progredierende karakter.

Setningene hennes på MMS

I denne sammenhengen har jeg primært lyst til å henlede oppmerksomheten mot noen opplevelsesmessige aspekter gjennom sykdomsforløpet, slik disse ble illustrert gjennom hennes besvarelser på oppgave 19 på MMS: Skriv en setning med mening på dette papiret.

Totalskåren på MMS gir oss selvsagt en viktig, grov informasjon om kognitivt funksjonsnivå, men den selvformulerte setningen kan på en annen måte enn tallverdier gi oss en pekepinn om temaer i demensens indre landskap. Jeg har i en tidligere artikkel i DEMENS fundert litt over at besvarelsene på denne oppgaven i MMS enkelte ganger kan gi klinisk interessant informasjon om pasientens selvopplevelse og livsverden (1).

Oppgave 19 forutsetter at den testede forstår instruksjonen, kan velge innholdsmessig fokus, komponere en setning med subjekt og predikat og fastholde den inntil den er skriftlig formulert på papir. Oppgaven tapper åpenbart kognitive såvel som visuomotoriske funksjoner. Utover dette vil både kognitivt nivå og emosjonelle og kontekstuelle forhold kunne innvirke på hva pasienten faktisk skriver. Men mens de øvrige

Oktober 2001:

I dag er jeg hos psykologen

September 2002:

Jeg har fått et hyggelig besøk i dag!

Juni 2003:

I dag har jeg en veldig god dag fordi Kjersti er her

Oktober 2003:

Jeg er så glad for å ha besøk av deg!

November 2004:

Tusen takk for at du enda husker meg!

Juli 2005:

Jeg er heldig som har folk som tenker på meg

November 2006:

U Urur kommer du fra?

oppgavene på MMS fordrer konvensjonell kunnskap og ferdigheter, er denne litt annerledes fordi den rommer elementer av valg, kreativitet og ekspressivitet fra pasientens side. Dermed øker også sjansen for at besvarelsen kan bli mer personlig. Innen psykodynamisk psykologi tenker man ofte at oppgaveløsning i en åpen og ustrukturert situasjon vil farves av indre anliggender (den såkalte projektive hypotese).

Jeg synes denne pasientens besvarelser på oppgave 19 kan formidle kvalitativ informasjon om noen psykologiske prosesser underveis i demensforløpet. I det følgende gjengir og kommenterer/fortolker jeg syv forskjellige setninger som hun skrev på denne oppgaven på ulike tidspunkt i min kontakt med henne. Setningene gjengis i kronologisk rekkefølge. Det er over fem år mellom den første og siste setningen.

1. I dag er jeg hos psykologen

Jeg tar det ikke som en selvfølge at eldre mennesker er fortrolige med min yrkestittel eller har den som en del av sitt aktive ordforråd. Denne pasienten var oppdatert og velorientert og får vist det gjennom sin

korrekte benevnelse av min profesjon. Utover det er setningen lite ekspressiv.

2. Jeg har fått et hyggelig besøk i dag

Her er jeg på hjemmebesøk. Pasienten knytter godt an og gir uttrykk for å oppleve kontakten og oppfølgingen som positiv.

3. I dag har jeg en veldig god dag fordi Kjersti er her

Kontakten er nå veletablert og personliggjort, og hun benevner meg ved fornavn. Besvarelsen er mer emosjonelt farvet, men hun omtaler meg i tredje person.

4. Jeg er så glad for å ha besøk av deg!

Også en nær og personlig tilbakemelding om betydningen av relasjonen. Muligens kan vi tolke en vekst i tiknytningen idet hun denne gang formidler direkte til meg i du-form.

5. Tusen takk for at du enda husker meg!

Her kan vi ane at hun mer enn før opplever å trenge andre, samtidig som samvær med andre ikke lenger

er selvfølgelig eller enkelt. Kanskje er det derfor hun formidler takknemlighet. Når hun bruker ordet «husker», kan en anta at det er et fenomen som ligger henne sterkt på hjertet.

6. Jeg er heldig som har folk som tenker på meg
Fortsatt en erkjennelse av at hun er heldig og takknemlig, men den er ikke lenger direkte adressert til meg, men mer generelt til «folk». Kanskje persontilknytningen til meg allerede på dette tidspunkt begynner å falme?

7. Hvor kommer du fra?

Mens hun vanligvis skrev sine setninger raskt og uten latens, strevde hun nå med å komme i gang. Skriften er lesbar, men mer nølende og ikke så velformet som før. Mest påfallende var det at hun famlet atskillig og gjorde noen kruseduller med pennen i luften og på arket før hun kom i gang. Det virket som om hun ikke helt klarte å skrive en H (jeg fikk henne til å lese setningen høyt etterpå, og da er det tydelig at den første bokstaven skal være en H), og sa med et sukk: «Jeg tror ikke jeg får til å skrive lenger». Etter en stund overvant hun likevel startvanskene og «kom på sporet» av skrivingens vel innlærte kunst.

Jeg synes i dette tilfellet at det mest interessante ikke primært kommer til syne gjennom selve ordbruken eller skriftformingen, men i større grad gjennom hva slags kognitivt fokus og emosjonell kvalitet som preger setningen hennes. Formuleringen formidler formodentlig noe av de orienteringssvikt og gjenkjenningsvansker som i økende grad gjennomsyrrer hverdagen hennes: På dette stadium er jeg ikke lenger en tydelig identifisert person. Selv om hun etter hvert gir uttrykk for en viss familiaritet overfor meg som menneske, har hun ikke lenger noen klar referanse om hvilken sammenheng jeg inngår i. Hennes forståelse av meg er både mer diffus og fragmentert, slik man kan forvente hos en person hvor demenssykdommen har utviklet seg i minst ti år. Basale ferdigheter som å arkivere eller identifisere personer og hendelser i rett kontekst eller tid går ikke lenger automatisk eller ubesværet. Hun sliter mer med å få verden til å henge sammen, selvfølgelighetene smuldrer bort og hun undrer derfor: Hvor kommer du fra?

Det er en ensom, fortvilt og sliten kvinne som skriver. Med sine enkle setninger har hun skrevet sin egen fortettede roman om hvordan demenssykdommen har grepet inn i hennes liv.

■ kjersti.wogn-henriksen@helsenr.no

Referanse

1. Wogn-Henriksen K (2002) Skriv en setning med mening på dette papiet. *DEMENS* nr 2/2002.

Referanser Referanse fra artikkel side 10-11

1. Engedal K & Haugen PK (2005) *Demens Fakta og utfordringer* 4. utg., Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
2. Croog SH, Sudilovsky A, Burleson JA, Baume RM (2001) Vulnerability of husband and wife caregivers of Alzheimer disease patients to caregiving stressors. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 15, 201-210.
3. Annerstedt L, Elmstahl S, Ingvald B, Samuelsson SM (2000) Family caregiving in dementia: an analysis of the caregiver's burden and the «breaking-point» when home care becomes inadequate. *Scandinavian Journal of Public Health* 28, 23-31.
4. HOD (2005) Lov om pasientrettigheter, Pasientrettighetsloven, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.
5. HOD (2004) Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialhelsetjenesteloven, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.
6. Helse-Sørøst HF: Internet Communication – URL; www.helse-sorost.no: 3. august 2007.
7. Ulstein I, Wyller TB, Engedal K (2006) The Relative Stress Scale, a useful instrument to identify various aspects of carer burden in dementia? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 22, 61-67.
8. Johannessen A (2006) Pårørende til personer med demens. Evaluering av en psykoedukativ intervensjon rettet mot pårørende. Gjøteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.
9. Harvey JH et al. (2003) The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years. *Journal Neurol Neurosurg Psychiatry* 74, 1206-1209.
10. Tones K & Tilford S (2001) *Health promotion: effectiveness, efficiency and equity*, 3rd ed. Cheltenham UK: Nelson Thornes.
11. Bjorvell H (1999) Patient empowerment-the aim is better health and stronger right to decide. *Lakärtidningen* 96, 4816-4820.
12. Green A & Brodaty H «Care giver interventions»: *Qizilbash, N. 2002, Evidence-based dementia practice*. Oxford: Blackwell science.
13. James I, Powell I, Reichelt K (2001) Cognitive therapy for carers: distinguishing fact from fiction. *Journal of Dementia Care* 9, 24-26.
14. Vugt ME, Stevens F, Aalten P, Lousberg R, Jaspers N & Verhey FR (2005) A prospective study of the effects of behavioral symptoms on the institutionalization of patients with dementia. *International Psychogeriatrics* 17, 577-589.
15. Guldahl VB & Johannessen A (2000) *På hvilken måte kan veiledning bidra til at kursledere starter ESL-grupper*. Tønsberg: Høgskolen i Vestfold avdeling for lærerutdanning
16. Aldring og Helse. Internet Communication – URL; www.aldringoghelse.no: 27. februar 2007.



Aud Elisabeth Witsø, vernepleier, Ressurssenter for personer med demens og deres pårørende¹, Trondheim kommune

Erindringsarbeid i en travel hjemmetjeneste – er det mulig?

«Vi anbefaler (...) at personale som arbeider med hjemmeboende personer med demens både får opplæring i erindringsarbeid og at det settes av tid til refleksjon rundt arbeidet.»

I et drøyt år har to sonegrupper i hjemmetjenesten og ambulerende dagtilbud i Trondheim kommune hatt fokus på erindring i arbeidet med hjemmeboende personer med demens. Arbeidet har vært et delprosjekt i «Over terskelen»-prosjektet, en videreføring av Nasjonalt kompetansesenters² prosjekt «Hjemmeboende personer med demens» fase 2.

Bakgrunn

Erindringsprosjektet har vært en del av kompetanseutviklingsprogrammet for ansatte i de to demensarbeidslagene i hjemmetjenesten og ambulerende dagtilbud³ i Over terskelen-prosjektet. Erindringsarbeidet har vært et samarbeidsprosjekt mellom prosjektkoordinator for Over terskelen og Ressurssenter for demens. Prosjektet har vært organisert i to runder, vår og høst 2006, nedenfor omtalt som første og annen prosjektperiode.

Erindringsarbeid representerer en ikke ny, men relevant ramme for tilnærming. Vårt utgangspunkt var at erindringsarbeid i vidt perspektiv både kan representere en grunnleggende forståelsesramme for demens, omtrent på lik linje med sykdomslære, og

samtidig være en sekk med enkle og gode redskaper i praktisk omsorg. Vi hadde også en hypotese om at mange av personalet i hjemmetjenesten ubevisst anvender elementer fra erindringsarbeid. Vi mente det var av betydning å bevisstgjøre personalet og synliggjøre kunnskapen og de gode eksempler som finnes, for derigjennom å belyse potensialet for en tilpasset omsorg til hjemmeboende personer med demens.

Mål med erindringsprosjektet

Selv om det er mangel på forskning som beviser effekten av erindringsarbeid, finnes det mye faglitteatur og mange utviklingsprosjekter som viser til kvalitative undersøkelser med gode resultater av denne måten å tilnærme seg personer med demens på (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7). Vi ønsket at prosjektet skulle bidra til å styrke opplevelse av identitet og egenverd hos de inkluderte personene med demens, samt å øke personalets bevissthet om erindringsarbeidets ulike anvendelsesområder som naturlig samværsform i hverdagen. Å få til et bedre samarbeid mellom pårørende og hjemmetjenesten har vært et annet viktig element i prosjektet. Videre var det et mål å styrke personalets ferdigheter i aktivt og systematisk erindringsarbeid og overføre kunnskap og kompetanse til andre i tjenesten. Å lære seg å planlegge, reflektere, evaluere og dokumentere ble dermed sentralt (8). Dette som et ledd i å bevisstgjøre personalet i en svært travel arbeidshverdag.

Første prosjektperiode

I denne perioden hadde ressursenteret to tredjeårs vernepleierstudenter i praksis, med særlig interesse for denne type arbeid. De fikk medansvar for å holde oppmerksomheten på systematikken og samle tråder i arbeidet. De var en stor ressurs for både brukerne, personalet og prosjektledelsen gjennom hele perioden. To av personalet i hvert arbeidslag og fire av personalet fra ambulerende dagtilbud deltok. Målgruppen var seks hjemmeboende personer med demensdiagnose og to med kognitiv svikt etter hjerneslag og hjerneinfarkt. Felles for dem var at de bodde alene. Personalet ga som grunn for utvelgelsen av brukerne at de hadde lite sosialt nettverk, tendens til isolering og at de trengte sosial stimulering og noen å prate med. Personalet fortalte at de av ulike grunner kom til kort i tilnærmingen overfor disse personene.

¹) Forkortes senere til Ressurssenter for demens (red.)

²) Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (red.)

³) Ambulerende dagtilbud innebærer at personale kommer hjem til brukere med demenssykdom som trenger et alternativ til det eksisterende dagtilbudet i kommunen.

Systematikken i første prosjektperiode

Opplæring i erindringsarbeid og utveksling av erfaringer

Det ble gjennomført en halv temadag om hvordan og hvorfor samle inn livshistorieopplysninger og dilemmaer knyttet til dette, verdien av erindringsaktiviteter, ideer om hvordan en kan jobbe med erindringsaktiviteter i andres hjem, om triggere (erindrings-igangsettere eller -utlødere) generelt og om triggere i hjemmet spesielt, om systematisk arbeid generelt og om bruken av et registreringsskjema spesielt. I tillegg hadde vi to halve temadager med oppfølging, erfaringsutveksling og veiledning.

Innsamling og skriftliggjøring av livshistorieopplysninger

Til andre temadag skulle deltagerne starte prosessen med å samle inn livshistorieopplysninger. Vi tok utgangspunkt i en mal fra Marianne Kjer ved Nørrebro erindringssenter (6). Dette innebar for de fleste at de også tok kontakt med pårørende der det var mulig, presenterte arbeidet og ba om hjelp fra dem.

Arbeid med erindringsaktiviteter og bruk av registreringsskjema

Prosjektdeltagerne skulle planlegge og gjennomføre fire erindringsbesøk i perioden. Dette innebar arbeid med å definere problemstilling, tenke gjennom mål og gjennomføring i forkant og evaluering i etterkant. I tillegg skulle de ved alle besøk måle velvære/trivsel/ubehag hos brukeren. Vi tok utgangspunkt i Myskja og Lyngroths velværeskjema (9) og omarbeidet dette til prosjektets bruk i samarbeid med Trondheim kommunes utviklingstjeneste. Alle prosjektdeltagerne hadde med seg en av vernepleierstudentene på besøkene, og det var de som hadde hovedansvaret for veiledning i og bruken av registreringsskjemaet. De målte status «her og nå», forløp og trivsel underveis.

Utvidet vedtak

Tjenestetilbudet ble for noen av de mest sårbare brukerne utvidet med et vedtak på inntil to timer ekstra per uke til å gjennomføre veiledning, praktiske gjøremål sammen med brukeren og/eller erindringsaktiviteter i prosjektperioden (10). Denne ekstra ressursen i form av tid er videreført hos de aktuelle brukerne etter prosjektets slutt.

Hos blikkenslageren

Historien nedenfor er fra første prosjektperiode og omhandler deler av en erindringssamtale med Knut, en enkmann i åttiårene. Han preges av negative tanker om sin situasjon og har vanligvis et sterkt fokus på helsesvikten. Han sier selv han er i dårlig forfatning og liker ikke at folk skal se det. Målet var å styrke hans identitet og selvbilde gjennom samtale om

yrkeslivet i en erindringsstund. Til stede var primærkontakten fra hjemmetjenesten og vernepleierstudenten. Tidsbruk ca én time.

Knut var i dårlig form da vi kom og kommenterte at dette ikke var noe liv. Allikevel sa han at han var glad for at noen kom. Vi satt sammen rundt stuebordet, han satt godt nede i godstolen sin. Samtalen dreide seg om tiden fra Knut begynte i lære til han ble ferdig utdannet blikkenslager. Etter hvert fortalte han om firmaet sitt og lokaliserte dette geografisk. Primærkontakten stilte spørsmål og engasjerte seg i samtalen, og Knut svarte villig. Han fortalte detaljert om firmaet, om plate- og takkonstruksjon og bearbeiding av materialet, om verktøy og maskiner. Etter en stund ga han uttrykk for at han ble sliten og fikk vondt i skulderen. Primærkontakten lurte da på om han ville avslutte samtalen, men på eget initiativ fortsatte Knut å prate om hverdagen sin som blikkenslager. Det kom et vendepunkt i samtalen da han poengterte at han som blikkenslager ikke bare holdt på med jern, stål, plater og takarbeid. Han satte seg opp i stolen litt fremoverbøyd og kikket rett på oss. Han fortalte da at han også holdt på med kobber og messing som han laget figurer og gjenstander av. Han smilte og pekte på to kobberkjeler som stod på gulvet og sa: «Disse har æ laga». Studenten hentet den ene kjelen og gav ham den. Han fikk tårer i øynene og pratet ivrig om hvordan den var laget av kobber med nagler og smijernsbeslag. Under denne sekvensen gav ikke Knut uttrykk for at han hadde vondt i skulderen eller var i dårlig form. Da besøkstiden nærmet seg slutten, sa vi at vi kunne komme tilbake en dag og snakke om andre temaer som var kommet opp underveis og som opptok ham. Knut ville gjerne at vi skulle komme tilbake og sa at det var godt å prate, for han var ofte ensom (11).

Vernepleierstudentens analyse av situasjonen på bakgrunn av registrering og refleksjon med primærkontakten i etterkant av besøket:

Selv om Knut formidlet at han var i dårlig form, virket det som om han var glad for å se oss. Kjennskap til livshistorien ga et utgangspunkt for å trigge frem enda flere opplysninger. Primærkontakten hadde gått til ham i flere år, men fikk stadig vite nytt om Knut. Ved registrering var det øyekontakt under hele samtalen. Han smilte og hadde humor innimellom. Den gode relasjonen til primærkontakten virket utslagsgivende for at Knut i det hele tatt ville ta imot oss på tross av sin dårlige form. Underveis tok han initiativ til å fortsette samtalen. Han virket glad og positiv over å få fortelle om sitt yrkesliv, og han tok selv initiativ til å bruke egne triggere, kobbergjenstandene. Ansiktet var mer våkent og oppglødd og kroppsspråket formidlet stolthet da han fortsatte å fortelle om arbeidet. Han smilte stolt. Han var tydelig beveget og satte pris på å få bekreftelse og anerkjennelse for arbeidet sitt (11).

Eksemplet over er ett av mange i prosjektet. Hva med de brukerne som ikke har vilje eller evne til å dele så mye verbalt som blikkenslageren? Erindring trenger ikke baseres på samtale, og det har naturlig nok vært store individuelle variasjoner i erindringens lengde, intensitet og innhold. Andre erindringsaktiviteter i prosjektet var for eksempel å synge/nynne eller å lytte til kjent sang og musikk sammen, biltur til kjent og kjært område, se på hestesport sammen på TV (bruker hadde drevet med hestesport tidligere), titting i album, på bilder eller gjenstander i huset, matlaging, besøk på en erindringsstue med utvalgte temaer fra erindringskassene der. En runde dartspill på stuegulvet var en måte å avrunde besøk hos en bruker på.

Annen prosjektperiode

Vi la opp andre periode på samme måte som den første, men innlemmet alle medarbeiderne i de to arbeidslagene, til sammen ti personer. Ambulerende dagtilbud deltok ikke i perioden. Vi hadde heller ikke vernepleierstudenter til vår disposisjon, og vi valgte å gå bort fra registrering og bruke loggbok i stedet. Deltagerne skulle gjennomføre tre erindringsbesøk, og i tillegg til første opplæring hadde vi tre samlinger med erfaringsutveksling og veiledning underveis. Deltagerne fikk en bok hver til å føre logg i. Dette innebar å reflektere over noen spørsmål som vi definerte for dem innenfor følgende overskrifter: fakta om brukeren, forberedelse, triggere, situasjonen hos brukeren, besøket, samtalen og hvordan de ville forberede seg til neste erindringsbesøk (12).

Resultater og erfaringer

«Hjemmet og hverdagslivet er i seg selv en egnet kontekst for erindringsaktivitet, med rikelig tilgang på individuelle triggere.»

Bearbeidelsen av registreringene i første prosjektperiode viste at erindringsarbeidet vakte engasjement hos alle brukerne, både før, under og etter erindringsstunden. Ingen av brukerne var engstelige, men i høy grad avbalanserte, og alle var glade underveis i aktiviteten. Et par av brukerne skåret «trist» eller mellom «trist» og «glad», men da forklares dette som en reaksjon på at brukeren ble sliten eller på at primærkontakten eller hjelper fra ambulerende dagtilbud måtte avslutte besøket og dra fra brukeren.

Følgende problemstillinger har dukket opp med jevne mellomrom i begge prosjektperioder: Prosjektdeltagerne erfarte at det kunne være vanskelig å prioritere erindringsarbeid på grunn av lange arbeidslister og/eller problemer med å få tildelt sine primærbrukere på sin arbeidsliste. Mangel på stabilitet bød også på utfordringer, enten det var på grunn av sykehusinnleggelse for bruker eller sykdom hos ansatte. For enkelte ga dette opplevelsen av å måtte

starte på nytt. Studentene erfarte at det blant deltagerne var en del vegring mot å komme ordentlig i gang, og at de opplevde at de måtte «mase» for å få laget avtaler om å bli med på erindringsbesøk.

Da de kom over startvanskene erfarte vi at *utvidet vedtak* fremmet muligheter til å gjennomføre planlagt erindringsaktivitet. Det har også senere gitt personalet mulighet til å planlegge og disponere tiden hos brukerne mer fleksibelt. Det har for eksempel ikke nødvendigvis vært hensiktsmessig å ha to timer sammenhengende erindringsaktivitet hos en og samme bruker én dag i uken. I noen tilfeller har det vært bedre å tilpasse aktiviteten til individuelle behov ved å kunne legge til litt ekstra tid på flere besøk i løpet av en uke. Hjemmet og hverdagslivet er i seg selv en egnet kontekst for erindringsaktivitet, med rikelig tilgang på individuelle triggere. Videre bidro vernepleierstudentenes tette oppfølging i første runde til økt refleksjon og bevissthet hos personalet i hjemmetjenesten og i ambulerende dagtilbud.

Deltagernes evaluering

For de fleste var det å samle inn livshistorieopplysninger og bruke dem i erindringsarbeid, en ny måte å tenke på som krevde både praktisering, øvelse og modning over tid. Deltakerne sier at det har vært spennende å delta i prosjektet, at de har lært mye, at de har fått bruke seg selv, fått en ny innfallsvinkel til samarbeid med pårørende og at de ønsker å jobbe systematisk med erindring fremover. En av de yngre deltakerne konkluderte for sin egen del med at historiekunnskap og livserfaring nok var en fordel, men ingen absolutt forutsetning. De mer garvede deltakerne hevder på sin side at livserfaring og historiekunnskap er en fordel, og at de yngre har mye å lære av dem. En av deltagerne foreslo konkret at yngre ansatte bør få anledning til å arbeide sammen med de mer erfarne for å observere og lære av dem. Etter annen prosjektperiode konkluderte deltagerne med at kombinasjonen av utvidet vedtak og kompetanse på innhenting av livshistorieopplysninger og samtaleteknikk gjorde det mulig å bygge relasjoner basert på tillit mellom brukere, primærkontakter og pårørende. Alle ytret ønske om tid til refleksjon over erfaringene de gjorde seg i erindringsarbeidet.

En av deltagerne sa følgende under et evalueringsmøte: *«Sårstell og erindringsarbeid kan likestilles. Begge oppgavene trenger forberedelser. Er samtalen om nupereller, burde jeg hatt et leksikon og en håndarbeidsbok å se i. For sårstellet må jeg forberede meg med gasbind og sårstellsett, og ta det med.»*

Våre konklusjoner

Systematisk erindringsarbeid i hjemmetjenesten både kan og bør gå an. Vi mener at fokus på person og relasjonsbygging kan gjøre besøkene og hjelpen

kvalitativt bedre og samtidig åpne opp for nye muligheter i samspillet. Historien om blikkenslageren er et eksempel på dette. Systematisk arbeid krever dokumentasjon for å bringe erfaringer videre (8), noe som var en av målsettingene i prosjektet. Det faglige opplegget i vårt prosjekt har fungert godt, men vi erfarte at registreringsskjemaet var noe vanskelig for deltagerne å bruke. Loggbok har vært enklere å håndtere. Vi har ønsket å fremme betydningen av å nedtegne deler av livshistorieopplysningene som blir oss til del når vi arbeider med personer med demens, nettopp for å gjøre viktige opplysninger tilgjengelige for andre i demensarbeidslaget. At primærkontakten kjenner «sin» bruker er både nødvendig og bra, men ikke tilstrekkelig når det er mange hjelpere involvert.

Anbefalinger

Erindringsarbeid kan være både en planlagt og en spontan samværsform og kan frembringe både gode og vonde minner. Personalet må være i stand til å fange opp både brukerens og egne følelsesmessige reaksjoner og ikke minst kunne vurdere hvordan en best mulig avrunder besøk på måter som ivaretar brukerens følelser. Vi anbefaler derfor at personale som arbeider med hjemmeboende personer med demens både får opplæring i erindringsarbeid og at det settes av tid til refleksjon rundt arbeidet. En person i, eller som er disponibel for, arbeidslaget bør i tillegg til å ha kompetanse på erindringsarbeid også kunne veilede personalet og ha ansvar for å sette refleksjon over erindringsarbeid på dagsorden i jevnlig møter. Denne personen bør motivere sine kolleger til å føre loggbok, som kan være et godt hjelpemiddel for refleksjon. Når en skriver ned plan og mål for erindringen samt erfaringer, kan det bli enklere å reflektere over hvordan det gikk og hvorfor det gikk som det gikk. Kunnskap, systematisk arbeid og refleksjon kan gjøre det enklere å handle fleksibelt og naturlig, og dette er en motsetning til tilfeldig arbeid.

Videreføring

Over terskelen-prosjektet hadde avslutning i januar 2007, men opplæring i erindringsarbeid er videreført våren 2007, i første omgang til fire nye sonegrupper i Trondheim kommune. Videreføringen er i regi av Trondheim kommunes Ressurssenter for demens. Ansvar for å legge til rette for veiledning og refleksjon over arbeidet legges i disse sonene til den enkelte fagkoordinator for demensarbeidslagene, henholdsvis sykepleier eller vernepleier. Opplæring og veiledning om dette får de blant annet i et opprettet nettverk for fagkoordinatorer for demensarbeidslag i kommunen. Ansvar for å opprette og lede nettverket frem til selvstendig drift er lagt til Ressurssenter for demens. Muligheten for å fatte utvidet vedtak på inntil to timer per uke overfor særlig sårbare brukere, videreføres.

Motsetningen til å arbeide tilfeldig er å arbeide ut fra en viss kjennskap og systematikk, og vi oppsummerer med Ove Dahls ord (5):

«Hvis personligheden skal bevares, er det afgørende, at hver enkelt verdsettes, som den helt unikke person, han eller hun er. Hvor der er indlevelse uden personlig kendskab, vil omsorgen være formålsløs og uden fokus. Hvor der er personlig kendskab uden indlevelse, vil omsorgen være løsrevet og kold. Men når både indlevelse og personlig kendskab er tilstede, kan der ske mirakler.»

■ aewitso@start.no

Referanser

1. Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M, Davies S (2005) Reminiscence therapy for dementia: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007 Issue 1.
2. Heap K (2000) *Snakk med meg! Å samtale med eldre*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
3. Sejerø-Szatkowski, K (2004) *Demens – kommunikasjon og samarbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
4. Witsø A E (2005) Kvaliteter ved samhandling. I Selboe m.fl (red) *Selvbestemmelse for tjenestenytere*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
5. Dahl O (1999) *Husker du?* Rapport om forsøgs- og utviklingsprosjekt om anvendelse af reminiscenseaktiviteter. København: Nørrebro erindringscenter.
6. Kjer M (2003) *Tid til fortid*. Et utviklingsprosjekt om bruk av livshistorie og reminiscensaktiviteter i det daglige arbejde på en plejehjemsafdeling. København: Nørrebro erindringssenter.
7. Kitwood T (1999) *En revurdering av demens – personen kommer i første rekke*. København: Dafolo forlag.
8. Linde S og Nordlund I (2006) *Innføring i profesjonelt miljøarbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
9. Myskja A, Lyngroth S (2001) *Individualisert musikk i eldreomsorgen*. Oslo: GERIA.
10. Hauger B (2006) *Demensprosjektet i Trondheim kommune, «Over terskelen»*. Statusrapport.
11. Kjevik M, Kvernmoen M Hva skal til for at hjemmeboende personer med demens kan få systematisk erindringsarbeid som en del av sitt tilbud fra hjemmetjenesten? Fordypningsoppgave. Program for vernepleie. AHS Hist.
12. Røkenes OH, Hansen PH (2006) *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 2. utgave. Oslo: Fagbokforlaget.



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

Sykehjem og omsorgsboliger – ikke samme tilbud

Stadig flere kommuner omgjør sykehjemsplasser til omsorgsboliger gjennom såkalt avhjemling. Dette tok tidsskriftet DEMENS opp i nr. 4/2006 (1). Ved avhjemling overføres en del av utgiftene kommunene har ved drift av sykehjem, til staten. Beboere i omsorgsboliger betaler husleie til kommunen. Sannsynligvis er en stor del av avhjemlingen grunnet i økonomiske hensyn heller enn i et ønske om å gi best mulig omsorg. Det finnes noen grunnleggende forskjeller mellom sykehjem og omsorgsboliger som ikke alltid kommer frem i debatten.

I et brev datert 21. mai i år ber Sosial- og helsedirektoratet om Helse- og omsorgsdepartementets (HODs) vurdering av kommunenes adgang til å endre tjenestetilbudet fra sykehjem til omsorgsboliger. Direktoratet ønsker signaler fra politisk ledelse om hvorvidt utviklingen anses som formålstjenlig. Departementets svar fra 18. juli fortjener en kommentar.

Alternativ til tradisjonelle sykehjemsavdelinger

Over 70 prosent av beboerne på sykehjem har en demenssykdom, og over 60 prosent har en alvorlig til moderat demens (2). Erfaringer gjort i forskjellige prosjekter gjennom 1980- og 90-årene viste at små gruppeboliger som var mer «hjemlige» enn tradisjonelle sykehjemsavdelinger, var mer hensiktsmessige for personer med demens. Fra Sverige kom det flere godt dokumenterte rapporter om dette (3-5).

HOD skriver blant annet i sitt brev 18. juli:

«I tilknytning til dette vil departementet peke på at en betydelig andel av dagens sykehjemspasienter har en demenslidelse, og at mange av dagens sykehjemsplasser er dårlig tilrettelagt for langtidsopphold for mennesker med demens. Fra faglig hold er det etterlyst alternative boformer og bofellesskap med mindre driftsenheter som alternativ til store, tradisjonelle sykehjemsavdelinger (vår uthevning) for denne store brukergruppen.»

Det er ønskelig med alternativer til tradisjonelle sykehjemsplasser. Det får man ikke ved å ta en tradisjonell sykehjemsplass og omdøpe den til omsorgsbolig, for så å slippe unna en del utgifter eller få økte inntektsmuligheter. Et søk i «Google» på «avhjemling» viser ca 20 kommuner som vurderer eller har vurdert avhjemling av sykehjem. Det klart dominerende bildet er at en avhjemling ikke skal være en endring av tjenestetilbudet, men av betalingsordningene. Det vil si at tilbudet fremdeles blir som en tradisjonell sykehjemsavdeling, hvis det er utgangspunktet.

I skrevet «Omsorgsboliger – en veileder» som Sosial- og helsedepartementet og Kommunal- og arbeidsdepartementet utga i 1997 er anbefalingene klare (6):

«For mange brukere med svært omfattende behov for pleie- og omsorgstjenester vil ikke hjemmetjenester kombinert med tilrettelagte bolig alltid gi tilstrekkelig trygghet. I lovregulerte boliger etter kommunehelsetjenesteloven (sykehjem el) er det et krav at det skal være personell tilstede helse tiden. Det er også et krav at legetjeneste og fysioterapi-tjeneste skal knyttes til virksomheten. I tillegg skal lovregulerte boliger være underlagt tilsyn. Det er spesielt viktig å føre tilsyn med tjenester der tjenestemottakeren ikke selv kan ivareta sine interesser. (...) Dette taler for at pleien og omsorgen for personer med alvorlig demens bør foregå i lovregulerte boliger, fortrinnsvis i form av bokollektiv eller skjermede enheter i sykehjem. Små og oversiktlige miljøer og stabilt personell er viktig i omsorgen for personer med demens.»

Det er fullt mulig å lage et godt tilpasset tilbud til sterkt hjelpetrengende, som ikke er «tradisjonelle» sykehjemsplasser men likevel hjemles som sykehjem. Dette viser Husbanks anbefalinger i «Omsorgsboliger og sykehjem – En veileder for lokalisering, organisering og utforming» (7) og «Nye eksempler på omsorgsboliger og sykehjem» (8).

Rettsvern

HOD skriver i sitt brev:

«... Departementet kan vanskelig se at brukere av omsorgsboliger har noe svakere rettsvern enn beboere i sykehjem i forhold til tjenestetilbud etter helse- og sosiallovgivningen. (...) pasienter som bor i omsorgsboliger har alle sine pasientrettigheter i behold, og har samme rett til å klage dersom de er av den oppfatning at helsetilbudet ikke er forsvarlig og adekvat.»

Over 60 prosent av beboerne i sykehjem har som nevnt en moderat til alvorlig demens og er ikke i stand til å klage selv. Pårørende kan selvsagt klage, men det kan være en lang vei å gå for mange. I «Omsorgsboliger – en veileder» (se sitat over) understrekes viktigheten av at lovregulerte boliger er underlagt tilsyn. Mange kritikkverdige forhold i sykehjem de siste årene er blitt avdekket ved tilsyn fra fylkeslegene. Tilsynet som føres med de kommunale hjemmetjenester vil ikke på langt nær kunne avdekke kritikkverdige forhold på samme måte som et tilsyn i selve boligen.

Omsorgsbolig er et botilbud som reguleres av Husleieloven (LOV-1999-03-26-17). Tjenestene ytes etter Kommunehelseloven og Sosialtjenesteloven. Hvis kommunen mener at en person er for syk til å fortsette å bo i en omsorgsbolig og mener vedkommende bør få et annet tilbud, er ikke det grunn nok til å si opp leieavtalen. Personen «eier» plassen sin. Dette kan på sikt gjøre at kommunene får mindre fleksibilitet i tjenestetilbudet, men er en styrking av beboernes råderett over eget liv.

En beboer i sykehjem har vedtak om sykehjemsplass. En beboer som bor hjemme eller i omsorgsbolig får et «enkeltvedtak» på hva salgs og hvor mye hjelp man skal få. Vedtaket kan påklages. Det kan også klages hvis en ikke får den hjelpen som er beskrevet i enkeltvedtaket. Dette er blitt sett på som en styrking av rettsvernet til dem som mottar hjelp. Problemet er at enkeltvedtakene ofte er like «runde» som vedtak om plass på sykehjem, og det er gjennomgående liten sammenheng mellom enkeltvedtak og hjelpen som gis (9). Det kan være stor variasjon fra dag til dag i hvilken og hvor mye hjelp en person trenger. Detaljerte enkeltvedtak vil derfor føre til «stoppeklokke-tjenester» som ingen er tjent med.

Økonomi

I brevet fra HOD står det:

«..... Fylkesmannen i Hordaland har mottatt saker som 'kan tyde' på at beboere i omsorgsboliger kommer dårligere ut enn beboere som har fått plass på sykehjem. Departementet kan vanskelig se at dette kan utledes som en generell regel. Hva som vil være den mest lønnsomme økonomiske

ordningen for brukeren vil avhenge av hjelpebeholdet og brukerens inntektsnivå.»

Dette er nok riktig, men det blir uforutsigbart for brukerne når en ikke vet om en sykehjemsplass kan bli omgjort til en omsorgsbolig. Forskjellsbehandlingen kan bli stor selv for brukere i samme kommune og med samme omsorgsbehov. Ektefelle som bor hjemme og som får kompensasjon i trygden fordi mannen eller kona er kommet på institusjon, kan komme spesielt dårlig ut dersom sykehjemsplassen omgjøres til omsorgsbolig.

Når det gjelder kommunenes inntekt, understrekes det i brevet fra HOD at de kommunene som har omgjort sykehjemsplasser til omsorgsboliger eller bygd nye omsorgsboliger med heldøgns hjemmetjenester, får «både mulighet for bostøtte og gunstigere finansiering av blant annet medisiner og hjelpemidler, som i institusjon dekkes av kommune.» Nettopp dette er de fleste kommunenes hovedargument for avhjemling av sykehjem. Andre besparelser for kommunene er at de slipper å betale for tilsynslege og fysioterapiordning. Noen kommuner mener også at de kan spare på bemanningen. I de fleste utredningene som gjøres i kommunene, er konklusjonen at kommunene kan drive tilbudet billigere som omsorgsboliger enn som sykehjem. Likevel blir ikke alltid besparelsen så stor som antatt på forhånd (1). En skal være klar over at i noen tilfelle må kommunene ved en avhjemling betale tilbake tilskudd de har fått fra Husbanken for å bygge sykehjem. Et vesentlig spørsmål blir om mulige besparelser ved en avhjemling går ut over kvaliteten og kapasiteten på tjenestene.

Kvalitet på tjenestene

I hvor stor grad en omgjøring av sykehjem til omsorgsbolig vil påvirke kvaliteten på tjenestene den ene eller andre veien, er vanskelig å avgjøre. Et punkt det synes å være enighet om, er at tilgangen på legetjenester blir dårligere i omsorgsbolig. Tilsynslegen forvinner og pasientene må bruke sin egen primærlege. Det lovpålagte medisinske ansvaret som et sykehjem har, forsvinner. Dette medfører flere ulemper. Ingen har lenger ansvaret for de medisinske tjenestene ut over det som gjelder den enkelte pasient. Dette rammer rutiner (for eksempel i forbindelse med infeksjoner), opplæring og veiledning av personalet og samarbeid med tilsynsfarmasøyt. Personalet får flere leger å forholde seg til, og det er eksempler på at personalet må følge beboerne til legekontolet når det er behov for legetilsyn, fordi fastlegen ikke kommer til pasienten. Omsorgsboliger har ikke besøk av tilsynsfarmasøyt, slik sykehjem har. Fysioterapi gis til den enkelte beboer – eventuelt på fysikalsk institutt og ikke i boligen. Også innenfor dette feltet vil veiledning og opplæring av personalet kunne bli dårligere.

I sykehjem er det krav til at det skal være en ansvarlig sykepleier tilgjengelig og at det skal være personale til stede hele tiden. Dette er ikke et krav i omsorgsboliger. Erfaringer viser at det særlig spares inn på nattevakt. I brevet fra HOD påpekes det at

«... undersøkelser og forsøk kan indikere at hjemmetjenesteorienterte kommuner driver mer effektivt enn institusjonskommuner, uten at omsorgstilbudet blir dårligere. Dette **kan** bety at kommuner som satser sterkt på omsorgsboliger og hjemmetjenester, driver sine tjenestetilbud med noe lavere driftkostnader enn de som satser mest på sykehjem. En av årsakene til dette kan være det samspillet hjemmetjenestene har med den enkelte familie og nettverk om enkelte av omsorgsoppgavene.»

Hva innebærer denne «effektiviteten» når det gjelder omsorgsboliger? Det *kan* være at den innebærer en mer fleksibel bruk av arbeidskraften, ved at det ikke er de samme ansatte som går hjem til den enkelte bruker. Dette vil i så fall medføre større endringer for beboerne og flere folk de må forholde seg til. En undersøkelse i flere kommuner viser at personer som fikk hjemmesykepleie, i gjennomsnitt hadde besøk åtte forskjellige pleiere i uke. Mange fikk besøk av betydelig flere (10). Personer med demens har behov for stabile forhold. Derfor er det viktig med en fast og stabil bemanning.

Det er bare de målbare («tellbare») forholdene ved omsorgstilbudet som det finnes indikasjoner på ikke er blitt dårligere i de «effektive» kommunene. Forekomst av forvirring, uro og atferdsavvik hos personer med demens, eller dødelighet, forekomst av infeksjoner, trykksår eller andre kvalitetsindikatorer har man ikke dokumentasjon på. Det er derfor ingenting som tyder på at en avhjemling i seg selv gir bedre kvalitet på omsorgstjenestene. Når det gjelder de medisinske tjenestene, er det tvert imot.

Konklusjon

Alt er ikke bra på sykehjem. Noen vil få et bedre tilbud i omsorgsboliger, også personer som i dag bor på sykehjem. Det må likevel understrekes at de fleste som bor på sykehjem i dag er meget hjelpetrengende. De fleste har en demenssykdom og er i liten grad i stand til å styre over eget liv. De må flytte fra sitt opprinnelige hjem fordi de er for syke til å være der og må ha døgkontinuerlig hjelp/tilsyn, ikke fordi boligen ikke er bra nok til å ta imot hjelpen der. Ofte må de flytte fra ektefelle. Dette er i realiteten en institusjonalisering av personen, uansett om vi kaller tilbudet det ene eller andre.

I brevet fra HOD står det:

«Regjeringen har i St meld nr 25 (2005-2006) vurdert ulike alternativer for mer lik finansiering og brukerbetaling for opphold i og utenfor institusjon, og konkludert på følgende måte: «Samlet sett finner regjeringen at ulempene ved dagens ordninger ikke forsvares å gjennomføre en omfattende reform. Hensynet til at brukerne ikke skal komme svekket ut etter en omlegging, tilsier at dagens ordninger inntil videre bør opprettholdes.»

Dette er kontroversielt. Hvis HOD mener at kommunene bør søke ordninger som gjør at de kan få mer tilskudd til drift via trygdevesenet (blåreseptordning), Husbanken (bostøtte) og hjelpemiddelsentralene, og i noen tilfelle mer betaling fra beboerne, bør det snarest mulig utarbeides et felles regelverk for omsorgsboliger og sykehjem. Det vil si at alle som må flytte til sykehjem, bofellesskap, bokollektiv eller omsorgsbolig fordi de er for syke til å motta hjelp i egen bolig, må omfattes av samme regelverk for betalingsordninger, legetilsyn, bemanningsregler, beslutnings-/saksbe-handlingsregler og ikke minst råderett over eget liv. Det beste fra sykehjem og omsorgsboliger må legges til grunn.

Referanser

1. Krüger R. Kua mi – jeg takker deg? Sykehjem blir omsorgsboliger. Er det slik vi vil ha det? *DEMENS*. 2006;10(4):3.
2. Kirkevold Ø. Use of restraints in Norwegian nursing homes, focusing on persons with dementia [PhD]: Faculty of Medicine, University of Oslo; 2005.
3. Annerstedt L. Group-living care: an alternative for the demented elderly. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 1997 Mar-Apr;8(2):136-42.
4. Annerstedt L, Sanada J, Gustafson L. A dynamic long-term care system for the demented elderly. *Int Psychogeriatr*. 1996 Winter;8(4):561-74.
5. Annerstedt L. An attempt to determine the impact of group living care in comparison to traditional long-term care on demented elderly patients. *Aging (Milano)*. 1994 Oct;6(5):372-80.
6. Omsorgsbolig – en veileder. Sosial- og helsedepartementet; rundskriv I-29/97, Kommunal- og arbeidsdepartementet, rundskriv H 24/97B, editors. Oslo: 1997.
7. Omsorgsboliger og sykehjem: En veileder for lokalisering, organisering og utforming. HB 7.F.17, Husbanken 1998.
8. Aamodt K. Husbanken. *Nye eksempler på omsorgsboliger og sykehjem*. Oslo: Husbanken; 2001.
9. Lillesveen B. Sammenheng mellom enkeltvedtak og hjelp til hjemmeboende personer med demens. *Sammenheng mellom enkeltvedtak og tap av funksjonsevne*. Göteborg: NHV; 2006.
10. Lystrup LS, Lillesveen B, Nygard AM, Engedal K. Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2006 Aug 10;126(15):1917-20.



Tekst: Ragnhild M. Eidem Krüger

For få sykehjemsplasser. Lyder det kjent?

Gjennom sommeren har avisene slått opp mange saker om mangel på sykehjemsplasser og for lav legedekning på sykehjem. Helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad har lovet økte tilskudd til bygging av sykehjem og omsorgsboliger.

At mange kommuner har for få sykehjemsplasser, er ingen nyhet. Dette er én av årsakene til at Demens&Alderspsykiatri bekymrer seg over en del kommuners omgjøring av sykehjemsplasser til omsorgsboliger.

Blant dem som har uttalt seg i sommerens medieoppslag er Fylkeslegen i Oslo og Akershus. Helsetilsynet i Oslo og Akershus mottok i 2006 flere klager på tildeling av sykehjemsplass enn tidligere. Fylkeslegen uttalte til Dagsavisen 18. august at de i 2005 ga medhold i rundt 40 prosent av sakene. I 2006 ga de medhold i rundt 70 prosent av klagesakene vedrørende tildeling av sykehjemsplass. Klager på selve tilbudet i sykehjemmene fremkommer til dels skriftlig, men også i en god del tilfeller per telefon.

Det er en merkbar dreining fra at klagen har omfattet et lite antall sykehjem, til at de nå gjelder langt flere. Klagene virker også mer alvorlige av karakter, sier stedfortredende fylkeslege Helge Worren til Demens&Alderspsykiatri.

Worren sier videre at antallet sykehjemsplasser er for lavt og at tilbudet pasientene får, ikke alltid er godt nok kvalitetssikret. Det gjelder både medisinsk behandling og blant annet tilbud om aktivitet.

– Selv om det gjøres mye godt arbeid på mange sykehjem, sliter man gjennomgående med å gi de eldre et godt nok tilbud. Dette skyldes så vel mangelfulle/manglende rutiner og prosedyrer, etterlevelse av

disse der de finnes og i stor grad kompetansenivået blant de ansatte. I Oslo nærmer seg det seg 50 prosent ufaglærte, og det er en for høy andel, selv om mange av de ufaglærte gjør en god innsats ut fra sine forutsetninger. Pasienter på sykehjem er oftest alvorlig syke mennesker, mange med sammensatte lidelser, og de krever både god faglig observasjon og behandling.

Helsetilsynet i Oslo og Akershus har ikke hatt tilsyn i omsorgsboliger, men ser at også hjemmesykepleien sliter med bemanning, både når det gjelder antall antatte, kvalifikasjoner og kontinuitet/stabilitet. Dessuten kan det være store forskjeller i tjenestene mellom bydelene i Oslo. Når det gjelder omsorgsboliger, savner Helge Worren en mer gjennomtenkt politikk.

– Det er for store forskjeller i bruken av omsorgsboliger. Dette kan være et bra tilbud hvis bare omsorgen er god nok, men det er viktig at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov. Omsorgsboliger kan ikke fylle alle behov som sykehjem kan fylle, og det er åpenbart at kommunen trenger flere sykehjemsplasser. Vårt inntrykk er at kommunen arbeider aktivt og målrettet for å bedre tilbudet til eldre, men eldreomsorgen er stadig en av de aller største utfordringer i vårt samfunn.



Wenche Giæver, tidligere avdelingssykepleier ved Kroken Undervisningssykehjem, Tromsø

Øyer av lykke

– et prosjekt for sansestimulering og velvære for personer med kognitiv svikt

Sykehjemsavdelinger med pasienter med alvorlig kognitiv svikt/demens er i utgangspunktet betraktet som «tunge» avdelinger. De er fysisk tunge fordi pasientene trenger å få hjelp til alle dagliglivets funksjoner. Hos de fleste er også språket borte, slik at tilbakemeldingene på det som gjøres for og med dem ikke er tilgjengelige på samme måte som i kommunikasjonen med andre. Dette stiller store krav til kreativitet og fantasi hos personalet.

Vår avdeling «Bukta» ved Kroken sykehjem i Tromsø var en slik avdeling. Vi hadde femten pasienter, hvorav to ikke var ordinære sykehjemspasienter. Én av de to hadde man normal kommunikasjon med. Hos de øvrige var status som følger: Ni måtte gis mat og drikke til alle måltider, ti måtte man være to om i stellet, to kunne gå uten støtte. Det ville si at de kunne stå opp fra sengen og gå på badet og til stua ved egen hjelp. Tre husket neste dag hva man hadde snakket om dagen før. Da prosjektet vårt startet høsten 2004 var det to man kunne føre en adekvat samtale med.

Gjennomsnittsalderen på de 13 var 87,7 år. Gjennomsnittlig liggetid på de 15 pasientene var 4,5 år.

Utfordringene under slike forhold blir å kunne endre karakteren på og rammen omkring de daglige gjøremål. Det var noe av det vårt prosjekt gikk ut på.

Prosjekt Bukta SPA¹

Faglig stimulans er uhyre viktig for å få til endring og utvikling. I så måte har prosjektene på undervisningssykehjemmene hatt stor betydning. Kroken sykehjem er ett av flere undervisningssykehjem og har hvert år satt av økonomiske midler til prosjekter og utviklingsarbeid. Dette er en spore til å tenke kreativt, se utviklingsmuligheter og få igangsatt noe på den enkelte avdeling.

Hos oss startet det med at vi i desember 2003 kjøpte inn badeskum for at alle våre kvinnelige pasienter

skulle få et skumbad før jul. Da en kvinne på 98 år fikk dette i stedet for den vanlige dusjen på rommet, sa hun: «Dette var

vidunderlig, jeg skal aldri i mitt liv glemme deg for dette!» Neste dag var det glemt, men det hadde vært et øyeblikks god opplevelse.

Avdelingen hadde et stort, godt bad med høyderegulert badekar og badeheis. I tillegg hadde vi en positiv og empatisk stab av pleiere med endringsvilje. Vår søknad om midler var enkel, den gikk ut på økt sansestimulering og økt velvære for våre brukere og hadde avdelingens bad som en sentral komponent.

Av undervisningssykehjemmets prosjektmidler fikk vi 40.000 kroner til innkjøp av diverse utstyr og til dekning av utgifter i forbindelse med implementering av prosjektet. Prosjektet ble satt i gang 1. september 2004. Prosjektperioden ble satt til tre måneder.

Før søknaden ble sendt i januar, diskuterte vi prosjektet og var enige om at dette ville vi alle. Det skulle ikke være et prosjekt drevet av noen få.

Det ble imidlertid klart uttrykt i personalmøtet at bruken av badet ikke kunne vente til oppstart av prosjektet. Brukernes uttrykk for velvære ved å få varme skumbad, varme håndklær, fin musikk og gode dufter var så uttalt at det kunne vi ikke holde tilbake.

I perioden før oppstart hadde vi internundervisning om blant annet berøring (1), massasje og sansetap ved aldring. Aktuell litteratur ble tatt inn i avdelingen.

I budsjettet hadde vi satt opp penger til innleie av personell i prosjektperioden. Det ble i liten grad benyttet. Det meste gikk til innleie av levende musikk.

Det ble kjøpt inn store badehåndklær, god stol, pent glassbord og CD-spiller til badet og blomsterdekorasjoner til avdelingen. Vi kjøpte DVD-spiller og en pårørende ga oss videospiller. Dessuten ble det anskaffet CD-er for avspenning og for dans, og for-



1) SPA: sana per aqua - helse gjennom vann (red.)

bruksvarer som duftlys, badeskum, neglelakk og lignende, samt vin til søndagsmiddagene.

Etiske problemstillinger

I livets slutfase og ved alvorlig kognitiv svikt som bevirker en sterkt redusert kontakt med omverdenen, reiser det seg mange problemstillinger.

Ved vår avdeling fikk vi en økende diskusjon om de etiske sidene i ulike sammenhenger. Vi hadde en klar bevissthet i avdelingen om at personene som var betrodd oss og vår omsorg på sin siste stasjon i livet, påla oss et ansvar for å gjøre livets slutfase så god og verdig som mulig.

Pasientene som ikke lenger kan uttrykke sine meninger og følelser på vanlig måte, gir oss økt bevissthet om våre egne livsverdier og holdninger. Dette er vesentlig for at pleiepersonalet skal makte å se mening i «slitet», slik det ofte oppleves på en tung pleieavdeling. Ivaretakelsen av de små «øyer av lykke» blir særdeles vesentlig. Det blir viktig å se hvor en har fokus i hverdagen. Det er svært lett å rette oppmerksomheten mot tyngden, håpløsheten, manglende økonomiske ressurser, mangel på kvalifisert personell og undervurderingen utenfra i forhold til det å arbeide i et sykehjem.

Sansestimulering i en sykehjemsavdeling

Når språket blir borte vårt viktigste kommunikasjonsmiddel må andre sanser tas i bruk, andre veier må prøves for å nå inn til det enkelte individ.

Hørselen blir på mange måter porten inn til personer med kognitiv svikt (2). Musikk er av flere beskrevet som uhyre viktig (3). Ut fra de erfaringer vi gjorde på vår avdeling kan musikk ikke vurderes høyt nok. Levende musikk vekker stor glede hos våre pasienter. Å observere forsøk på å nynne med eller trå takten, er fantastisk.

Don Campbell sier: *Musikk taler til alle og til alle arter. Fuglene lager musikk, slanger hypnotiseres av den og hvaler og delfiner sender musikalske serener til hverandre* (4).

Det kommer bare positive tilbakemeldinger fra prosjekter i sykehjem hvor musikk er en sentral faktor. Ved vårt sykehjem ble det stilt gratis øvingslokaler til disposisjon for byens trekkspillklubb. Dagene når de øvet var gode dager for flere av våre pasienter, som vi trillet ut så de kunne høre på. Slike tiltak er lette å gjennomføre og gir mye tilbake.

I prosjektperioden leide vi inn en musiker med trekkspill hver fjortende dag. Vi hadde da to oppegående pasienter som var i stand til å danse. Å oppleve deres glede var stort, men like fint var det å se de andre pasientene stråle over å høre musikken og se noen danse.

Vi fikk også kjøpt inn noen disc-man med store øreklokker. De ble prioritert til pasienter helt uten språk. Når vi så en fot trå takten under pleddet i middags-hvilen, eller at Edith prøvde å lage lyder for å nynne med musikken, da hadde vi nådd inn til noe som kanskje bare musikken er dørråpner til (5).

Berøring

God berøring er viktig. Vi tar på pasientene, gir klemmer og massasje. Vi har imidlertid en «vær varsom plakat» i hodet. Kanskje har ikke alle våre pasienter bare gode erfaringer med fysiske opplevelser. Ikke alle liker å bli klemt av alle, men de fleste blir glad for en vennlig klapp på skulderen, et stryk på kinnet til godnatt, eller en liten beroligende ansiktsmassasje med velduftende olje når en har gått til sengs.

Avdelingens store, gode bad med badeheis er uvurderlig. Alle får komme i badet en gang i uken. Da får kvinner som menn skumbad i et varmt, vakkert rom, med gode dufter, avslappende musikk og store, varme badehåndklær.

Det er avsatt minimum en time per bad. Det er ingen klokke der, så man tar den tiden som er nødvendig til å rulle hår, lakke negler, gi massasje med mandelolje tilsatt eteriske dråper, barbering med mer. Skumbad er ikke først og fremst et luksustiltak, men en måte å ivareta bluferdigheten hos gamle kvinner og menn som kanskje ikke føler seg komfortable med å bli blottstilt. Parfyme og etterbarberingsvann er et tilbud til alle som ønsker det.

En mann som kom til avdelingen og egentlig ønsket seg et annet sted, sa etter sitt første besøk i badet: Dette er nest til himmelen! Da kjøpte vi en engel og hang opp på badet. Mannen valgte å bli hos oss fordi den avdelingen han ønsket seg til ikke hadde bad.

Badet har flere funksjoner. Vi får strukket ut og bøyet stive ledd, massert armer og ben og observert endringer i hud og ledd på en helt annen måte enn ved stell i seng eller dusj på pasientens bad. Pasienten blir varm og får god sirkulasjon på en helt annen måte enn når vi dusjer bit for bit.

Store øyeblikk i det små

Vi brukte morgenstellet til å snakke og samtale. I de aller fleste tilfellene var dette en ren enveiskommunikasjon, men samtidig var det den tiden på dagen vi visste at vi kunne snakke og kombinere det med et paktisk gjøremål. Vi snakket om dagen i dag, om vær og værutsikter og det vi visste om pasientens tidligere liv. Om fisket, livet på Yttersida, i Tromsø og på Svalbard. Det er nok å ta av sammen med mennesker som har levd et langt liv. Vi stilte i liten grad spørsmål som krevde svar.

Under et slikt morgenstell er det at Irene, for å få plass til vaskefat og utstyr på nattbordet, kommer i skade for å miste Ediths briller i gulvet og i sin forskrekkelse sier det høyt. Da kommer det med klokkeklar røst fra sengen: *Å, var det mine briller?* Det var en strålende Irene, med tårer i øynene, som kom løpende til meg og sa: *Hun snakker!*

Dette er de klare øyeblikkene Ketil Normann skriver om i sin doktoravhandling (6), og det er vi som er til stede hele tiden som får det privilegium å oppleve dem.

Hos en av pasientene som alltid fikk frokost på sengen, leste vi dikt. Pårørende hadde brakt diktsamlinger han var glad i og haket ut de kjæreste diktene. Når vi leste Jacob

Sandes dikt *Då Daniel drog*, som hadde vært en av favorittene, og vi syntes det trillet en tåre i øyekroken, var det også en av våre «øyer av lykke».

Syn

Vi glemmer ofte at de gamle trenger bedre belysning enn vi er oppmerksom på. En person over 85 år trenger åtte ganger så mye lys som et ungt menneske (2).

Estetikk, å gjøre det vakkert rundt brukerne, er også viktig. Sørge for at det er ryddig og ser pent ut. Å gi blomster vann slik at de holder lengre, har både med estetikk og etikk å gjøre, fordi det handler om å formidle respekt og verdighet også til en person som ikke lenger kan be om det eller takke for det du gjør.

Vi prøvde å lage et markert skille mellom hverdag og helg. Den generasjonen som bor i sykehjemmene i dag, ble oppdradd til det. Vi innførte hvite duker og servietter til søndags frokost og middag. Dessverre er tilgangen på friske blomster liten i vår landsdel. For å bøte på dette fikk vi laget blomsterdekorasjoner som bare sto på bordene på søndagene. Vi utstyrte oss også med en «rosekopp» som vi brukte til en som hadde en uforutsett dag i sengen. Videre lånte vi DVD- og videofilmer fra det kommunale biblioteket, som vi viste på dagligstua. Det vi med hell kunne bruke var naturfilmer og musikkvideoer. For oss i Tromsø var dessuten filmer fra Rorbua og om Oluf alltid sikre vinnere.



Hjelpepleier Lill-Anita Larsen i aktivitet sammen med en beboer på Bukta SPA.

Lukt og smak

Dufter gir assosiasjoner og luktesansen er viktig (7). Vi tilstreber tilførsel av dufter som gir gode assosiasjoner og vekker positive minner.

Ole Fyrand beskriver parfyme som «metafysisk berøring». Han sier videre at av alle sanseinntrykk gjør dufter størst inntrykk på oss, fordi de virker direkte på de deler av hjernen som styrer våre følelser og skjærer om våre minner (8).

Avdelingen skulle være en endestasjonens oase. Vi tente duftlys i korridoren, og parfyme og etterbarberingsvann hører hverdagen til.

Å få til smaksvariasjoner er en stor utfordring. Maten kommer fra et stort sentralkjøkken. Dermed er det liten mulighet for smaksvariasjoner til mid-

dag. I prosjektperioden hadde vi vin til middag hver søndag. Det ble satt stor pris på, selv om flertallet ikke var vant til det fra sitt tidligere liv. Konjakk og likør var også populært.

Hver onsdagsmorgen stekte vi vafler, slik at pasientene kunne våkne til liflig vaffelduft.

Underveis i prosjektet fikk vi forært en brødmaskin. Nattvaktene stekte da ferskt brød til frokost, og både duften og de ferske skorpen var populære.

Motivasjonsfaktorer

En sykehjemsavdeling med pasienter med svær kognitiv svikt er en av de mest krevende og utfordrende arbeidsplassene i helsesektoren. En del av motivasjonsarbeidet er å skape vakre og gode arenaer i jobbsituasjonen og å gi personalet opplevelsen av å kunne løfte pasientene ut av den vante, «traurige» hverdagen, og ha mulighet til å gjøre det lille ekstra for pasienten – det som ikke står i arbeidsbeskrivelsen. Vi må ta frem «stjernene» og minne hverandre om våre og våre pasienters «øyer av lykke».

«Stjernene» våre får ikke de store avisoppslagene, men vi har gjort noe for et medmenneske i livets slutfase.

Skal pleiepersonalet i sykehjem få en oppgradering, må det imidlertid også avspeiles i avlønninger i kroner og øre. Det er det eneste måleinstrument utenverdenen forstår, og da kan man stille krav til pleie i stjerneklasse. Det må settes økt fokus på kvaliteten i sykehjem, og det må stilles krav til lederne.

Som vårt prosjekt på «Bukta» viser, er det små midler som skal til, men det må legges inn i daglige rutiner. Vi må bestemme oss for om vi vil farge dagen gyllen eller blå eller rød eller slik vi helst vil ha den! Eller som Nikos Kasantzakis sier: «Du har fått papir og fargestifter Tegn paradiset og gå så inn i det» (9).

■ wencheigalo@yahoo.no

Hva skjedde senere?

Forfatteren opplyser at Bukta SPA fremdeles eksisterer, tre år etterprosjektperioden, og skumbad og musikk hører med i tilbudet. (Red.)

Referanser

1. Fokus på sygeplejen -84. Årbok. København: Dansk Sygeplejeråd. Købehavn 1983.
2. Seim S m.fl. (2000) *Sansetap i eldre år*. Oslo: Norsk elskap for aldersforskning.
3. Myskja A (2003) *Den musiske medisin – lyd og musikk som terapi*. Oslo: Cappelens Forlag.
4. Campbell D (1998) *Musikk som medisin*. Oslo: Egmont Hjemmets Bokforlag.
5. Myskja A (2006) *Den siste song*. Bergen: Fagbokforlaget.
6. Normann, HK (2001) Lucidity in people with severe dementia as a consequence of personcentered care. Umeå: Umeå universitet.
7. Fosstvedt G (2002) *Naturens duftende apotek* (2. utg.) Oslo: Cappelens Forlag.
8. Fyrand O (2002) *Berøring*. Oslo: Pantagruel Forlag.
9. Buscaglia L (1985) *Leva, älska, lära*. Stockholm: Forum Forlag.

ODVEIG KLYVE

B O K O M T A L E

DET ANDRE BLIKKET

Diktsamlingen har en ytre ramme hvor en datter tar oss med på besøk til sin mor som er på institusjon. Moren husker ikke lenger datterens navn.

*Eg trykker på heisknappen
Dørene glir opp til
den innestende lufta av nykøkt kaffi
og urin*

*Du sit i ein stol med gummi hjul
og ansiktet ditt lyser når du
ser meg
Er det deg
seier du
Og eg ser at du leitar
etter namnet mitt
at du kjenner meg
men namnet er borte
Du lyser i glede
der du sit
med restar av egg på haka*

Odveig Klyve formidler med finstemt språk et livsløp gjennom korte prosa-dikt.

Vi beveger oss mellom «her-og-nå» situasjonen på sykehjem og tiden da mor var mor og fortelleren en liten jente. Den gang var mor den som ga trygghet, den som ga impulser og kunnskaper og næret fantasien. Et sentralt tema i boken er datterens tilbakevendende spørsmål: Hvem er jeg i forhold til deg nå? Hvem er du i forhold til meg?

*«Eg grer det tynne håret ditt
med mi doble hand
den som var
den som er
Eg er søster barn»*

Diktsamlingen formidler brokker av en livshistorie, en reise i to sinn berørt av en demenssykdom, og en kjærlighetserklæring til en elsket mor.

Klyve holder seg langt unna svulstige begreper og føleri, og nettopp derfor blir stoffet tiltalende og nært. Diktene formidler det daglige og nære sammen med det store underliggende usagte.

Boken kan anbefales fagfolk som har fått/ kommer til å få med denne pasientgruppen å gjøre, pårørende som er berørt av problemstillinger omkring demens, men også andre som ikke har dette så nært innpå livet, men er villige til å bruke «det andre blikket» - sitat:

*«...Du må bruke det andre blikket
det som ser at alt er mogleg»*

Anmeldt av: Eva Anfinnsen,
hovedbibliotekar, Nasjonalt
kompetansesenter for aldring og helse



Dikt. Oslo: Cappelen, 2006.
ISBN 82-02-26143-0

Pris kr 229,- 69 sider

DEMENS DAGENE 2007

En rød tråd fra enkelttiltak til helhetlig plan

Som vanlig møtes vi i Oslo kongressenter, Youngsgt. 11.

Tirsdag 4. og onsdag 5. desember arrangeres det igjen faglig festforestilling for demensarbeidere på alle nivåer og fra alle kanter av landet. Demensdagene arrangeres for ellevte år på rad. Det blir én plenumsesjon og fire parallelle symposier begge dagene.

Tirsdag 4. desember:

- Diagnostikk MCI/demens
- Teknologi og demens
- Helhetlig kommunal demensplan/ Organisering av tilbud til personer med demens
- Tannhelse og ernæring

Onsdag 5. desember:

- Behandling av personer med demens
- Personen bak demensdiagnosen
 - bidrar psykologisk kunnskap til forståelse og hjelp?
- Eldre med utviklingshemning: Hvordan oppdage smerte, sorg, mistriksel og sykdom?
- Kvalitet i tjenester til personer med demens

Det søkes godkjenning for leger, psykologer, sykepleiere, ergoterapeuter og vernepleiere.

Stiftelsen



Leon Jarners
Minneland

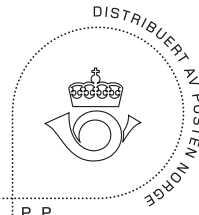
Leon Jarners Forskningspris 2007

Leon Jarners Forskningspris 2007 vil bli utdelt onsdag 5. desember. Prisen er på kr. 50.000,-. Opplysning om Demensdagene og Leon Jarners forskningspris: www.aldringoghelse.no eller e-post: toril.utne@aldringoghelse.no

Referanser til artikkel side 16-17

1. Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44 (12):2308-14.
2. Kaufer DI, Cummings JL, Ketchel P, Smith V, MacMillan A, Shelley T, et al. Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience* 2000;12 (2):233-9.
3. Street JS, Clark WS, Gannon KS, Cummings JL, Bymaster FP, Tamura RN, et al. Olanzapine treatment of psychotic and behavioral symptoms in patients with Alzheimer disease in nursing care facilities: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. The HGEU Study Group. *Archives of General Psychiatry* 2000; 57 (10):968-76.
4. Holmes C, Wilkinson D, Dean C, Vethanayagam S, Olivieri S, Langley A, et al. The efficacy of donepezil in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer disease. *Neurology* 2004;63(2):214-9.
5. Zuidema SU, Derksen E, Verhey FR, Koopmans RT. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2007; 22 (7): 632-8.
6. Selbaek G, Kirkevold Ø, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2006; DOI:10.1002/gps.1749
7. Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT, Norton MC, Steffens DC, Breitner JC. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *American Journal of Psychiatry* 2000 May;157(5):708-14.
8. Selbaek G, Kirkevold O, Sommer OH, Engedal K. The reliability and validity of the Norwegian version of the Neuropsychiatric Inventory, Nursing Home Version (NPI-NH). *International Psychogeriatrics* 2007; 11: 1-9. DOI:10.1017/S1041610207005601
9. James IA, McClintock K, Reichelt FK, Ellingford J. Are staff reliable informants? Identifying the triggers to challenging behaviours in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2007; 22(6):598-600.

B ØKONOMI
ÉCONOMIQUE



NORGE

P. P.

Returadresse:

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
Postboks 2136, N-3103 Tønsberg

: aktuell informasjon – debatt



: neste nummer

vol. 11 – nr. 4 – 2007

- ◆ Jiska Cohen-Mansfield:
Muligheter i miljøbehandling
- ◆ Psykiatrisk sykehjem:
Er frem og tilbake like langt?
- ◆ Selvmord blant eldre:
Tenk forebygging



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

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

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

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

ISSN: 0809-3520

Medlem av:

Fagpressen



www.aldringoghelse.no