



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Demens&Alderspsykiatri

vol. 14 • nr. 3 • 2010



- Alderspsykiatrisk verksted – miljø for fagutvikling
- Praksisnær forskning: Mas eller mulighet?
- Rus hos eldre – et ikke-tema?
- Ambisjoner, kompetanse, lederskap
– da blir det bra!



Demens&Alderspsykiatri

vol. 14 • nr. 3 • 2010

om forskning

27 APSD:

Vi må forske mer på det meste!

30 En mulighet til faglig fordypning.

Erfaring fra forskning i sykehjem

33 Informasjon og samtykke ved studier og forskningsprosjekter

- 4 Erfaringsportal om demens åpnet
- 5 Disputas om yngre personer med demens
- 6 Fra Høyesterett: Samtykkekompetent – vil ikke motta nødvendig helsehjelp
Øyvind Kirkevold
- 8 Demensomsorg med fokus på pårørende
Frødis Bruvik
- 10 Demensteam nytter! Etablering av demensteam i Sarpsborg kommune
Rebecca Setsaas Skage
- 14 Det handler om kompetanse
- 16 Lyd og ulyd. Lydmiljø i sykehjem
Kristi Stedje
- 18 Alderspsykiatrisk verksted – hva snekrer de der?
- 20 Hva vil Helsedirektoratet med alderspsykiatrien?
- 21 Kronikk: Skadelig bruk av rusmidler hos eldre – et ikke-tema i fagmiljøene?
Linn-Heidi Lunde
- 24 Demens i Vest: Friske faglige fraspark
- 26 Utviklingsprogram for miljøbehandling godt i gang
Anne Marie Mork Rokstad
- 27 APSD: Vi må forske mer på det meste!
- 30 En mulighet til faglig fordypning. Erfaring fra forskning i sykehjem
Elin Lillehovde
- 32 Disputas om uro hos pasienter med demens
- 33 Informasjon og samtykke ved studier og forskningsprosjekter
Peter Horndalsveen, Jorunn Simonsen, Grethe Berg
- 36 Tid for trivsel på Lottesykehjem
- 40 Du glade, alvorlige vanvidd! En opplevelsesrapport fra teatersalen
- 42 Debatt: Når eget hjem i praksis er et sykehjem
Kurt Larsen

Fagpressen



Demens&Alderspsykiatri utkommer fire ganger i året.

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

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

Layout/trykk
BK Grafisk, Sandefjord (TAa)

Det redaksjonelle arbeidet er avsluttet 21. august 2010.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

www.demensogalderspsykiatri.no

Forsidefoto: Ragnhild M. Eidem Krüger



Seksti år: edru og lykkelig?

vol. 14 • nr. 3 • 2010

Det bygges mye kompetanse rundt om i norske kommuner. Hele 259 kommuner er i gang med ABC-kurs i demens og/eller eldreomsorg, og i løpet av høsten kommer minst ni ny kommuner til. I dette nummeret av D&A har vi eksempler på hva solid kompetanse kan føre til av økt aktivitet og bedret kvalitet på tjenestene. Mørke spådommer viser at vi vil mangle omkring 40 000 pleiere om 20 år. Da er det ekstra viktig å gjøre eldreomsorgen attraktiv, så den tiltrekker seg flest mulig motiverte og dyktige helsearbeidere.

Forsker og overlege Bettina Husebø i Bergen er optimist på feltets vegne: «Jeg tenker at om ti år vil leger, pleiepersonale og tverrfaglige team søke seg i flokk og følge til sykehjem.» Bakgrunnen for optimismen er at det forskes mer om eldre enn noen gang, og at en viktig del av forskningen foregår i tett kontakt med sykehjemmene. Erfaringer med praksisnær forskning kan du lese to artikler om i dette nummeret.

Skal Bettina Husebøs optimisme gå i oppfyllelse, må det styring til, både sentralt og lokalt. Ledelsen i sykehjem og hjemmebaserte tjenester må ha kunnskap og ambisjoner og våge å lede. Sette standard, gi ansatte mulighet til kompetansebygging, ta initiativ til gode endringsprosesser. Men det må ikke stoppe der. Hvor er kompetansen om eldre når sentrale helsemyndigheter lager opptappingsplaner for helse og omsorg uten at eldreperspektivet trekkes inn? Det gjaldt Opptappingsplan for psykiatri, det gjelder Opptappingsplan for rusfeltet som ble lansert i 2007. Styrking av tilbudet for personer med rusproblemer og samtidig psykiske lidelser er en del av målsettingen, men eldre er ikke nevnt. Tror plansnekkerne at vi blir edru og lykkelige den dagen vi fyller 60? I så fall anbefaler vi dette nummerets kronikk om temaet.

Og vi er stadig spent på hva direktorat og departement vil foreta seg med alderspsykiatrien. Det trengs handling nå, ikke flere festtaler.

Ragnhild M. Eidem Krüger
Ragnhild M. Eidem Krüger

ragnhild.kruger@aldringoghelse.no

Kristin Mehre
presenterer den
nye nettsiden
demensinfo.no



■ Tekst Ragnhild M. Eidem Krüger
Foto: Bente Wallander

Erfaringsportal om demens åpnet – nå er den kommunenes eget ansvar

*Fredag 18. juni ble
erfaringsportalen
www.demensinfo.no åpnet.
Portalen har vært under
oppbygging de siste to årene og
inneholder nesten hundre
eksempler på god demens-
omsorg i kommunene.*

Helsedirektoratet tok initiativ til nettsiden som en del av Demensplan 2015, og det praktiske arbeidet ble lagt til Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Bente Wallander startet arbeidet med oppbygging og fra våren 2009 og frem til åpningen har Jartrud Høstmælingen hatt det redaksjonelle ansvaret med god hjelp fra frilans-journalister.

Mål og mening

På siden finnes opplysninger om og oversikt over kommunale tjenester, spesialisthelsetjenester, medisinsk behandling, miljøbehandling, bolig og uteareal, tilbud til pårørende, tilbud i samiske områder, kunnskap om demens og lover og regler, og innenfor de forskjellige områdene finnes et vell av eksempler fra norske kommuner.

Nettstedets mål er å informere og inspirere til å etablere gode, tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens. Tiltakene presenteres i reportasjeform, ledsaget av en kortfattet faktaramme. Det vises vei til uttømmende opplysninger. Eksempler på dette kan være forsknings-rapporter, bøker og dokumenter. I tillegg ligger det kortere nyhetssaker på siden. Målgruppen for nettstedet er i hovedsak personell som arbeider med eller planlegger tilrettelegging av tjenester til personer med demens.

Kommunene oppfordres

Åpningen av demensinfo.no ble lagt til Høyås bo- og rehabiliteringssenter i Oppegård kommune, og avdelingsdirektør Kristin Mehre i Helsedirektoratet la i sin tale vekt på at Norge var det første land i verden med egen demensplan. Hun opplyste også om at det nå er kommunenes eget ansvar å holde siden oppdatert ved å sende inn nye eksempler på god demensomsorg.

Kommunene oppfordres til å sende inn opplysninger om gode tiltak man mener bør vises på siden. Ved henvendelse vil de bli kontaktet med informasjon om hvordan stoffet skal organiseres og hva som ønskes av bilder og lignende.

Bruk adressen demensinfo@aldringoghelse.no

Demens&Alderspsykiatri vil følge med fremover og se hvor aktive kommunene er til å drive sin egen erfaringsportal. Uten tilfang av nye eksempler risikerer nettsidene raskt å bli utdatert.

Vi minner om Demensdagene 25. og 26. november 2010 i Oslo.

Mer informasjon finner du på www.aldringoghelse.no »

Tor Atle Rosness



Disputas om yngre personer med demens

■ Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Tor Atle Rosness disputerte 16. juni over sin studie om situasjonen til yngre personer med demens og deres pårørende: «The impact of early onset dementia on patients and carers».

Under disputasen pekte han blant annet på hvilke vansker legene står overfor når diagnosen skal stilles. Rosness brukte deler av disputasen på å beskrive frontotemporal demens (FTD), som opptrer hos flere yngre enn eldre personer. Han karakteriserte FTD som en sammensatt klinisk diagnose, og det er en stor utfordring for leger å stille korrekt diagnose i en tidlig fase av sykdommen.

Pasientene har ikke vansker med hukommelsen ved sykdomsstart, noe som er vanlig ved andre former for demens, blant annet Alzheimer sykdom (AS). Ved FTD starter ofte symptomene med personlighetsendringer. Rosness viste i sin studie at:

- flere unge pasienter med FTD enn med AS fikk feil førstediagnose
- det gikk gjennomsnittlig 59 måneder fra sykdomsstart til riktig diagnose ble stilt.

Blant de feilaktige diagnosene pasientene hadde fått var midtlivskrise, utmattelse, alkoholrelatert lidelse, ekteskapsproblemer og bipolar lidelse.

Hva skal til for at leger skal kunne stille riktig diagnose tidligere?

– En demensdiagnose hos personer under 65 år må stilles av spesialist, og det er viktig med tidlig henvisning fra primærhelsetjenesten. Fastleger må gjenkjenne gradvise atferdsendringer og kognitiv svikt hos unge pasienter og få dette bekreftet gjennom pårørende, og ikke nøle med å henvise til spesialist.

Pårørende til personer med FTD opplever ofte store problemer, ikke minst på grunn av personlighetsendringer hos pasienten. Hvilken hjelp har pårørende mest nytte av?

– Først og fremst informasjon om sykdommen og endringene som vil forekomme etter hvert som sykdommen utvikler seg. De trenger regelmessig og kontinuerlig oppfølging av en tverrfaglig spesialisthelsetjeneste som tilbyr egnet støtte, pårørendegrupper og avlastning. Det mest belastende for pårørende til FTD pasienter er å måtte stå alene med ansvaret for å søke om hjelp.

Tor Atle Rosness skriver artikkel om frontotemporal demens i Demens&Alderspsykiatri nr. 4.



Fra Høyesterett: Samtykkekompetent – vil ikke motta nødvendig helsehjelp Hva kan sykehjemmet tillate seg?

*Kan kommunale sykehjem
kreve å få skifte sengetøy og
gjennomføre personlig hygiene
med tvang selv om en pasient
har samtykkekompetanse?*

I 2006 ble en 53 år gammel mann etter søknad innvilget langtidsopphold ved et kommunalt sykehjem. Mannen er etter innleggelsen konstant sengeliggende, har omfattende sårddannelser på begge ben og i underlivet, har vesentlige funksjonshemninger og feilstillinger i bena og noen grad i armene. Han er inkontinent for urin og i avføring, og som følge av tarmsykdom er avføringen flytende. Han har stort sett motsatt seg aktiv medisinsk behandling og avslått en rekke tilbud om å få undersøkt sårene som er kronisk betente og væskende. Etter å ha rådspurt Helsetilsynet vedtok kommunen i november 2007 å gjennomføre nødvendig stell og hygienetiltak mot mannens vilje. Pasienten påklaget vedtaket, men kommunen ble frifunnet i lagmannsretten i oktober 2009. Frifinnelsen ble anket inn for Høyesterett som avsa dom i saken 25. mai 2010.

Ikke enstemmig i Høyesterett

Saken som ble behandlet i Høyesterett gjaldt spørsmålet om et kommunalt sykehjem mot pasientens protest kunne kreve å få skifte sengetøy, utføre kroppsvask og skifte sårbandasjer på en sterkt pleietrengende pasient, i første rekke for å hindre at blant annet lukten fra avføring og infiserte sår kom i konflikt med hensynet til et forsvarlig arbeidsmiljø for pleierne.

I kortversjonen av dommen står det:

«Høyesteretts flertall fremhevet pasientens rett til selvbestemmelse, og at denne også omfatter det å treffe avgjørelser for sin egen helse som fra et faglig ståsted er lite rasjonelle eller sågar direkte skadelige. Samtidig må hensynet til pasientens autonomi nødvendigvis veie mindre der klart uheldige valg også får betydelige negative følger for andre, eller kommer i konflikt med andres rettigheter. Det helseettslige utgangspunkt om selvbestemmelse og samtykke har derfor en rekke begrensninger og unntak. Blant annet kan det også på denne sektoren stilles vilkår, så langt disse har en saklig sammenheng med vedtaket og ikke er uforholdsmessig tyngende.

Ved tilbud om sykehjemsplass vil søkerens reelle valgfrihet ofte være høyst begrenset, og adgangen til å stille vilkår vil være forholdsvis snever. Men det som krevdes fra sykehjemmet side var ikke mer enn at pasienten til en viss grad underla seg alminnelige og faglig funderte rutiner for personlig hygiene, altså forutsetninger direkte knyttet til selve det lovpålagte omsorgstilbudet som ble tilbudt ham. Flertallet viste videre til forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie 14. november 1988 nr. 932 § 4-4, og til at pasientens holdning ga sykehjemmet grunnlag for å si ham opp. Ut fra hans helsetilstand ville imidlertid utskrivning – uten tilbud om tilsvarende pleietilbud annet sted – være uforenlig med kommunens plikter etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1. Utskrivning ville dessuten nokså umiddelbart skape behov for øyeblikkelig – om nødvendig da også tvangsmessig – hjelp, jf. helsepersonelloven § 7. I en slik situasjon var det etter flertallets syn tilstrekkelig grunnlag for sykehjemmet til å gjennomføre det aktuelle minstemål av hygienetiltak. Høyesteretts mindretall var enig med flertallet i at

pasienten i dette tilfellet hadde plikt til å akseptere hygienetiltak, men tok ikke stilling til hvor langt plikten gikk. Etter mindretallets syn var det imidlertid ikke hjemmel for å anvende tvang. Det måtte være en lovgiveroppgave å eventuelt gi slik hjemmel.»

Kommentarer

Denne saken kom opp i rettsvesenet før kapittel 4A i pasientrettighetsloven trådte i kraft, og i tillegg er det presisert i sakspapirene at vedkommende er samtykkekompetent. Det vil si at det ikke under noen omstendigheter har vært aktuelt å vurdere tiltakene i denne saken i forhold til kapittel 4A i pasientrettighetsloven.

Dommen var ikke enstemmig. Av fem dommere mente tre at pasienten i dette tilfellet hadde plikt til å akseptere hygienetiltakene, mens to dommere mente at dette kun gjaldt så langt det ikke ble brukt tvang (pasienten motsatte seg tiltakene).

Hovedargumentet til flertallet var at: «Ved å takke ja til sykehjemsplassen forplikter pasienten seg til å akseptere sykehjemmets retningslinjer for skifte av sengetøy, kroppsvask og sårpleie (...). Forutsetningene knyttet til den personlige hygiene må anses underforstått i selve tildelingsvedtaket, og derfor virksomme selv om vedtaket ikke uttrykkelig nevner slike forutsetninger.»

Mindretallets motargument var: «At han har akseptert opphold på sykehjem kan ikke sidestilles med samtykke (...). Det foreligger ikke lovhjemmel for å tvinge pasienten til å tåle pleie og stell, og det er heller ikke annet rettsgrunnlag for dette. Han har krav på helsehjelp i form av opphold på institusjon med heldøgns omsorgstilbud. Man kan ikke begrense denne lovbundne rettigheten ved å stille vilkår.» Mindretallet var enig i at det er en viss adgang til å oppstille vilkår i forbindelse med at en pasient tilbys sykehjemsplass. Når en pasient søker seg til et sykehjem må man kunne forutsette at pasienten skjønner – og aksepterer – at det, ut fra hensynet til driften av sykehjemmet og hensynet til andre pasienter, gjelder visse normer for oppholdet. Mindretallet mente at dette likevel ikke gir grunnlag for bruk av tvang. I dette spesielle tilfellet mente imidlertid flertallet at det går en grense for hva sykehjemmet kan godta av dårlig hygiene, lukt og ubehag for personell og medbeboere.

Dommens konsekvenser

Kan vi bruke denne dommen i vurdering av hvorvidt vi kan gjennomføre hygienetiltak på sykehjem når en som har samtykkekompetanse, motsetter seg tiltakene?

Dette er en spesiell sak og hygieneforholdene var ekstreme. Selv om alle dommerne var enig i at pasienter innlagt på sykehjem har plikt til å akseptere hygienetiltak, må sykehjemmet strekke seg langt for å tilrettelegge forholdene slik at et minimum av hygienetiltak kan gjennomføres så langt som mulig på pasientenes premisser. Mindretallet i denne saken mente at det ikke er lovhjemmel for bruk av tvang i slike situasjoner, og at det dermed ikke kan gjennomføres hygienetiltak som en pasient motsetter seg (utenom reglene i pasientrettighetsloven kapittel 4A). Flertallet mente derimot at i ekstreme situasjoner som denne, må det også kunne gjennomføres tiltak som pasienten motsetter seg. Dommen sier ingen ting om hvor grensen går for at tiltak

skal gjennomføres mot en pasients vilje, bare at det er en grense og at dette konkrete tilfellet falt innenfor denne grensen.

At dommen ikke er enstemmig og at det ikke gis tydelige vilkår for når en situasjon er av en slik karakter at hygienetiltak kan gjennomføres mot en pasients vilje, gjør det vanskelig å trekke noen generelle konklusjoner ut av dommen. Jeg vil likevel utheve tre punkter om gjennomføring av hygienetiltak overfor pasienter som har samtykkekompetanse.

1. Pasienter som søker plass på sykehjem må akseptere de begrensninger som følger av «medisinsk behandling, drift av boformen og hensynet til andre beboere» (Forskrift for sykehjem og boformer for heldøgns omsorg og pleie § 4-4). Et minimum av personlig hygiene vil dekkes av dette.
2. Sykehjemmet plikter å legge forholdene til rette slik at hygienetiltak og annen behandling i størst mulig grad kan gjennomføres i samarbeid med pasientene. I tilfeller hvor en pasient motsetter seg hygienetiltak som sykehjemmet mener er et nødvendig minimum, må sykehjemmet strekke seg svært langt for å gjennomføre tiltakene på pasientens premisser.
3. Er det ikke mulig å få til et samarbeid med pasienten, skal det svært mye til for å gjennomføre hygienetiltak mot en pasients vilje. Mener sykehjemmet likevel det er nødvendig, må det gjøres grundige faglige vurderinger med god dokumentasjon. Siden det ikke er lovhjemmel for å bruke tvang overfor pasienter som har samtykkekompetanse, må vedtak om å gjennomføre tiltak mot en pasients vilje alltid legges frem for Helseilsynet (Fylkeslegen).

Mangler en person samtykkekompetanse skal selvsagt reglene i pasientrettighetsloven kapittel 4A følges fullt ut.

Høyesterettsdommen i kortversjon: http://www.domstol.no/DATemplates/Article___23816.aspx?epslanguage=NO

Dommen i full versjon: [www.domstol.no/upload/HRET/saknr2010-6\(anonymisert\).pdf](http://www.domstol.no/upload/HRET/saknr2010-6(anonymisert).pdf)

■ oyvind.kirkevold@aldringoghelse.no



Demensomsorg med fokus på pårørende

Har et strukturert støtteprogram større nytteverdi for personer med demens og deres pårørende enn vanlig kommunal oppfølging?

I 2009 startet Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (NKHA) prosjektet «Et psykososialt støtteprogram for personer med demens og deres pårørende», en randomisert kontrollert studie. Frøydis Bruvik er prosjektleder og stipendiat, forsker ph.d. Ingun Ulstein hovedveileder, professor Knut Engedal faglig ansvarlig og biveileder, og professor Anette Hylén Ranhoff biveileder.

Bakgrunnen for prosjektet er kunnskapen om at pårørende til personer med demens opplever belastning i livet som omsorgspersoner (1-3). Belastningen medfører risiko for sosial isolasjon, økonomiske bekymringer og både fysisk og psykisk sykdom, først og fremst økt forekomst av depresjon (4-7).

Et annet viktig perspektiv er at pårørende som har det bra, i større grad klarer å være hensiktsmessig støtte for den som er syk. Enkelt sagt: Når pårørende har det bra, har personen med demens det bra.

Ulike tiltak rettet mot pårørende har vært gjennomført med varierende effekt. Psykososial intervensjon (PSI) utført av høyt kvalifiserte terapeuter har vist gode resultater med økt opplevelse av mestring og mindre grad av depresjon hos pårørende, med påfølgende utsettelse av innleggelse i sykehjem (8,9). Videre

konkluderer Pinquart og Sörensen (10) i sin metaanalyse med at intervensjoner som er skreddersydd for å møte omsorgsgivers spesifikke behov og som inkluderer både pårørende og personen med demens, samt innebærer oppfølging av familiene over tid, har størst positiv effekt.

NKAH har tidligere gjennomført forskningsprosjekter med fokus på pårørende, blant annet Demens i familien fra 2002-07 (11), med Ingun Ulstein som prosjektleder. Erfaringene fra denne studien er et viktig grunnlag for det nystartede prosjektet.

Prosjektet

Prosjektet «Et psykososialt støtteprogram for personer med demens og deres pårørende» er en randomisert kontrollert studie. Målet med studien er å sammenligne nytteverdien av et strukturert støtteprogram med nytteverdien av vanlig kommunal oppfølging av personer med demens og deres pårørende. Vi ønsker å se om det er forskjell mellom gruppene i forhold til livskvalitet generelt, og mer spesifikt i forhold til opplevelse av mestring, depresjon og tidspunkt for sykehjemsinnleggelse.

Totalt skal vi inkludere 320 personer med demens og deres nærmeste pårørende. Halvparten, 160 familier, vil delta i et strukturert støtteprogram som tilbys i egen kommune. De øvrige deltagerne vil i tillegg til «oppfølging som vanlig» få informasjon om tjenestetilbudene i egen kommune.

Personene med demens skal være hjemmeboende, ha samtykkekompetanse, MMS >15 og ha minimum ukentlig ansikt til ansikt-kontakt med sine familieomsorgsgivere. Familiene rekrutteres gjennom kommunehelsetjenesten. I dag deltar 17 kommuner i prosjektet. Fra hver kommune har vi to prosjektmedarbeidere, både sykepleiere og ergoterapeuter. Felles for prosjektmedarbeiderne ser ut til å være høy kompetanse på demensfeltet. Prosjektmedarbeiderne inkluderer familiene, foretar baseline datainnsamling og gjennomfører intervensjonen rettet

mot pårørende. Prosjektmedarbeiderne får opplæring og veiledning gjennom hele prosjektperioden.

Intervensjonen/støtteprogrammet er tredelt, vil gå over 18 måneder og består av følgende:

1. Fem individuelle rådgivningssamtaler, hvor stressorer og ressurser i den enkelte familie identifiseres. Samtalene vil i hovedsak være rettet mot nærmeste pårørende, mens personen med demens og det øvrige familienettverket vil delta på henholdsvis to og en av samtalene.
2. Parallelt med dette vil pårørende få tilbud om undervisning (pårørendeskole eller seminar).
3. Deltagelse i samtalegruppe med aktiv bruk av strukturert problemløsning og kognitive teknikker (CBT).

Personene med demens vil delta i egne samtalegrupper hvor det vil bli gitt noe undervisning om demens.

Hva er nytteverdien?

En åpenbar nytteverdi er at studien vil gi oss økt kunnskap om hvordan det er hensiktsmessig å støtte familier med demens. De endelige resultatene vil først kunne presenteres om noen år.

En annen nytteverdi er kompetanseoppbyggingen som foregår i kommunene parallelt med prosjektet. Organiseringen av prosjektet gir oss verdifull kunnskap om hvordan tiltak for å støtte familier med demens kan etableres i kommunhelsetjenesten og dermed tilbys adskillig flere enn om de blir gitt gjennom spesialisthelsetjenesten.

Økonomi

Prosjektet finansieres gjennom Norges forskningsråd. I tillegg har vi fått økonomisk støtte til pasientintervensjonen fra Nasjonalforeningen for folkehelsen og Civitan. Kavli forskningssenter for demens og aldring støtter prosjektet med faglig veiledning og praktisk assistanse.

En av deltagerkommunene har fått støtte fra Gjensidigefond for å kunne etablere deler av tiltaket permanent i kommunen.

I og med at en stor del av arbeidet gjennomføres av kommunene, overføres også mye av midlene vi har fått til dem. Dette er trolig en forutsetning for at kommunene kan delta slik de gjør.

Erfaringen så langt

For mange av kommunene er inkludering av aktuelle familier en arbeidskrevende prosess. Det kan virke som flere faktorer har betydning i den sammenheng. Det ene er strukturen innad i kommunen og eksempelvis samarbeid med leger og spesialisthelsetjenesten. Vi ser også at noen familier vegrer seg mot å delta i prosjektet. De opplever hverdagen som krevende og er skeptiske til å påta seg flere forpliktelser. Vi håper imidlertid at familier som deltar opplever intervensjonen som en god støtte og ikke som en belastning.

At inkludering av deltagere i et slikt prosjekt er krevende, er imidlertid i tråd med tidligere erfaringer. Slik sett har inkluderingen gått veldig bra, noe som nok skyldes at rekruttering foregår i kommunene og at prosjektmedarbeiderne bruker sin kompetanse og sitt nettverk. I tillegg er media blitt brukt, både for å sette fokus på pårørendes situasjon og å informere om prosjektet.

Det er stor aktivitet i prosjektet og mye god kompetanse blant prosjektmedarbeiderne. Spesielt spennende er det å treffes slik vi gjorde 4. februar 2010, da vi gjennomførte et dagsseminar på Gardermoen. På samlingen denne dagen var fokus oppgaver, problemer og gode erfaringer i prosjektet så langt. I tillegg hadde vi gjennomgang av oppgavene i fasen vi skal inn i.

■ froydis.bruvik@aldringoghelse.no

REFERANSER

1. Haley WE, Levine EG et. al. (1987) Psychological, social, and health consequences of caring for a relative with senile dementia. *J Am Geriatr Soc* 35: 405-11.
2. Baumgarten M, Battista RN, et. al. (1992) The psychological and physical health of family members caring for an elderly person with dementia. *J Clin Epidemiol* 45: 61-70.
3. Russo J, Vitaliano PP, et. al. (1995) Psychiatric disorders in spouse caregivers of care recipients with Alzheimer's disease and matched controls: a diathesis-stress model of psychopathology. *J Abnorm Psychol* 104: 197-204.
4. Schulz R, O'Brien AT, et. al. (1995) Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist* 35: 771-91.
5. Clyburn LD, Stones MJ, et. al. (2000) Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 55: 2-13.
6. Pinquart M, Sorensen S (2003) Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 58:112-28.
7. Black W, Almeida OP (2004) A systematic review of the association between the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and burden of care. *Int Psychogeriatr* 16: 295-315.
8. Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E et. al. (1996) A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. A randomized controlled trial. *JAMA* 276: 1725-31.
9. Green A, Brodaty H (2004) Care-giver interventions. In: Qizilbash N, Schneider LS, Brodaty H, Tariot P, Kaye J, Chui H, Erkinjuntti T (eds). *Evidence-based dementia practice*. Hong Kong: Blackwell Publishing.
10. Pinquart M, Sorensen S (2003) Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 58:112-28.
11. Ulstein I (2007) «Dementia in the family» Doktoravhandling, Oslo, Fakultetsdivisjon Ullevål universitetssykehus. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Vi minner om Demensdagene 25. og 26. november 2010 i Oslo.

Mer informasjon finner du på www.aldringoghelse.no



Demensteam nytter!

Etablering av demensteam i Sarpsborg kommune

Kvaliteten på tjenestene til personer med demens og deres pårørende er blitt bedre i Sarpsborg etter at demensteamet ble etablert, og satsing på kompetanse har vist seg å være lønnsomt.

I Kommunedelplanen for pleie- og omsorgstjenester 2007-2016 i Sarpsborg fastslås viktigheten av å få etablert et demensteam. I 2007 ga Helsedirektoratet Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (NKAH) i oppdrag å lede et treårig utviklingsprogram innen demensutredning. Våren 2008 inngikk Sarpsborg kommune avtale med NKAH om å være modellkommune innen utredning og diagnostisering av demens.

Høsten 2008 ble demensteamet etablert som et prosjekt ut året. Resultatene og erfaringene var så gode at bystyret i Sarpsborg vedtok å bevilge 1 million kroner til demensteamet ut 2009. Fra 2010 er demensteamet blitt et fast tilbud i Sarpsborg kommune.

Hvorfor er utredning viktig?

Store utfordringer

Demens er en folkesykdom som vil gi eldreomsorgen i Sarpsborg kommune med sine 51 924 innbyggere store utfordringer i årene som kommer. Befolkningen lever

lenger og 20 prosent av 80-89-åringene og 40 prosent av 90+ har demens (1,5). Frem mot 2040 vil antall personer med demens fordobles (1). I dag er det 6-700 personer som har demens i kommunen og ca 100 nye vil rammes årlig. Av disse vil 1-2 være under 65 år (1,5). Demens er den vanligste årsak til innleggelse i sykehjem (2,3) og i langtidsavdelinger har ca 80 prosent demens (3). Kun halvparten av hjemmeboende med demens er utredet for sin sykdom (4), og opptil 50 prosent av alle sykehjemspasienter med sikre tegn på demens er ikke diagnostisert (5).

Tidlig diagnose

Målet med opprettelsen av demensteamet var å bidra til økt kapasitet og bedre kvaliteten på utredningen og diagnostiseringen av demens i Sarpsborg. En forutsetning for å gi god omsorg og behandling er at en person er tilstrekkelig utredet (5). En diagnose gir personen, pårørende og hjelpeapparatet en realistisk mulighet for planlegging og iverksettelse av nødvendig hjelp. En tidlig diagnose vil bedre kunne bidra til tilrettelegging for en trygg tilværelse hjemme og mulighet for å kunne bo lenger hjemme med riktig hjelp.

Demensteamet reiser på hjemmebesøk og benytter seg av standardiserte verktøy som er utarbeidet av NKAH. Diagnosen stilles på bakgrunn av flere tester, klinisk undersøkelse, blodprøver og billeddiagnostikk som gjøres i samarbeid med fastlegen. Når diagnosen er stilt og andre sykdommer er utelukket, kan personen med demens og de pårørende etter god informasjon planlegge tiden fremover. Blir diagnosen stilt tidlig kan personen selv være med på å ta viktige avgjørelser for livet sitt. Riktige hjelpetiltak kan settes inn til riktig tidspunkt i samarbeid med personen med demens og pårørende. Det er for øvrig interessant å registrere at hjemmetjenesten og pårørende står for de aller fleste henvisningene til demensteamet, mens fastlegene står for en mindre andel.

Artikkelen er basert på forfatterens foredrag på Demensdagene 1. og 2. desember 2009, og demensteamets årsrapport for 2009.

Gjennomføring

Demensteamet ble opprettet høsten 2008 med sykepleier i 50 prosent, ergoterapeut i 40 prosent og lege i 20 prosent stilling. Fra 2009 ble stillingene økt til sykepleier i 80 prosent, ergoterapeut i 50 prosent og lege i 30 prosent stilling. Teamet er organisatorisk knyttet til enhet Helse i kommuneområde Helse og sosial, og ledes av eldreoverlege. Dette betyr at teamet ikke er organisert under en utøvende enhet, som for eksempel et sykehjem eller hjemmetjenesten, men under helsesjefen i Sarpsborg kommune. Demensteamet har åpent mandag til torsdag, og er et lavterskeltilbud der alle kan henvende seg uten henvisning.

Hovedoppgavene til demensteamet er diagnostisk utredning, utredning av omsorgsbehov, rådgivning, undervisning og samarbeid med kommunens øvrige helsepersonell og fastleger. I 2008 og 2009 har en styringsgruppe bestående av representanter fra administrasjonen og fra enhetene hatt faste møter med leder i teamet.

Samhandling er avgjørende

Demenskontakter er etablert i hver sone i hjemmetjenesten, på hvert sykehjem, i bofellesskap, på dagsenteret for personer med demens samt i team for brukerrettede tjenester. De 24 demenskontaktene i Sarpsborg er bindeleddet mellom teamet og avdelingene/sonene. De får undervisning og øker sin kompetanse gjennom faste møter og tar dette med tilbake til avdelingene/sonene. På den måten skjer det en kompetansespredning ut i enhetene. Møtene brukes til informasjon og erfaringsutveksling, og helsepersonellet lærer mer om hvordan andre arbeider og hvilke tilbud som finnes for personer med demens.

Annenhver måned møtes demensteamene fra modellkommunene Sarpsborg, Fredrikstad, Rygge og ressurskommune Moss for nyttig erfaringsutveksling og kompetanseutvikling. Representanter fra NKAH er til stede for å gi veiledning og for å lære av modellkommunene. Demensteamet i Sarpsborg arrangerte fagdag for alle demensteam i Østfold i oktober 2009. Totalt 12 av 18 kommuner hadde representanter til stede. Demensteamene fra Sarpsborg og Rygge har bistått Fylkesmannen i Østfold i arbeidet med *Omsorgsplan 2015* (5).

En gang månedlig møter demensteamet «team brukerrettede tjenester», samt representanter fra bofellesskap og dagsenter for personer med demens. Det utveksles informasjon og oppdateringer om ulike personer i systemet som venter på plass i heldøgns omsorg eller andre hjelpetiltak. Målet er å kunne prioritere brukere på rett plass til rett tid.

Demens utredes i et samarbeid mellom fastleger og demensteamet. Når utredningen blir for komplisert eller der personen med demens har andre omfattende tilleggsskilt, som psykiatri, rusavhengighet eller psykisk utviklingshemning, kan personen henvises til spesialisthelsetjenesten. Demensteamet har hatt samarbeidsmøter med kollegaer fra Alderspsykiatri seksjon Veum, Sykehuset i Østfold, om felles brukere. Fastlegene har fått informasjon om demensteamet



Demensteamet: fra venstre Camilla Syvertsen, Bente Skauge Nilsen og Rebecca Setsaas Skage.

gjennom informasjonsbrev fra kommunen og helsesjefen, på felles legemøter og gjennom direkte kontakt med teamet.

Sykehjemsmedisin

Sarpsborg kommune satser på sykehjemsmedisin. Siden høsten 2007 er to hele nye legestillinger i sykehjem etablert og dermed økt til 5,5 stilling. Dette har styrket den medisinskfaglige kompetansen i sykehjem. Sykehjemslegene bruker nå mer tid på hver enkelt bruker og har bidratt med økt kapasitet og kvalitet i utredning av demens i Sarpsborgs fem sykehjem.

Demensforeningen i Sarpsborg

I Sarpsborg har den lokale demensforeningen gjort et stort arbeid gjennom mange år. Engasjerte ildsjeler har drevet pårørendeskole fra 1993 samt demens kafé i mange år. Pårørendeskole holdes to ganger i året med fire kurskvelder. Demensteamet har vært til stede og informert om kommunens tilbud til personer med demens.

Demensteamet og demensforeningen i Sarpsborg markerte Den internasjonale Alzheimerdagen i fjor med 380 mennesker til stede. Kvelden hadde fokus på kompetanse, opplysningsarbeid og kultur i regi av demensteamet og demensforeningen. Psykologspesialist Per Kristian Haugen fra NKAH hadde foredrag om yngre med demens.

Kompetanseutvikling og informasjonsarbeid – viktige oppgaver

Kunnskap er svært viktig for en god eldreomsorg. Det er en stor utfordring å sikre at alt helsepersonell har god kunnskap og kompetanse om demens, og undervisning gitt av demensteamet er et viktig middel for å nå dette målet i Sarpsborg. Demensteamet har undervist i demenssykdommer, akutt forvirring og legemidler hos eldre til totalt 277 ansatte i 2009. Det planlegges undervisning til flest mulig innen eldreomsorgen i kommunen.

En spesiell utfordring er legemiddelhåndtering blant eldre. Undersøkelser i Norge viser et overforbruk av

sovemidler og andre beroligende legemidler i sykehjem (6). Demensteamet har hatt flere veiledningsoppdrag rundt personer med demens der feilbruk og overforbruk av legemidler har vært årsak til atferdssymptomer. Atferden har snudd raskt etter endringer eller seponering av legemidler.

Som modellkommune får Sarpsborg delta i Demensomsorgens ABC, og engasjementet hos deltakerne er stort. Enhetslederne gir god støtte og tilrettelegging for deltagerne.

Mange personer med demens og deres pårørende opplever at det er vanskelig å søke hjelp. Mange prøver å skjule problemene og trekker seg bort fra sosialt samvær. Opplysning og informasjonsarbeid til pasienter, familier og allmennheten er derfor viktig. Demensteamet har deltatt på mange ulike arrangementer for å sette fokus på demens, demensteamet og på Sarpsborgs kommunes tilbud til eldre.

Hvordan har det gått?

I arbeidet med å dokumentere og ikke minst bruke demensteamets erfaringer til å vise hva de gjør, har det vært nyttig å føre oversikt over hvordan det går med de personene som teamet er i kontakt med. Noen av disse resultatene har også vært vist frem for politikere i hovedutvalg i Sarpsborg kommune. Et lite utvalg med utgangspunkt i 169 brukere:

- Tre personer med demens er flyttet fra et høyere omsorgsnivå til et lavere.
- Planlagt flytting av to personer med demens fra bofellesskap til sykehjem er hindret.
- Planlagt flytting av seks personer med demens fra ordinær langtid til skjermet plass er hindret etter veiledning av personalet.
- Syv personer med demens mottar dagsenterplass og kan muligens bo lenger hjemme (5).
- 23 har fått økt tilbud fra hjemmetjenesten og åtte har fått tilrettelegging i hjemmet.
- I løpet av 2009 flyttet 23 brukere inn i heldøgns omsorg.
- En person var søkt til skjermet avdeling fra langtidsavdeling sykehjem på grunn av atferdssymptomer. Etter seponering av antipsykotika fikk personen økt sin MMS fra 8 til 28 på to uker. Personen hadde ikke demens!

Lett tilgjengelighet til demensteamet for de pårørende kan bidra til at de klarer å stå lenger i situasjonen, og således utsette innleggelse i heldøgnsomsorg.

Demensteamet har hatt flere veiledningsoppdrag rundt overforbruk og feilbruk av legemidler i sykehjem og bofellesskap. Etter kort veiledning er vanskelige situasjoner med flere sykemeldinger blant de ansatte snudd tilbake til en «normalsituasjon».

Tilbakemeldinger fra enhetene

En evaluering ble gjort av enhetene innenfor pleie og omsorg etter at demensteamet hadde vært i drift i ni måneder (7).

Svarene var positive og tilbakemeldingene tyder på bedre samhandling innad i kommunen, at teamet har god kompetanse om demens og at kvaliteten på omsorgen til personer med demens har økt etter at teamet startet. Kvaliteten på demensutredning er blitt bedre på kort tid etter oppstart av demensteamet. Kompetansen til helsepersonell har økt og tjenestene som gis er bedre. Pårørende og personen med demens er mer fornøyde og det er mer attraktivt å være helsepersonell i kommunen. Tilbakemeldinger tyder på at det er færre feilplasseringer i systemet og at personer med demens får rett tilbud tidligere enn før.

Konklusjon

Evalueringen av demensteamet og erfaringer gjort underveis viser at kvaliteten på tjenestene til personer med demens og deres pårørende er blitt bedre i Sarpsborg. Etableringen av demensteamet er et eksempel på at satsing på kompetanse er lønnsomt. Samtidig viser evalueringen at etableringen av demensteamet gir bedre ressursutnyttelse og at tilbud som gis er mer målrettet enn tidligere.

Som modellkommune har Sarpsborg kommune fått svært god drahjelp fra NKAH, både når det gjelder direkte kompetansetilførsel til helsepersonell i kommunen og gjennom samhandling og utveksling av erfaringer fra andre kommuner. Demensomsorgens ABC gir viktig kompetanse og bidrar til engasjert og kompetent helsepersonell i eldreomsorgen for fremtiden. Det er svært gledelig at demensteamet fra 2010 er blitt etablert som et fast tilbud i Sarpsborg kommune.

■ rebecca-setsaas.skage@sarpsborg.com

REFERANSER

1. Engedal K, Haugen PK (2009) Demens. Fakta og utfordringer. 5. utg. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
2. Romøren TI (1998) Pasienter og beboere i sykehjem og aldershjem i Nord-Trøndelag. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
3. Nygaard HA, Naik M et al. (2000) Mental svikt hos sykehjemspasienter. Tidsskrift for norsk legeforening 120: 31136.
4. Lystrup LS, Lillesveen B et al. (2006) Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens Tidsskrift for norsk legeforening; 126: 191720.
5. Helse- og omsorgsdepartementet (2007) Demensplan 2015 «Den gode dagen».
6. Ruths S, Straand J et al. (2003) Multidisciplinary medication review in nursing home residents; what are the most significant drug-related problems? The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) study. Qual Saf Health Care 12:176-80.
7. Evalueringsrapport utarbeidet i Sarpsborg juni 2009. (Upublisert.)

Posterpris for tilbud til pårørende

Den 20. Nordiske Kongress i Gerontologi ble avviklet i Reykjavik 30. mai - 2. juni. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse deltok med 12 muntlige presentasjoner og syv postere. Den siste dagen ble det delt ut tre posterpriser, og «The best poster on Dementia» gikk til Kirsti Hotvedt. Tittelen på posteren er «Caring for Family Carers – Knowledge, support and fellowship in School for Family Carers». Medforfattere er Knut Engedal og Arnfinn Eek.

Utviklingsprogram om tilbud til pårørende – pårørendeskoler og samtalegrupper

I 2007 fikk Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, i oppdrag fra Helsedirektoratet, ansvaret for å gjennomføre det treårige utviklingsprogrammet Tilbud til pårørende. Programmet er en del av satsningen i forbindelse med Demensplan 2015 «Den gode dagen». Spredning av pårørendeskole har vært hovedtiltaket i programmet. Målgruppen er familie eller nære venner til personer med demens, som over flere kurssamlinger får kunnskap om demens og innsikt i hvilke følger sykdommen kan ha for personen med demens, pårørende og miljøet rundt familien. I programmet har pårørendeskolemodellen blitt prøvd ut i 37 utvalgte modellkommuner og andre interesserte kommuner.

Posteren presenterte de foreløpige resultatene fra spørreundersøkelsen der 944 pårørende deltok i evalueringen. Av disse var den største gruppen (66 prosent) pårørende til personer med demens som bodde i eget hjem. Nesten alle vurderte kurset som nyttig og svarte at de hadde lært mer om hvordan man kan møte utfordringene som omsorgsgivere. De fleste mente at kurset hadde bidratt til mer kontakt med helsearbeidere, lokal demensforening og andre pårørende. Over 76 prosent av respondentene svarte at de aldri hadde deltatt på kurs om demens tidligere.

Posterprisen er på 3000 kroner.

Demens&Alderspsykiatri gratulerer!



Kurskatalog 2011

Nytt om kurs og konferanser – blant annet:

Konferanse

- Hjemmebaserte tjenester til personer med demens

Temakurs

- Pårørende i demensomsorgen

Grunnkurs for leger

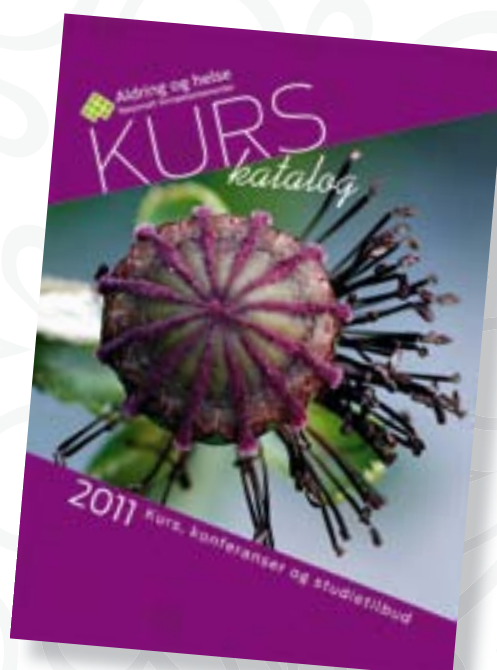
- Demenssykdommene, diagnostikk og behandling

Temakurs for leger

- Fall hos gamle, utredning og behandling

For mer informasjon

www.aldringoghelse.no





Sykepleier ph.d.
Ingelin Testad

■ Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Det handler o

«Veiledning må bli obligatorisk på sykehjemmene!»

Det sa sykepleier ph.d. Ingelin Testad fra Stokka undervisnings-sykehjem i Stavanger under konferansen Demens i Vest i juni. Testad er leder av seksjon for fagutvikling og forskning og det nylig opprettede Senter for eldremedisin ved Stavanger universitetssjukehus.

Ingelin Testad er opptatt av hva opplæring og trening av ansatte har å bety for kvaliteten på tjenestene, særlig når det gjelder bruk av tvang, og tok sin doktorgrad på temaet i januar i år.

– Faglig veiledning er helt avgjørende for kvaliteten i tilbudene, sier hun.

– Vi har verken lov eller råd til å la det være. I min studie hadde vi veiledning for alle ansatte en gang i måneden, og det ser jeg på som et absolutt minstemål. En god løsning kan være annenhver uke, slik at alle har anledning til å ta del i løpet av en måned.

Dette er gjennomførbart både praktisk og økonomisk, mener Ingelin Testad. Hun er helt på det rene med at ledere må prioritere, men mener at veiledning der alle ansatte deltar og får den samme informasjonen, kan spare institusjonen for store beløp.

– En pasient som trenger mye oppfølging kan bety fast vakt, ekstravakter og økt sykefravær, og dette påvirker et helt miljø. Med regelmessig veiledning tror jeg vi kan unngå at vanskelige situasjoner topper seg og blir for vanskelige å håndtere. Dessuten kan det gi bedre livskvalitet for alle involverte, ikke minst pasientene.

Alle skal delta

Når Ingelin Testad sier at alle skal være med, er det akkurat det hun mener. I tillegg til kvalifisert helsepersonell skal kjøkkenpersonalet, vaktmesteren – alle som har kjennskap til pasienten – være med.

– Alle kan ha sett noe som er viktig når det gjelder pasienten. En vaktmester så hvordan en urolig pasient trivdes når han fikk være med dem som jobbet utendørs. En slik observasjon kan gi idé til et gjennomførbart tiltak.

Hvem skal veilede?

Mange institusjoner i distriktene vil mene at de ikke har mulighet til å få tak i nødvendige fagfolk til veiledning. Ingelin Testad ser behovet for å utdanne flere fagpersoner, men mener likevel det er mulig å få det til hvis viljen til veiledning er tilstrekkelig til stede.

– Hvis man er villig til å betale veilederen, utgjør det en forsvinnende liten sum i forhold til hva det kan koste hvis personalet ikke får veiledning. Dessuten gir det mer verdighet for både pasienter og ansatte.

God ledelse betyr alt!

– Et godt miljø starter med god ledelse. Det kan sette tonen for hele omsorgskulturen. I det daglige er det samspill mellom flere som avgjør hvordan miljøet blir, men hvordan arbeidet legges opp, hvilke visjoner man har for virksomheten – det beror svært mye på ledelsen.

Ledere har mye å gjøre, og er det riktig å legge skylden for dårlig miljø på den enkelte leder?

– Lederen har et ansvar, og hvis det er så store mengder administrative oppgaver at hun eller han ikke får tid til å konsentrere seg om miljøet for pasienter og ansatte, må det selvfølgelig være lov å be om hjelp og støtte. Men et godt miljø og faglig oppbakking er noe man først og fremst må ønske. Jeg tror ikke alle eger seg til å være ledere for sykehjem.

I et senere nummer av Demens&Alderspsykiatri skriver Ingelin Testad artikkel om ledelsens betydning for kvalitet på tjenestene i sykehjem, basert på hennes ph.d.-arbeid. (red.)

m kompetanse

Virksomhetsleder
Marie Rolstad



«Ambisjoner, kompetanse og lederskap gir resultater»

*Høyås bo- og rehabiliterings-
senter i Oppegård kommune er
kjent for sitt miljøarbeid, og i
D&A nr. 1 i år hadde vi en
artikkel om dette. Vi har bedt
virksomhetsleder Marie Rolstad
peke på de viktigste beting-
elsene for gode resultater.*

Marie Rolstad fremhever dyktige, kompetente sykepleiere og hjelpepleiere. Kompetanseutvikling har vært drevet i mange år. Det bor 31 beboere på demensavdelingen som er organisert i fire mindre bogrupper. Høyås brukes som en ressurs i kommunen, blant annet ved å være samarbeidspartner når de to andre sykehjemmene har behov for hjelp til beboere med utagerende atferd eller andre atferdssymptomer.

– Vi skal være en spydspiss på demensfeltet i vår kommune, både når det gjelder faglig dyktighet, kompetanseutvikling, målrettet arbeid, etisk refleksjon og samarbeid med kolleger i andre tjenester. Vi vil gjerne vise at engasjement blant de ansatte bidrar til at vi utvikler tjenesten.

Bilvask på bo- og omsorgssenteret

– Vi har egne tiltak for hver enkelt beboer, forteller virksomhetslederen.

– Hvis dette ikke utføres en dag, skal det rapporteres i Gerica som et avvik på lik linje med andre avvik. De ansatte er så innstilt på individuell omsorg at det aller meste kan legges til rette. En beboers sønn fortalte at faren hadde likt å holde biler og sykler rene, så nå kjører vi inn biler og sykler som han kan få vaske. Vi har kjøpt bøtter, svamper og såpe, og dermed har beboeren en

aktivitet som passer ham. Det trenger ikke å være dyrt eller spesielt krevende. Det gjelder bare å gripe tak i det vi får vite om en beboer.

Ledelse

Godt miljøarbeid etterspørres over alt i demensomsorgen. Etter at artikkelen fra Høyås sto i D&A i mars i år, har de åpnet spa, sanserom og flere hager tilpasset beboere med demenssykdom, der beboerne kan gå ut når de selv ønsker det. Svømmebasseng har de hatt lenge. Sommers kunstutstilling med bilder malt av beboerne selv, ble gjennomført med brask og bram, ifølge Marie Rolstad. Hva krever tilrettelegging for miljøarbeid av ledelsen?

– Det har hele tiden vært et tett samarbeid mellom de ansatte på demensavdelingen og meg. Bøygen har vært at de ansatte ikke har funnet tid til å drive prosjektutvikling i arbeidstiden, så vi har måttet kjøpe dem ut for at de skal kunne bygge opp prosjekter og være dyktige og effektive. Vi er heldige som har så mange engasjerte og dyktige medarbeidere som stadig vil mer, og det må innrømmes at mye også har vært gjort i fritiden.

Å kjøpe folk ut av tjeneste er ikke billig. Betyr dette at det er dyrt å utvikle gode miljøprosjekter?

– Vi har ikke romsligere økonomi enn andre sykehjem i kommunen, men vi har brukt midler vi har fått fra undervisningssykehjemmet i Oslo til å kjøpe ut folk. Gevinsten er at det vi bruker til godt miljøarbeid, får vi igjen i tid og penger i andre enden. Gjennom struktur i hverdagen som artikkelen i D&A beskrev, blir vi mer effektive.

Struktur krever god ledelse, og Maria Rolstad fremhever avdelingssykepleierens rolle og peker igjen på betydningen av kompetente medarbeidere. Hun mener kompetansebygging over tid er en nøkkel til at de nå er inne i en god sirkel.

– Folk søker seg hit fordi de har hørt om hva som skjer på Høyås. Vi har ingen ledige stillinger utenom helgestillinger.



Lyd og ulyd

Lydmiljø i sykehjem

*I miljøbehandling i sykehjem
er vi opptatt av god tilrettelegging
av fysiske miljø, vi setter krav
til arkitektur og innredning for at
beboere med demens skal
oppleve miljøet som oversiktlig,
forståelig og trivelig.
Men hvordan tilrettelegger man
lydmiljøet i avdelinger for
personer med demens?
Og hvilken betydning har dette for
hvordan beboere og ansatte trives
og lever sammen i avdelingen?*



Ofte er man opptatt av et støyfritt miljø, men hvordan definerer man hva som er støy og hva som er gode lyder? Denne artikkelen er bygget på artikkelforfatterens masteroppgave fra Norges Musikkhøgskole, Lydmiljø i sykehjem (1).

Hva er lydmiljø?

Selv om de færreste mennesker bevisst retter mye av sin oppmerksomhet mot lydmiljøet de befinner seg i, påvirker lyder oss hele tiden. Noen lyder kan forstyrre oss når vi skal konsentrere oss eller slappe av, andre kan ha motsatt effekt og hjelpe oss. Vi orienterer oss i rommet etter lyder, de brukes som signaler og informasjon (2). Når vi vet at lyder er betydningsfulle for hvordan vi har det og hvordan vi opplever miljøet vi befinner oss i, og samtidig vet at personer med demens kan ha en nedsatt evne til forståelse av de lydene som omgir dem (3), mener jeg det er naturlig at vi tar lydmiljø i sykehjem på alvor, som en viktig del av miljøbehandling.

Gode og dårlige lyder

En og samme lyd kan ha svært ulik betydning for mennesker med ulik bakgrunn eller ut fra en persons

stemning eller situasjon. For eksempel kan en lyd som virker som støy i én sammenheng oppleves som meningsfull i en annen. Derfor kan vi ikke si at å arbeide for et godt lydmiljø i institusjon bare handler om å fjerne uønsket lyd, det vi kaller støy. Støy og stillhet, gode og dårlige lyder må alltid ses i sammenheng med miljøet og de som befinner seg i det. Noen generelle kriterier for gode lydmiljøer som legger til rette for kommunikasjon mellom mennesker eller mellom menneske og miljø, finnes likevel (4). For det første bør lydmiljøet ikke bestå av flere elementer enn at vi lett kan identifisere hvert enkelt element. Dette gjør at vi beholder oversikten over miljøet og muligheten til å fokusere på de elementene vi ønsker. For det andre bør lydkildene være kjente eller identifiserbare. Dette gjør at vi beholder forståelsen av miljøet, og at vi lett kan avgjøre om miljøet er trygt eller ikke. Å vite hvem eller hva som produserer lydene vi hører skaper altså større trygghet og aksept, selv om lydene i utgangspunktet ikke oppleves som behagelige eller ønsket. Disse to punktene har betydning for alle mennesker, men er særlig relevante for mennesker med nedsatt kognitiv kapasitet, som for eksempel sykehjemsbeboere med demens.

Fanget publikum

Den amerikanske forskeren og lydmiljøentusiasten Jeffrey Kittay har gjort en observasjon og refleksjon rundt lydmiljøet i en bolig for mennesker med multifunksjonshemming (5). Han argumenterer for et særlig hensyn til lydmiljøet på slike steder, fordi menneskene i miljøet ikke selv har mulighet til å påvirke lydmiljøet i særlig grad, eller å stenge lydene ute dersom de ønsker det. Han betegner beboerne som et «fanget publikum» (engelsk: «captive audience») i det miljøet de oppholder seg i og ikke kan velge å forlate. Kittays tanker rundt lydmiljø er i høyeste grad overførbare til temaet lydmiljø i sykehjem.

Typiske lyder i sykehjem og deres betydning

I min masteroppgave (1) ønsket jeg å undersøke hvilke lydmiljøer som var typiske for sykehjemsavdelinger, og hvordan disse påvirker trivsel og sosialt miljø i avdelingen. Metodene som har vært brukt er intervjuer av ansatte og deltakende observasjon.

Stillhet

Stillhet regnes kanskje ofte som «typisk» for sykehjem, og har vært tatt opp som ett av flere viktige lydmiljøer i sykehjemsavdelingene. Informantene var opptatt av at man forsøker å ha en stille og rolig atmosfære, og at stillheten oppleves behagelig når den opptrer som avdelingens lydmiljø. Det er imidlertid viktig å skille mellom opplevd positiv og opplevd negativ stillhet. Stillhet kan oppleves som et rom for ro og avslapning og som et rom for kontakt med seg selv og miljøet rundt. Samtidig kan den virke isolerende og passiviserende og kan inneha et element av ensomhet.

Lyd av mennesker

Lyden av mennesker, og da særlig menneskestemmer, har vært trukket frem som en betydningsfull lyd i avdelingen. Det er imidlertid beboeres rop, skriking eller masing samt ansatte som snakker for høyt eller roper i gangene, som står i fokus under denne kategorien. Disse lydene skremmer fordi beboere ikke forstår hva de betyr, eller de irriterer fordi de oppleves som masete eller uønskede.

Lyd av natur

Naturlyder ble tatt opp som en stemningsskapende lyd. Fuglesang har særlig vært trukket frem, samt lyder av vind og vann som kan oppleves av beboerne når de er ute på tur. Siden naturlyder får stor oppmerksomhet i en del lydmiljøforskning (6), var det interessant å oppdage at dette er lyder som har betydning for det positive lydmiljøet i sykehjem også. Hvordan kunne naturlyder tas inn og brukes i hverdagen i en slik avdeling? Dette er et interessant spørsmål for videre arbeid.

Lyder som forstyrrer og forvirrer

Driftslyder eller signallyder som lyder fra maskiner, alarmer eller telefoner som ringer, dører som smeller og liknende, er en betydningsfull lyd i sykehjemsmiljøet, og blir så godt som alltid omtalt som en eller annen form for støy. Maskiner irriterer eller skremmer beboere, telefoner og alarmer som ringer, forvirrer. Her handler det i stor grad om at lydene ikke forstås, og derfor oppleves som støy. En informant er opptatt av å bevisstgjøre beboerne i forhold til lydene som høres ved å snakke om dem, og dette kan gjøre at lydene føles mindre støyende i hverdagen. Enkelte lyder kunne helt sikkert også reduseres, eller brukes på en bevisst måte, for eksempel til tider da færrest mulig trengte å høre dem.

Lyd av musikk

Informantene kunne fortelle at musikk brukes både som stemningsskapende og beroligende lydmiljø i avdelingen, og brukes ganske ofte. Musikken er i stor grad tilpasset beboernes smak og preferanser, men det hender også at for eksempel radio med moderne popmusikk blir spilt, tilsynelatende uten at det reflekteres over hvilket forhold beboerne har til denne musikken. Musikken trekkes frem som den desidert viktigste bevisste påvirkningen av lydmiljøet, med tanke på trivsel og sosialt miljø. Å bruke musikk for å roe ned stressede eller engstelige beboere er noe de fleste har erfaring med, og samtlige som jobber med stell av beboere, sier de har brukt sang eller bakgrunnsmusikk under stell.

Samtidig som informantene er opptatt av hvordan musikken brukes som stemningsskaper og synes å virke inn på trivselen og det sosiale miljøet i avdelingen, viser alle til eksempler der musikk blir en del av et støyende lydmiljø. Dette handler i stor grad om bruk av bakgrunns-musikk som blir satt på uten en bevisst hensikt, i et uoversiktlig lydmiljø der mange andre lyder konkurrerer om oppmerksomheten. Radio og fjernsyn som blir satt på som en slags aktivitet eller underholdning, blir også fort en kilde til forstyrrende bakgrunnsstøy. I tillegg kan dårlig avspillingsutstyr gjøre at tiltak med musikk som i utgangspunktet er gode og gjennomtenkte, blir mindre vellykkede eller kan oppleves som støy.

En tid for lyd – en tid for stillhet

Å skulle si noe generelt og konkret om hvordan lydmiljøer i sykehjem skal tilrettelegges, er ikke mulig, og heller ikke ønskelig. Som vi tidligere har vært inne på er dette avhengig av personlige behov og kontekst. Likevel har vi nevnt to viktige kriterier for gode lydmiljø: oversiktighet og identifiserbarhet, som skaper forståelse og trygghet. Kaotiske lydstimuli vil ofte oppleves som støy. De gir ikke mening, er ubehagelige eller stressende for beboeren. På den andre siden kan lange perioder med stillhet oppleves isolerende og verken stimulere til aktivitet eller sosialt samvær. Derfor er det viktig å tenke over når ulike lyder brukes eller er til stede i miljøet, og hvilken funksjon de får. En allsangstund, for eksempel, vil kunne være et kjærkomment tiltak i et miljø og på et tidspunkt der den isolerende stillheten er rådende, men kan bli mer et forvirringsselement enn en stemningsskaper på et tidspunkt der maskiner durer, mange mennesker kommer og går og det generelt er et høyere aktivitetsnivå og lydnivå i avdelingen som helhet. Det vil være ulike behov på ulike steder til ulike tider. Men dersom det er bevissthet blant personalet om hvorfor man bruker lyd i ulike sammenhenger, eventuelt hvorfor man lar det være, vil dette ha stor betydning for å skape de gode, trivselsfremmende lydmiljøene i sykehjem.

■ krististedje@hotmail.com

REFERANSER

1. Stedje KJ (2009) Lydmiljø i sykehjem. Masteroppgave i musikkterapi. Oslo: Norges Musikkhøgskole.
2. Ruud E (2005) Lydlandskap. Om bruk og misbruk av musikk. Bergen: Fagbokforlaget.
3. Rokstad AMM (2008) Hva er demens? I Rokstad AMM, og Smebye KL: Personer med demens – møte og samhandling. Oslo: Akribe.
4. Truax B (2001) Acoustic Communication (2.ed). Westport: Ablex publishing.
5. Kittay J (2008) The Sound Surround Exploring How One Might Design the Everyday Soundscape for the Truly Captive Audience. 17(1).
6. Schafer RM (1993) The soundscape Our sonic environment and the tuning of the world. Vermont: Destiny books.

Eivind Aakhus



■ Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Alderspsykiatrisk verksted – hva snekrer de der?

Siden 1994 har Utvalg for alderspsykiatri i Norsk psykiatrisk forening invitert til årlig Verksted for alderspsykiatri. I juni samlet nesten 40 fagpersoner seg i to dager på Sem i Asker for å diskutere fag og fagpolitikk. Det er en fordobling siden starten.

Overlege Eivind Aakhus på Sykehuset Innlandet er leder for utvalget og mener nettverksbyggingen er noe av det viktigste med slike samlinger.

– Mange alderspsykiatere jobber i relativt små kliniske enheter med få kolleger. Oppslutningen viser at de har behov for å treffe andre som arbeider med de samme problemstillingene.

Plandokumentet – et viktig styringsredskap

Det utformes også sentrale fagpolitiske dokumenter på Sem. Utvalg for alderspsykiatri utarbeidet for ti år siden Plandokument for alderspsykiatrien 2001-2010, og utkastet ble utarbeidet nettopp på et slikt verksted. I plandokumentet peker utvalget på viktige premisser for organisering og utvikling av alderspsykiatriske helse-tjenester. Dokumentet understreker behovet for kunn-

skapsfordypning og utvikling av spesifikk kompetanse innenfor fagfeltet.

Nå har flere arbeidsgrupper vært engasjert med revidering av dokumentet, og plandokumentet for 2011-2020 forholder seg til helseforetaksmodellen som er kommet i mellomtiden.

– Vi har måttet justere behov og krav i forhold til organiseringen av helseforetakene. Vi har presisert befolkningsgrunnlaget som nødvendiggjør en alderspsykiatrisk enhet. Diskusjonene på verkstedet har vært viktige, for her møtes by og distrikt, og folk har litt forskjellig perspektiv ut fra egen arbeidssituasjon.

Det nye plandokumentet beskriver ganske nøye hva en alderspsykiatrisk avdeling skal inneholde av differensierte poster, poliklinikk og ambulant virksomhet.

– Vi sier dessuten en del om storbyfaktoren i tilknytning til psykiatrisk sykdom hos eldre.

Møte med Helsedirektoratet

– grunn til optimisme?

I mai inviterte Helsedirektoratet sentrale personer innenfor det alderspsykiatriske fagmiljøet til møte. Eivind Aakhus var der som leder av Utvalg for alderspsykiatri.

– Vi ble invitert til å gi vårt bilde av dagens situasjon innenfor fagfeltet, og hva vi anser som nødvendig for å møte de utfordringene alderspsykiatrien står overfor.

Mange forhold peker mot flere og andre oppgaver for alderspsykiatrien i årene fremover. Aakhus nevner befolkningsutviklingen, der den største veksten kommer blant de aller eldste. Det er i denne aldersgruppen den alderspsykiatriske sykkeligheten er høyest. Medisinske nyvinninger og den somatiske helsetjenestens vilje og mulighet til å behandle stadig flere akutt syke eldre, er andre forhold som peker mot behovet for en annerledes



Så glad blir man av å være på alderspsykiatrisk verksted! Alle vi snakket med fremhevet verdien av det sosiale fellesskapet i tillegg til det faglige innholdet.

alderspsykiatri. Senfølger etter livstruende, akutte tilstander som berører sentralnervesystemet – for eksempel hjerneslag – vil kunne gi depresjoner, angst-tilstander og personlighetsendringer.

Hva må det satses på?

Da distriktpsykiatriske sentre (DPS) ble bygget opp for omkring ti år siden, var den helsepolitiske ideen at de skulle gi tjenester til det store flertallet av voksne med psykiske lidelser. Dette støttet Utvalg for alderspsykiatri ut fra perspektivet at eldre er like relevante for behandling der som yngre voksne.

I mange sammenhenger har D&A pekt på at alderspsykiatriske tjenester både i kommunene og ved DPS-ene er mangelfulle og til dels fraværende. Hva ønsker Utvalg for alderspsykiatri at det skal satses på for at flest mulig med alderspsykiatriske lidelser skal få best mulig hjelp?

– På møtet i Helsedirektoratet i mai var den entydige tilbakemeldingen fra fagmiljøet at DPS-ene ikke klarer å levere. Dette har også SINTEF dokumentert. Eldre underbehandles systematisk i DPS-systemet. Årsaken kan være at DPS-ene ikke er interessert i eldre eller – hva jeg tror mer på – at DPS-enes vekst ikke er fulgt opp av tilstrekkelig rekruttering av fagfolk. Dermed blir en av DPS-enes oppgaver å definere bort pasientgrupper. I et slikt bilde er eldre en svært utsatt gruppe – også fordi det finnes alderspsykiatriske tilbud i det aller meste av landet.

Jeg tror vi står ved et veiskille nå. Skal det satses på at DPS-ene skal gi tilbud til eldre med psykiske lidelser, eller skal vi definere eldre med psykiske lidelser som en

oppgave for alderspsykiatrien? Personlig tror jeg alderspsykiatrien i større grad vil være i stand til å bygge opp et tilbud. Der er behandlingskulturen og -forståelsen på plass. Men det blir Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet som må beslutte om det skal pekes ut en ny kurs.

Eivind Aakhus peker på at uansett hva som velges, må det rekrutteres for en ny type alderspsykiatri med store oppgaver i årene fremover.

– Vi snakker også om andre dimensjoner på alderspsykiatrien enn det vi har i dag.

Hvordan er interessen blant medisinerstudenter for å gå inn i alderspsykiatrien?

– Innenfor psykiatrien er alderspsykiatrien et av de fagene som rekrutterer best i forhold til størrelsen. Det er jo ikke rart, med et så bra fag! Vi representerer et fag i vekst. Hvis sentrale helsemyndigheter erkjenner den faktiske situasjonen tror jeg vi kan sikre en vekst som er tilpasset behovene, sier en optimistisk Eivind Aakhus.

Plandokument for alderspsykiatrien 2011-2020 kan fås ved henvendelse til npf@broadpark.no

Vi minner om Demensdagene 25. og 26. november 2010 i Oslo.

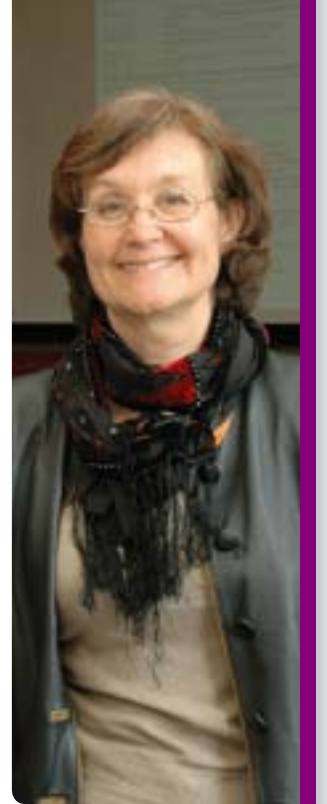
Mer informasjon finner du på www.aldringoghelse.no



Seniorrådgiver og
psykiater Rut Prietz
fra Helsedirektoratet.

■ Tekst: Ragnhild M. Eidem Krüger
Foto: Jartrud Høstmælingen

Hva vil Helsedirektoratet med alderspsykiatrien?



Som nevnt i saken foran ble det 20. mai i år arrangert et møte i Helsedirektoratet, der blant annet representanter fra regionhelseforetakene, kommunehelsetjenesten, fastleger, yrkesforeningene for sykepleiere, psykologer, allmennmedisin, voksenpsykiatri, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og Norsk pensjonistforbund var invitert. Vi har spurt seniorrådgiver og psykiater Rut Prietz i direktoratet hva som var formålet med møtet. Intervjuet er foretatt via e-post.

– Helsedirektoratet arbeider med å utvikle det psykiske helsetilbudet til eldre og med en strategi for arbeidet etter opptrappingsplanens slutt. Det er ønskelig med et større fokus på det psykiske helsetilbudet til eldre. Formålet med møtet var at vi ønsket å konsultere fagmiljøene som arbeider med de eldre og få innspill fra dem.

Hva kom frem om behovene i alderspsykiatrien?

– Det kom mange gode innspill fra engasjerte fagfolk som la vekt på at det er behov for å styrke kompetansen både innen primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten når det gjelder tilbudet til eldre. Det er behov for å rekruttere flere fagfolk. Det fremkom også et ønske om å løfte frem faget sykehjemsmedisin og øke kompetansen der. Viktigheten av å få til et godt samarbeid mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste ble understreket, og det ble presisert at det er viktig med fokus på grenseflaten mellom psykisk helsevern og kommunene på den ene siden, og grenseflaten mellom

psykisk helsevern og geriatri, indremedisin og nevrologi på den andre siden.

Det er behov for et differensiert tilbud, og en klargjøring av DPS-enes¹ rolle ble etterspurt. Det kom frem et ønske om lavterskeltilbud i kommunene, at pasienter med mer moderat kompleksitet får tilbud ved DPS, mens de pasientene med mest alvorlige og komplekse tilstander får utredning og behandling ved de spesialiserte sykehusavdelingene.

Er det planer om flere møter om disse temaene, og i tilfelle når?

– Helsedirektoratet vil gå gjennom alle innspillene som er innkommet skriftlig i etterkant av møtet. Deretter vil det tas stilling til om det skal innkalles til flere møter om disse temaene. Helsedirektoratet ønsker å fortsette den gode dialogen med fagfeltet.

¹) DPS: Distriktpsikiatrisk senter (red.)

D&A vil følge opp temaet i neste nummer.

Rettelse til nr. 2-2010

I artikkelen «Sammenheng mellom mestring og depresjon hos eldre» er noen av forfatterne uteglemt.

Forfatterne er, i tillegg til Guri Hanevold Bjørkløf:

Geir Selbæk, ph.d., psykiater, forskningsleder ved Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet HF, Knut Engedal, professor, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Anne-Sofie Helvik, ph.d., Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim. Redaksjonen beklager.



■ Linn-Heidi Lunde psykologspesialist ph.d.,
Avdeling for rusmedisin, Haukeland universitetssykehus

Skadelig bruk av rusmidler hos eldre – et ikke-tema i fagmiljøene?

*I Demens&Alderspsykiatri nr 1/2010 oppfordrer avdelings-
overlege Eivind Aakhus ved
Sykehuset Innlandet fagpersoner
som er opptatt av eldres
psykiske helse om å bidra til å
øke forståelsen for denne
pasientgruppen. Jeg vil følge
oppfordringen fra Aakhus, og
retter oppmerksomheten mot
skadelig bruk av rusmidler hos
eldre. Dette er et tema som er
lite berørt i fagmiljøene.*

Verdens helseorganisasjon (World Health Organization, WHO) skiller mellom skadelig bruk og avhengighet av rusmidler som alkohol og ulike grupper av vanedannende legemidler. Avhengighet betraktes som en mer alvorlig tilstand enn skadelig bruk (1). Skadelig bruk av reseptpliktige vanedannende legemidler skjer i stor grad uten at dette er intensjonen. Pasienten fortsetter å ta medikamentet, ofte i større doser. Det utvikler seg altså fra riktig bruk for ulike lidelser som angst, søvnproblemer og smerter, til skadelig bruk og etter hvert avhengighet (2).

Kasteballer i helsevesenet

Sammenhengen mellom psykiske lidelser og rusproblemer skulle være kjent for alle som jobber innenfor psykisk helsevern. Pasienter med psykiske lidelser og samtidige rusproblemer innebærer særlige faglige utfordringer som kompliserer kartlegging og behandling. Disse pasientene har derfor ofte falt mellom flere stoler og blitt kasteballer i helsetjenestene (3). Rusreformen som ble innført i 2004 har gitt personer med rusproblemer samme rett til helsehjelp som andre pasientgrupper. Våre helsemyndigheter har gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet som ble lansert i 2007, vist at rusfeltet skal

styrkes og prioriteres (Ibid). Styrking av tilbudet for personer med rusproblemer og samtidig psykiske lidelser er en del av målsettingen. Det står imidlertid ingenting om eldre med rusproblemer i opptrappingsplanen.

Som nytilsatt psykologspesialist ved Avdeling for rusmedisin ved Haukeland Universitetssykehus har det slått meg at eldre med rusproblemer er en nærmest usynlig gruppe innenfor rushelsetjenesten. Denne manglende oppmerksomheten har gjort meg nysgjerrig, og har fått meg til å reflektere rundt følgende problemstillinger:

- Hvorfor er det lite oppmerksomhet på eldre med rusproblemer i rushelsetjenesten i Norge?
- Er det manglende oppmerksomhet på eldres rusproblemer også innenfor alderspsykiatrien og i primærhelsetjenesten?
- Hva vet vi om eldre og bruk av rusmidler i Norge?
- Hva viser internasjonal forskning om eldres bruk av rusmidler og konsekvensene av dette?
- Hva bør gjøres for å få større oppmerksomhet på skadelig bruk av rusmidler hos eldre?

Liten oppmerksomhet, også fra forskere

Har jeg belegg for å hevde at det er manglende fokus på eldre og eldres skadelige bruk av rusmidler innenfor rushelsetjenesten? En liten uformell spørreunde blant mine kolleger som har lang erfaring fra rusfeltet, bekrefter min mistanke. De erkjenner at det er liten oppmerksomhet på eldre i denne delen av behandlingsapparatet, og at det generelt knytter seg lav behandlingsoptimisme til eldre med rusproblemer. Jeg har rettet en forespørsel til Statens institutt for rusmiddelspørsmål (SIRUS) for å få kjennskap til om det finnes forskning på eldre og rusproblemer i Norge. De avkrefter dette og henviser til finske og svenske forskningsmiljøer.

Høy alder en hindring

Det er nærliggende å tenke at den manglende oppmerksomheten omkring eldre med rusproblemer og den behandlingss pessimismen som angivelig råder, til en viss grad henger sammen med negative holdninger og stereotypier om aldring og eldre. Forskere fra ulike felt

har pekt på alderisme som en av årsakene til at eldre i mindre grad enn yngre får tilstrekkelig utredning og behandling for sine problemer (4,5).

Er det tilsvarende manglende oppmerksomhet på eldres skadelige bruk av rusmidler innenfor psykisk helsevern (inkludert alderspsykiatri)? I en velkjent norsk lærebok i alderspsykiatri, «Urunde hjul» (6), er det et eget kapittel om alkoholisme. Forfatteren peker på at han ikke kjenner til at det forskes på eldre og alkoholisme i Norge, og han viser til svenske, engelske og amerikanske studier. Når det gjelder utbredelse av alkoholisme i disse landene, vises det til en forekomst på mellom 2-5 prosent hos menn i aldersgruppen mellom 65 og 74 år, og at forekomsten av alkoholisme er mindre hos eldre kvinner. Samtidig gjør forfatteren oppmerksom på at alkoholforbruket de senere år har steget hos kvinner. Spesielt gjelder dette kvinner med høyere utdanning.

Det har lenge vært kjent at et stort og langvarig forbruk av alkohol og vanedannende legemidler som benzodiazepiner kan være medvirkende årsak til for eksempel utvikling av kognitiv svikt/demens (7,8). Vi har også kunnskap om at bruk av rusmidler forsterker allerede eksisterende symptomer på psykisk sykdom (9). Et spørsmål er likevel om man i den vanlige kliniske hverdagen er oppmerksom nok på eldres skadelige bruk av rusmidler i kartlegging og behandling. Studier har vist at helsepersonell mangler kunnskap om hvordan man skal avdekke skadelig bruk av rusmidler hos eldre (10). Videre har eldre i større grad enn yngre en tendens til å underrapportere bruk av alkohol (Ibid.).

Hva med legene?

Hva så med oppmerksomhet på rus i den kommunale helsetjenesten og hos allmennpraktiserende leger? Stiller fastleger de vanskelige spørsmålene knyttet til eldre pasienters skadelige bruk av vanedannende legemidler og/eller alkohol? Er de ansatte i pleie- og omsorgstjenestene oppmerksomme på hjemmeboende eldres rusproblemer? Vi vet en del om forskrivning av vanedannende legemidler fordi helsemyndighetene har utarbeidet egne kontrollrutiner for å ha tilsyn med legers forskrivningspraksis (2,11). Vi har imidlertid lite systematisk kunnskap om hvordan fastleger håndterer eldres skadelige bruk av slike legemidler. Mange eldre med rusproblemer bor alene, og har ikke kontakt med den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Videre eksisterer det få tilrettelagte tilbud for eldre med rusproblemer. Ved Stokka undervisningssykehjem i Stavanger finnes det imidlertid et omsorgstilbud som det er verdt å trekke frem. Der har det fra 2006 vært egen avdeling for eldre med alvorlige alkoholproblemer som ble beskrevet i en artikkel i Demens&Alderspsykiatri nr 4/2007. Målet med avdelingen er at pasienten under kontrollerte forhold skal ha best mulig livskvalitet med sin rusproblematikk. Et annet eksempel er Fræna kommune i Møre og Romsdal som har prioritert eldre og rus som et av sine innsatsområder (www.mnk-rus.no).

Noe vet vi

Hva vet vi egentlig om eldre og bruk av rusmidler i Norge? Den store Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) har samlet data om alkohol og legemiddelbruk også hos personer over 60 år (12). Ved søk i publika-

sjoner basert på HUNT-dataene i perioden 2003-2009 finner jeg kun én publikasjon om alkoholbruk som også innbefatter eldre (13). I denne relativt ferske rapporten basert på HUNT-2 data rettes det søkelys mot at personer som er avholdende eller som har et lavt inntak av alkohol, har større forekomst av angst og depressive symptomer enn personer med et moderat alkoholforbruk. Innledningsvis refereres det til studier om sammenhengen mellom høyt alkoholforbruk og økt forekomst av angst og depressive symptomer, men rapporten har ikke med egne data om de som tilhører denne kategorien. Det fremgår at det er flere eldre (gjennomsnittsalder ca 60 år) i kategorien avholdende enn i de to andre kategoriene som rapporten innbefatter; lavt alkoholinntak og moderat alkoholinntak (Ibid). Dette er interessante funn som absolutt bør tas med i vurderingen av alkoholens virkninger og bivirkninger.

Tall fra Statistisk sentralbyrås (SSB) helse- og levekårsundersøkelse fra 2008 viser at 18 prosent av eldre over 67 år drikker alkohol to eller flere ganger per uke (14). Tilsvarende tall fra 1998 var ni prosent (15). På spørsmål om man har drukket så mye at man har følt seg beruset en eller flere ganger per uke, viser tallene at én prosent av de spurte over 67 år bekrefter et slikt forbruk i 2008-undersøkelsen (14).

Norge på pilletoppen

Vi vet en god del om bruk av vanedannende legemidler blant eldre i Norge. Tall fra Reseptregisteret 2005-2009 viser at eldre over 70 år er storforbrukere av beroligende medikamenter, sovemedikamenter og ulike typer smertestillende (11). I 2009 fikk 18 prosent av kvinner over 70 år skrevet ut beroligende eller angstdempende legemidler. Hele 28 prosent av kvinner over 70 år og 17 prosent av menn over 70 år fikk skrevet ut sovemedisin som Imovane og Zopiklon. Tilsvarende tall for utskrivning av angstdempende midler i aldersgruppen 45-69 år var 10,8 prosent for kvinner og seks prosent for menn. For Imovane og Zopiklon var tallene i samme alderskategori 14,9 prosent for kvinner og 7,5 prosent for menn (Ibid). Norge ligger dessuten på Europatoppen når det gjelder bruk av vanedannende smertestillende legemidler som Paralgin forte og Pinex forte (16). Bruken øker med alder og er høyere blant kvinner enn blant menn. Bruk av de nevnte legemidlene kan utgjøre en betydelig trafikksikkerhetsrisiko, noe flere studier viser (16,17). I en rapport om trafikksikkerhet og helse gjennomført av Folkehelseinstituttet, fremgår det at hver sjuende kvinne over 64 år kjører bil etter å ha inntatt ett eller flere legemidler merket med varseltrekant (18). Dette kommer på toppen av aldersrelaterte endringer i sanseapparatet og i kognitive funksjoner, noe som i seg selv kan skape utfordringer for den eldre bilfører.

På den ene siden er det forståelig at legemiddelbruken blant eldre er høy. Eldre er som kjent sårbare for å bli rammet av de lidelsene som de beskrevne legemidlene er tenkt å skulle lindre: smerter, angst og uro og søvnproblemer. På den annen side er det et paradoks at eldre i så stor grad får utskrevet slike legemidler, sett i lys av at de er mer sårbare for bivirkningene av disse medikamentene enn det yngre er. Slike bivirkninger kan være økt tretthet og forvirring, og økt risiko for å falle. Særlig paradoksalt er



det med tanke på at det faktisk finnes annen og godt dokumentert behandling for de nevnte lidelser (19,20). En nylig gjennomført norsk studie viser for eksempel at eldre med søvnvansker har større effekt av psykologisk behandling i form av kognitiv atferdsterapi enn av sovemedisin (21).

Også eldre drikker mer

Hva viser internasjonal forskning om eldres bruk av alkohol og konsekvensene av dette? I en rapport om eldre europeeres alkoholvaner, gjennomført i et utvalg EU-land (inkludert Sverige og Finland), konkluderes det med at alkoholbruk blant eldre er et underrapportert og lite utforsket tema innenfor EU (22). Hovedformålet med rapporten har vært å rette søkelyset mot de helsemessige, sosiale og økonomiske konsekvensene av alkoholbruk blant eldre, og å drøfte nye trender og grenser for skadelig bruk blant eldrepopulasjonen. Ikke minst med tanke på kommende generasjoner av eldre som har et annet forhold til bruk av alkohol enn tidligere generasjoner. Rapporten munner ut i følgende hovedkonklusjoner:

- Det har skjedd en økning i eldres alkoholbruk de senere år
- Aldersrelaterte endringer fysisk, psykisk og sosialt øker eldres sårbarhet for de negative virkningene av alkohol
- Eldre drikker mindre alkohol i løpet av et år sammenlignet med yngre voksne, men drikker like hyppig
- Alkoholrelaterte dødsfall blant eldre europeere har økt i løpet av de siste 10 årene

Ett glass – eller to? Kronikkforfatteren etterlyser mer forskning om skadelig bruk av rusmidler hos eldre.

- Eldre menn drikker mer alkohol enn eldre kvinner, og på måter som resulterer i høyere grad av hospitalisering og død
- Yngre eldre av begge kjønn (60-70 år) drikker mer enn eldre over 70 år, og det har skjedd en økning i sykehusinnleggelser som er relatert til alkoholbruk hos denne gruppen
- Økt tilgjengelighet av alkohol og reduserte priser, i tillegg til endrete fritidsvaner, endret alkoholkultur og større økonomiske ressurser hos pensjonister kan være noen av årsakene til det økte forbruket.

Det er grunn til å tro at disse konklusjonene i stor grad kan overføres til norske forhold.

Rapporten peker for øvrig på at det mangler retningslinjer for hva som er skadelig alkoholbruk hos en eldre person. Definisjonen på hva som er skadelig alkoholbruk målt i gram og alkoholenheter, varierer nemlig fra land til land. Den vanligste definisjonen på en alkoholenhet i de fleste europeiske land er 10 gram alkohol. I Norge defineres en alkoholenhet som ca 13 gram (23). Dette tilsvarer et glass vin. Rapporten viser til at de vanligste anbefalingene når det gjelder grensene for skadelig bruk er to alkoholenheter pr dag for kvinner, og fire for menn. Anbefalinger i forhold til eldre bør ta hensyn til at eldre har lavere toleranse for alkohol enn yngre. Eldre har ofte flere sykdommer og bruker flere legemidler som kan forsterke virkningen av alkohol (22).

Er det så farlig, da?

En annen viktig side ved alkoholbruk som rapporten tar opp, er de mulige helsemessige fordelene ved et moderat forbruk, og betydningen av de sosiale aspektene ved alkoholbruk. Rapporten peker på at forskningen på de helsemessige fordelene ved et moderat alkoholbruk på hjerte/karsykdommer likevel er et kontroversielt tema på grunn av metodiske begrensninger knyttet til flere av studiene. Som kjent har de helsemessige fordelene ved et moderat alkoholinntak blitt slått stort opp i pressen gjennom de senere år. Dette kan muligens være en forklaring på at skadelig alkoholbruk ikke får det fokuset det bør ha. Helsepersonell har kanskje en tendens til å bagatellisere eldres forbruk. Studier viser at helsepersonell ofte overvurderer de helsemessige fordelene ved alkoholbruk. De kan ha en oppfatning av at det ikke er så farlig for den eldre å kose seg med noen glass vin i en ellers stusslig hverdag preget av sykdom og funksjonsnedsettelse (9).

Kronikken fortsetter side 26

Demens i Vest: Friske

Beste praksis i demensomsorg nasjonalt og internasjonalt var tema for en tre dagers konferanse i Stavanger i juni. Et kremlag av foredragsholdere var invitert.

Arrangørene av Demens i Vest var Kompetansesenter for eldremedisin, Psykiatrisk divisjon ved Stavanger Universitetssjukehus i samarbeid med Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, Stavanger kommune, Stokka undervisningssykehjem og Universitetet i Stavanger.

Den internasjonale delen av konferansen tok opp temaer som personlighet og demens, individets opplevelse av demens, psykososial intervensjon i demensomsorgen og medikamentell behandling. Blant de mange foredragsholderne var Jiska Cohen-Mansfield, Kathleen Buckwalter, Linda Beuttner, Clive Ballard, Dag Aarsland, Kjersti Wogn-Henriksen og Geir Selbæk.

De to neste dagene var i større grad viet norske prosjekter og erfaringer. Omkring 250 deltakere og foredragsholdere utgjorde en entusiastisk forsamling, og faglig ansvarlig for konferansen, Ingelin Testad, fremhevet det gode samarbeidet med forskere og fagfolk både i Norge og flere andre land.



Internasjonalt nettverk om miljøarbeid

Ingelin Testad er leder av seksjon for fagutvikling og forskning ved Stokka undervisningssykehjem i Stavanger og det nylig opprettede Senter for eldremedisin ved Stavanger Universitetssjukehus. Hun jobber tett med professor Linda Beuttner ved University of North Carolina som er stifter og leder av Dementia Day Camp (DDC). Dette er et internasjonalt og tverrfaglig nettverk som arbeider med forskning, god praksis og politiske spørsmål vedrørende mennesker med kognitiv svikt. Flere fra nettverket holdt foredrag på konferansen i forbindelse med at det årlige nettverksmøte var lagt til Stavanger. Ingelin Testad er det eneste norske medlemmet.

– Dette er solide fagfolk som brenner for arbeidet sitt. Dessuten har de posisjoner der de kan gjøre en forskjell. Jeg føler meg privilegert som får være med, sier Ingelin. Selv har hun fått utdanning og veiledning av Linda Beuttner for å bli spesialist på atferdssymptomer ved demens.

Fra forskning til praksis

Deltakerne i nettverket former felles forskningsprosjekter, og Ingelin Testad har fått post doc-midler fra Helse Vest RHF for å delta i et prosjekt Linda Beuttner har satt i gang. Formålet er å formidle kunnskap til personer som nylig har fått demensdiagnose og gi dem ideer om hvordan de kan leve best mulig med demens. Ingelin har oversatt det amerikanske materialet til norsk og gjort en pilotstudie. Etter enkelte små justeringer ønsker hun nå å gå videre med prosjektet. Hun vil også gjerne knytte Linda Beuttner tettere til forskningsmiljøet i Stavanger og håper de etter hvert kan utveksle studenter.

– Den overordnede ideen med forskningen er at vi i størst mulig grad skal unngå medikamentbruk ved uro og atferdsproblematikk hos personer med demens, sier Linda Beuttner.

– Forskning våre nettverksmedlemmer og andre har gjort, viser at miljøbehandling virker. Denne kunnskapen ønsker vi å spre best mulig, og vil utvikle modeller for implementering i praksis, så personer med demens kan få et bedre liv.

– Å få omgjort det vi vet til praksis er den vanskelige biten, legger Ingelin Testad til.

– Det krever bevisst ledelse av sykehjemmene og veiledning og opplæring av ansatte. Dette er noe vi må jobbe med fremover.

Ingelin Testad (t.v.) og Linda Beuttner i ivrig samtale.

faglige fraspark

...og så var det de farlige pillene igjen

Under konferansen Demens i Vest i juni holdt professor Clive Ballard fra Kings College i London et foredrag om antipsykotika og økt dødelighet. Utgangspunktet var tall fra Food and Drug Administration (FDA) i USA som viste en økning på 1,7 ganger i risiko for dødelighet i kliniske forsøk med antipsykotika hos personer med demens. Personene hadde fått behandling med antipsykotika over 12 uker, og økning i dødelighetsrisiko ble sammenlignet med en gruppe som fikk placebo.

– Dette forårsaket en god del bekymring, og det ble trykket advarsler på eskene med antipsykotika i USA, forteller Clive Ballard. Han er leder for Wolfson Centre for Age Related Diseases (CARD), der også professor Dag Årsland ved Stavanger Universitetssykehus er med.

Beroligende virkning kan være farlig

– Vi har gjort en randomisert studie som vi publiserte i *Lancet Neurology* for et års tid siden, og som gikk over 12 måneder. Dette var personer med demens som bodde i sykehjem og som allerede sto på antipsykotika. I studien fortsatte noen med antipsykotika i 12 måneder, andre fikk placebo. Deretter fulgte vi dem opp gjennom fem år. Vi fant at det var svært liten positiv virkning av antipsykotika, men bruk av medikamentene var forbundet med 1,8 ganger økt risiko for dødelighet. Etter tre år var 59 prosent av personene i studiene som fikk placebo, i live, mens bare 30 prosent av dem som brukte antipsykotika fremdeles var i live.

Kan du forklare hvorfor antipsykotika har en slik negativ virkning på personer med demens?

– Det finnes nok noen uspesifikke problemer, men ett stort problem er lungebetennelse. Det er økt risiko for betennelser i lunger og luftveier hos gamle, skrøpelige mennesker. Hvis de får beroligende medikamenter sitter de mer, de får problemer med å hoste ordentlig og rense luftveiene. Resultatet kan bli lungebetennelse som kan være dødelig for denne pasientgruppen. Medikamentene kan også forårsake forstyrrelser i hjerterytmen, og det er påvist omtrent en dobling i dødsrisiko på grunn av dette. Et tredje faremoment er at pasientene kan bli dehydrert fordi de sover mer og ikke får i seg nok væske. Dette kan medføre lungeemboli og kan tredoble faren for hjerne-slag. Undersøkelser viser at denne faren er spesielt stor de første ukene en pasient får antipsykotika.

Alternative behandlingsformer

Hvordan skal man få leger til å begrense utskrivningen av antipsykotika til personer med demens?

– Først og fremst må de ha kunnskap om virkninger og ikke minst bivirkninger, men det handler også om alternativer. For leger som jobber med eldre er det viktig å ha andre faggrupper med på laget, slik at flere synsvinkler kommer inn i vurderingen av behandling. Så må selvfølgelig også ansatte i eldreomsorgen være interesserte i alternativer til medikamentell behandling og bruke miljøbehandling i stor utstrekning. Både personsentrert omsorg og Dementia Care Mapping (se fakta-ramme side 39) har vist seg å kunne utgjøre en stor forskjell. Problemet er dessverre at ressursene ikke alltid tillater bruk av ansatte til annet enn stell.

Finnes det i det hele tatt medikamenter som kan brukes ved uro, utagerende atferd, angst og andre psykiatriske symptomer hos personer med demens?

– Dette har vært et problem, for også andre medikamenter enn antipsykotika har vist svært begrenset effekt. For tiden ser det ut for at det er best resultater av tre forskjellige medikamenter: Det ene er memantin som er en demensmedisin. Det kan se ut som om det kan ha gunstig virkning også på agitasjon og aggresjon, og så langt vi vet gir det ikke alvorlige bivirkninger. Et annet medikament som muligens kan ha effekt, er det antiepileptiske stoffet karbamazepin. Det er også knyttet noen positive resultater til et antidepressivt middel kalt citalopram. For alle disse stoffene gjelder det at studiene har vært små og ikke designet for å undersøke virkningen på atferd, så det må mye mer forskning til.

Clive Ballard (bildet) driver selv en studie på virkningen av memantin på agitert atferd og uro hos eldre med demens, og det pågår andre studier på samme virkemiddel. Trolig kommer det resultater fra studiene om ett til halvannet år.



Utviklingsprogram for miljøbehandling godt i gang

I desember 2008 ble det igangsatt et treårig utviklingsprogram for miljøbehandling initiert av Demensplan 2015 og finansiert av Helsedirektoratet.

Programmet gjennomføres i regi av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Sykehuset Innlandet og NKS Olaviken Alderspsykiatriske sykehus. En rekke delprosjekter er startet opp for å innhente erfaringer fra systematisk miljøbehandling i sykehjem. Målet med satsingen er å øke velvære og livskvalitet hos personer med demens og redusere symptomer som angst, depresjon og agitasjon.

Ulike innfallsvinkler

Fire av prosjektene prøver ut ulike innfallsvinkler til miljøbehandlingen i utvalgte sykehjem:

- Praktikerutdanning i Marte Meo innebærer å dyktiggjøre personale som utøver miljøbehandlingen i praksis. Det skjer ved å øke deres forståelse for funksjonsstøttende kommunikasjon og bedre ferdighetene i å tolke og respondere på beboernes signaler. Som hjelpemiddel brukes videoopptak av samhandlingssituasjoner mellom personale og beboerne.
- Dementia Care Mapping (DCM) brukes som verktøy for å utvikle personalets forståelse for og evne til å gi

personsentrert omsorg. Verktøyet består av systematisk kartleggingsmetodikk med påfølgende tilbakemelding til personalet og inngår i en målrettet utviklingsprosess.

- VIPS-rammeverk for utvikling av personsentrert omsorg er en annen innfallsvinkel med samme mål som DCM. Bokstavene VIPS står for verdsetting, individuell tilrettelegging, personperspektiv og tilrettelegging av det sosiale miljøet. Her brukes refleksjonsgrupper og en praktisk manual for å veilede personalet i utviklingsarbeidet.
- En fjerde intervensjonstilnærming tar utgangspunkt i elementene trygghet, struktur, støtte, engasjement og gyldiggjøring i en systematisk satsing på utvikling av miljøbehandlingen på individ-, gruppe- og ledernivå.

I programmet ligger også en satsing på etablering av et fylkeskommunalt fagnettverk med satsing på miljøbehandling i sykehjem. Tretten kommuner i Sogn og Fjordane deltar i nettverket som har regelmessige samlinger med erfaringsutveksling og fagtema. Det gjennomføres kartlegginger for å identifisere hvilke kompetansemiljøer innen miljøbehandling til personer med demens som finnes i Norge, og det lages en oversikt over metoder som er i bruk. Oversikten gjør det mulig å beskrive og dele erfaringer om hvordan miljøbehandling kan implementeres og anvendes. De ulike prosjektene i programmet er gjenstand for systematisk evaluering og resultatene vil bli oppsummert og publisert i løpet av 2011.

Fortsettelse av kronikken side 23: Skadelig bruk av rusmidler hos eldre...

En jobb å gjøre

Hva bør gjøres for å få et større fokus på skadelig bruk av rusmidler hos eldre?

I første omgang er det viktig å sette temaet på dagsorden i fagmiljøene. Vi som er opptatt av eldres helse og livskvalitet har slik sett en jobb å gjøre. I rushelsetjenesten og i rusforskningsmiljøene er det åpenbart et kunnskapshull når det gjelder eldres økte sårbarhet for virkningene av alkohol og vanedannede legemidler. Mangelen på kunnskap tror jeg til en viss grad henger sammen med hva man fra helsemyndighetenes side har valgt å fokusere på når det gjelder rus og rusproblemer. Som nevnt innledningsvis står det ingenting om eldre i opptrappingsplanen for rusfeltet (3). Derimot står det mye om unge med rusproblemer og deres pårørende. Innenfor psykisk helsevern kan man sikkert bli flinkere til å kartlegge eldre pasienters bruk av rusmidler. Jeg vil tro at det varierer hvor rutinemessig slik kartlegging faktisk er, og om man bruker gode nok kartleggingsinstrumenter som kan avdekke skadelig bruk. Intensjonen i opptrappingsplanen for rusfeltet forutsetter at tilbudet til personer med rusproblemer og samtidig psykiske lidelser

skal styrkes. Dette innebærer at disse pasientene skal få behandling for rusproblemene også i psykisk helsevern. Opptrappingsplanen legger videre opp til at det kommunale rusarbeidet skal styrkes, og at de kommunale tilbudene skal utgjøre grunnpilaren i tilbudet til personer med rusproblemer. Tiltakene i Stavanger og Fræna kan slik sett fungere som gode modeller når det gjelder å ansvarliggjøre kommunene i forhold til eldre med rusproblemer

Sist, men ikke minst, har fastlegene ansvar for å ta innover seg den kunnskapen som eksisterer om konsekvensene av bruk av vanedannende legemidler og alkohol blant eldre. Fastleger bør skaffe seg kunnskap om hvordan de på best mulig måte kan avdekke skadelig bruk av rusmidler hos eldre pasienter. I like stor grad som man opplyser gravide om farene ved bruk av alkohol og vanedannende legemidler i svangerskapet, bør også eldre pasienter informeres om skadelig bruk.

■ liheiluh@hotmail.com

*Hele kronikken med referanser ligger på
www.demensogalderspsykiatri.no*



Sykehjemslege og
forsker Bettina Husebø

■ Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

APSD¹: Vi må forske mer på det meste!

Bettina Husebø har i mange år vært sykehjemslege og forsker. Hennes forskningsfelt har primært vært smertevurdering hos personer med demens. Nå utvider hun feltet.

I samarbeid med professor Dag Årsland og professor Clive Ballard (se sak side 25) ønsker Bettina Husebø å undersøke effekten av individuell smertebehandling på atferdsmessige og psykiatriske symptomer (APSD) hos pasienter med moderat og alvorlig demens. Hun jobber dessuten med et prosjekt om sammenheng mellom depresjon og smerter. Data er samlet inn ved 18 sykehjem på Vestlandet, og hun nærmer seg ferdigstillelsen av prosjektet.

– Ut fra det jeg har sett hittil er jeg sikker på å finne interessante sammenhenger, sier hun. Resultatene skal publiseres i internasjonalt tidsskrift før hun kan rope dem for D&A.

Vi tar det rolig

Bergen Røde Kors sykehjem har vært Bettina Husebøs arbeidsplass siden 1998, og selv om hun nå er forsker i

full stilling på Institutt for samfunnsmedisinske fag ved Universitetet i Bergen, har hun fremdeles en 20 prosent overlestilling ved sykehjemmet. Hun har med andre ord førstehåndskjennskap til de utfordringene pasienter med APSD representerer i en sykehjemsavdeling. Når pasienter kommer inn med «demens, uro» på søknaden, er det viktig å ha is i magen og avvente, mener Bettina.

– Årsakene til atferdssymptomer er sammensatte. Vår strategi ved pasientens innkomst er å bruke noe tid på å finne ut hvordan pasienten har det. Hva kan være årsaken til uroen, aggresjonen eller hallusinasjonene? Vi samler selvfølgelig alle relevante skriftlige data som finnes om vår nye pasient, og har en samtale med pårørende for å få bakgrunnsopplysninger om hvem personen er.

Svært mange eldre som innlegges på sykehjem har flere diagnoser og bruker en rekke delvis unødige medikamenter, ifølge Bettina. Spørsmål om seponering er aktuelt hos mange, men også her er det lurt å gi seg tid, mener hun.

– Hvis man begynner å seponere med en gang, ser man ikke forskjell på pasienten med og uten de forskjellige medikamentene. Vi må finne ut hvor lenge pasienten har brukt eventuelle medikamenter mot uro. Litteraturen sier entydig at pasienter står altfor lenge på både antipsykotika, antidepressiva og sovemedisin, selv om medikamentene etter en tid ikke har effekt, bare bivirkninger. Vi bruker gjerne en ukes tid til å ta alle nødvendige tester, som MMSE, CIMAI, Cornell depresjonsskala og ADL, i den grad vi kan få gjort det på den enkelte pasient. Smerteutredning er viktig, for vi vet at personer med demens ikke alltid kan uttrykke at eller hvor de har vondt.

¹) APSD: Atferdsmessige og psykiatriske symptomer ved demens (red.).

Smerter

Gjennom sitt ph.d.-arbeid utviklet Bettina Husebø evalueringsinstrumentet MOBID-2 Pain Scale². Det brukes av pleiepersonale for å fange opp smerter fra muskel- og skjelettsystemet og fra indre organer, hode og hud – alt basert på pasientens smerteatferd. Bettina vil likevel fremheve personalets kjennskap til pasienten som avgjørende for å finne ut om smerter ligger under atferdsendringer.

– Vårt pleiepersonale er veldig årvåkne for dette, og smerte og ubehag er det første de tenker på når de ser endret atferd hos en pasient. Da ber de straks legen om en utredning.

Pleiepersonalets sentrale rolle

Det er viktig å ha flere tanker i hodet for å gi best mulig behandling. Bettina Husebø skryter av pleiepersonalet på sykehjemmet som er godt utdannet og dyktige når det gjelder observasjon og kartlegging. Det er faste pleiergrupper på hver boenhet, og pleierne kjenner pasientene godt. De er opptatt av å bruke miljøtiltak i størst mulig grad. Likevel er det en kjensgjerning at medikamenter av og til må brukes ved uro, angst og andre psykiatriske symptomer. Men hvilke medikamenter?

– Ved akutte atferdssymptomer ville jeg personlig starte med memantin (Ebixa) som jeg har sett gode resultater av i mange tilfeller. Det kan kombineres med Risperdal, en kombinasjon vi ser brukt i alderspsykiatrien og som blant andre Clive Ballard anbefaler. Men det er viktig at det er for en begrenset periode og at det skrives en dato for seponering. Skulle det vise seg nødvendig, kan vi starte igjen, men vi må hele tiden tenke at bruken skal være så kortvarig som mulig.

Hva med oppfølging og kartlegging av virkninger og bivirkninger når medisineringen er satt i gang?

– Jeg tror ikke vi alltid er like flinke til å følge opp i den fasen, der må vi bli bedre. Vi har en plan for kartlegging to ganger i året av alle pasienter som har APSD, der vi skal se hvem som bruker medikamenter. Vi arbeider for å få gode dataløsninger der tid for kartlegging kommer automatisk frem for hver enkelt pasient.

For pasienter med uro og atferdssymptomer fyller pleiepersonalet ut uroskjema der hele døgnet er markert. Slik kan man få oversikt over hovedfasene for uroen og sette inn medikasjon eller andre tiltak deretter. Er rommet riktig møblert og belyst, skal døren stå på gløtt, blir pasienten redd for lyder, trenger han mindre søvn enn andre og bør være lenger oppe om kvelden, skal noe gjøres annerledes under stell, hjelper det pasienten å få en kopp kaffe eller et glass øl før natten?

– Vi må hele tiden være på let etter hva den enkelte pasient trenger, og da er det viktig med stabilt, kompetent personale og små pasientgrupper.

Miljø, miljø, miljø

Det er vist gjennom solid forskning at miljøfaktorer er avgjørende i behandlingen ved APSD. Et rolig miljø med

små grupper der urolige pasienter skjerms uten å isoleres, og der pleiepersonalet kjenner hver enkelt pasient, gir gode resultater ifølge Bettina Husebø og mange med henne. Pasientene skal kontaktes på en høflig og rolig måte, de skal møtes der de til enhver tid befinner seg mentalt, de skal orienteres i korte og enkle setninger om hva som skal skje, integreres der det er mulig, men ikke tvinges til aktivitet de ikke ønsker. Det er kort sagt et øye på hver finger som trengs for å komme uroen i forkjøpet, forebygge og avlede i en trygg og rolig atmosfære. Pasienter som «finner tonen» med hverandre forsøkes plassert sammen med måltider og i andre fellesaktiviteter. Men hva gjør man når pleier og pasient ikke finner tonen?

– Da må pleieren bytte plass med en annen. Det er helt nødvendig at pasienten føler seg komfortabel med pleierne, og ikke minst at de gjenkjenner dem. Det gir trygghet når tilværelsen ellers kan fortone seg kaotisk og skremmende.

Musikkterapi er én nøkkel

Bergen Røde Kors sykehjem har inngått samarbeid med musikkterapiundervisningen på Griegakademiet i Bergen, og Audun Myskja disputerer senere i høst over musikkterapien han har tilrettelagt blant annet her. Foruten en fast ansatt musikkterapeut i 80 prosent stilling og to andre i mindre stillinger, får sykehjemmet inn studenter fra Griegakademiet.

– Det er sang, musikk og fysisk aktivitet nesten hver dag, og studentene er dyktige til å sette i gang noe pasientene liker. Vi har kor for pasienter med demens, og de deltar med stolthet. Roen senker seg over gruppen, de opplever mestring og glede. Personalet får en bekreftelse på at de gjør en viktig jobb. Enkelte pasienter får individuelle musikktiltak ved behov, og det fungerer også veldig godt.

APSD

– nyttig eller tildekkende sekkebegrep?

APSD er et samlebegrep som dekker alt fra uro, angst og katastrofereaksjoner, hallusinasjoner, vrangforestillinger, apati og agitasjon, irritasjon og aggressivitet, til roping og vandring og mye annet. Fagfolk påpeker at det er viktig å åpne sekken og finne ut hva det er man skal behandle før tiltak settes i gang. Er Bettina Husebø og hennes kolleger like opptatt av å avdekke de psykiske årsakene som de somatiske?

– Vi prøver, men det kan være vanskelig. For eksempel er ikke depresjon hos personer med demens enkelt å finne ut av. Symptomene kan ligne både demens og depresjon. Hva er hva? Vi er hele tiden avhengige av opplysninger fra en annen enn pasienten selv. Dessuten er det et ordtak som sier at «har du en hammer, ser alt ut som en spiker». Tenker du depresjon, kan alt se ut som depresjon, tenker du smerte er det på samme måten. Selv tenker jeg at delirium er sterkt undervurdert på sykehjem. Det opptrer hyppig ved livets slutt, hos pasienter med smerter, hos dem med demens og hos de som bruker medikamenter. Da hender det dessverre ofte at man gir pasienten et ekstra medikament i stedet for å fjerne noen. Man må ha en systematisk tilnærming for å

²) MOBID: Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (red.).

finne ut hovedårsaken til APSD, men man må også være klar over begrensningene.

Sykehjem vil bli forskningsvinnere!

Bettina Husebø viser til svakheter ved forskning som man nå støtter seg til. Blant annet påpeker hun at det bare finnes tre små studier om smerter som årsak til APSD.

– De gir ikke svar på spørsmålet. I mange spørsmål lener vi oss til det vi tror er etablerte sannheter, selv om studiene kan være både gamle og ikke bygger på valide resultater. Dette tror jeg kan gjelde også for tilstander som kan føre til APSD.

Forskning med gamle mennesker kan gi mange utfordringer. Informert samtykke og utfylling av spørreskjema er et par av punktene som gjelder deltakerne selv. Dessuten er slike prosjekter tidkrevende og kostbare, og derfor er de forsømt, mener Bettina. Men forskeren og klinikerer er optimist med tanke på fremtiden.

– Forskning i sykehjem gir økt status, og pleiepersonale har mer lyst til å jobbe på slike steder fordi det øker kunnskapen. Det ser vi mange eksempler på. I min studie ved 18 sykehjem på Vestlandet er jeg imponert over holdningen jeg har møtt hos de ansatte. De har vært entusiastiske og stolte over det de har bidratt til. Det tror jeg ikke ville vært tilfellet for ti år siden. Nå går det bare fremover. Jeg tenker at om ti år vil leger, pleiepersonale og tverrfaglige team søke seg i flokk og følge til sykehjem. De vil tenke: Wow – det er jo på sykehjem det skjer, dette er fremtiden!

LITTERATUR

- Ballard C, Day S, Sharp S, Wing G and Sorensen S (2008) Neuropsychiatric symptoms in dementia: Importance and treatment considerations. *International Review of Psychiatry* 20, 396-404.
- Ballard C, Hanney ML, Theodoulou M, Douglas S, McShane R, Kossakowski K, Gill R, Juszczak E, Yu LM, and Jacoby R (2009). The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART-AD): long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Neurology* 8, 151-157.
- Husebo BS (2009) [Pain assessment in dementia]. *Tidsskr.Nor Lægeforen.* 129, 1996-1998.
- Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, Aarsland D and Ljunggren AE (2008) Who suffers most? Dementia and pain in nursing home patients: A cross-sectional study. *JAMDA* 9, 427-433.
- Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, and Ljunggren AE (2010) Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. *Scand.J.Caring Sci.* doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00710.x, 1-12.

Nye spesialiseringsregler

Legeforeningens «Spesialitetskomité for psykiatri» arbeider for tiden med revidering av spesialistreglene. Utvalg for alderspsykiatri har kommet med innspill, og leder Eivind Aakhus er tilfreds med at evalueringen av psykiaterutdanningen blir mer systematisk og grundig med de foreslåtte reglene.

– Alle leger i spesialisering i psykiatrien skal fortsatt ha erfaring i alderspsykiatri. Det har vært en kampsak for utvalget å beholde det kravet.

Nytt er at Spesialitetskomiteen har foreslått fordypningsområder innenfor psykiatrien, der kandidatene kan velge mellom forskjellige psykiatriske disipliner. Alderspsykiatri er med blant disiplinene.

– Dette er et godt forslag så lenge erfaringsdelen av spesialiseringen består. Kvantifiserbare sjekklister av hvor mye kandidaten har vært borti forskjellige problemstillinger – også alderspsykiatriske – støtter vi fullt ut.

Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet har foreslått at direktoratet heretter skal stå for spesialistgodkjenningen – ikke Legeforeningen som nå. Hva tenker du om det?

– En av grunnene til at departementet og Helsedirektoratet ønsker å ta over spesialistgodkjenningen er at det, så vidt jeg har forstått, er misnøye med den skjevrekuttering av spesialister som finner sted i dag. Store, fremtidige arbeidsoppgaver som geriatri og sykehjemsmedisin, har svak rekruttering og det gjør helsevesenet dårlig rustet til å løse de oppgavene som står foran oss. Det er mulig at en overføring av denne oppgaven til Helsedirektoratet vil sikre en mer forsvarlig rekruttering, men denne saken har ikke Utvalget diskutert spesielt.

Forslaget til reviderte spesialistregler skal behandles på flere nivåer og de endelige reglene blir ikke vedtatt før tidligst om et par år (red.).



En mulighet til faglig fordypning

Erfaring fra forskning i sykehjem

Jeg ankommer et sykehjem klokken 09.30. Det er klart for å inkludere pasienter i prosjektet. Personalet er opptatt med å hjelpe pasientene opp. Jeg møter en ansatt som «ser» meg, og jeg presenterer meg og mitt ærend. Så godt når jeg blir møtt med «Ja, vi er informert om at du skal komme i dag. Den du skal møte er opptatt en liten stund til. Vil du ha en kopp kaffe mens du venter?»

De siste 15 årene har jeg arbeidet innen demensomsorg i spesialist- og kommunehelsetjenesten og deltatt i flere prosjekter som er blitt gjennomført på min arbeidsplass. Jeg har registrert hvordan forskningsresultater gradvis er blitt mer vektlagt i det kliniske fagmiljøet, og antar at kunnskapsbasert praksis er et velkjent begrep overalt i helsevesenet. Erfaringskunnskap og forskningsbasert kunnskap er to viktige elementer i kunnskapsbasert praksis. For at helsepersonell skal kunne basere sin praksis både på erfaring og forskning trengs det personer som ønsker å forske og noen som er villige til å delta. Siden april 2008 har jeg jobbet som prosjektsykepleier i DESEP-studien¹ som ledes av stipendiat Sverre Bergh.

Han har valgt sykehjem som arena for sin forskning, og målet er å inkludere ca 200 sykehjemspasienter i studien. Dette krever deltagelse fra mange sykehjem. Men hvor lett er det å invitere sykehjem til å delta i forskning? Etter å ha vært i kontakt med over 100 sykehjem og inkludert pasienter på halvparten av disse, vil jeg beskrive noen av mine erfaringer rundt rekruttering, inkludering av pasienter og samarbeid med personale på sykehjemmene.

Prosjektarbeid og nytteverdi

Prosjektarbeid har gitt meg mulighet til faglig fordypning og tilegnelse av ny kunnskap, kunnskap som jeg har tatt med meg videre i samarbeid med annet helsepersonell og i møte med pasienter og pårørende. Pasientene som deltar i DESEP-studien følges opp et halvt år. En del av min jobb er å foreta opplæring av studiesykepleiere som intervjuer pasienter og primærkontakter, samt være til stede ved inklusjon av pasienter på nye sykehjem. I tillegg til at innhenting av data er viktig for å gi svar på forskningsspørsmålet, er mitt håp at personalet lærer og oppdager nye ting ved å delta i prosjektet, som de kan ha nytte av i egen praksis.

Organisering av studiesentre

I starten opprettet vi 10 studiesentre på alderspsykiatriske avdelinger spredt rundt i landet. Studiesentrene har sagt seg villige til å kontakte sykehjem, godkjenne pasienter som fyller kriteriene til deltagelse og stille med sykepleiere som foretar datainnsamlingen. Vi så for oss at hvert senter skulle inkludere rundt 20 pasienter hver.

¹) DESEP: Seponering av antipsykotika og antidepressiva hos pasienter med demens og atferdsmessige og psykiatriske symptomer, APSD, i sykehjem.

Studiesentrene ga tilbakemelding om at dette var vanskelig å få til, noe vi ser ut fra antall deltagere de har funnet. Noen sentre har funnet én, mens andre har funnet 15 pasienter. For å få nok deltagere har prosjektleder Sverre Bergh og jeg som prosjektsykepleier måttet tenke nytt og jobbe tettere opp mot sykehjemmene. Vi foretok derfor opplæring av studiesykepleiere i noen kommuner for at de kunne foreta datainnsamlingen selv, og utvidet til flere kommuner etter hvert. Denne modellen viste seg å være positiv for prosjektet, men også for kommunene, ved at de fikk opplæring i og erfaring med bruk av standardiserte kartleggings skjemaer. «Gevinsten blir større ved at vi gjør det på denne måten,» uttalte en fagkoordinator på et av sykehjemmene jeg besøkte.

Deltagelse i DESEP-studien

DESEP er en dobbelblind, placebokontrollert studie, som innebærer at medisiner (antidepressiva eller antipsykotika) seponeres hos halvparten av deltagerne og erstattes med placebo, mens resten fortsetter med sin medisin uten at noen vet hvem som får hva. Invitasjonen til deltagelse i studien har gått både til sykehjemmenes ledelse, leger og avdelinger. Sykehjemmene må ta stilling til om de er villige til å sette av nødvendige ressurser for å gjennomføre studien. Noen sykehjemsleger synes det er flott at det forskes på medisinbruk hos pasienter i sykehjem og er villige til å delta. Dette er leger som har vært opptatt av å seponere mest mulig medisiner på pasientene som blir innlagt, og dermed har de få aktuelle kandidater til denne studien. Andre leger sier nei til både informasjon og deltagelse, og som oftest blir mangel på ressurser oppgitt som begrunnelse. Dette svaret får vi også fra ledelsen ved de sykehjem som sier nei til deltagelse. Årsaker de oppgir er høyt sykefravær, omorganiseringer, hyppig utskiftning av sykehjemsleger eller at de er overarbeidet og ikke kan ta på seg nye oppgaver.

Vi er heller ikke de eneste som har funnet ut at sykehjem er en viktig arena for forskning. Noen få sykehjem har takket nei til deltagelse fordi de allerede er involvert i andre prosjekter, men ønsker å bli kontaktet senere. Andre sier ja nettopp fordi de har hatt positiv erfaring og faglig utbytte av å medvirke i forskningsprosjekter. Vi er også blitt kontaktet av enkeltpersoner som har hørt om studien og ønsker å delta, eller vi er blitt tipset om aktuelle personer som har vist spesiell interesse for forskning og/eller fagfeltet demens. Disse «ildsjelene» kan være en leder, en sykehjemslege eller en ansatt på avdeling. Felles er en tenkning om at deltagelse i forskning er positivt både for pasientene og personalet. Pasientene får økt oppmerksomhet og personalet kan tilegne seg ny kunnskap. Så selv om prosjektarbeidet tar tid og ressurser fra den daglige driften, er de meget motivert for å delta.

Inkludering av pasienter

Hvordan flette prosjektarbeid inn i en travel hverdag på sykehjemmene?

Vi sitter ofte på avdelingens vaktrom. Enkelte steder får vi låne et møterom eller vi finner en stille krok i en

stue. Vi ønsker å intervju en primærkontakt eller annet personale som kjenner pasientene godt. Noen primærkontakter kommer på fridagen sin eller de har byttet vakt. De blir bedt om å vurdere pasientens kognitive funksjon, tilleggssymptomer ved demens, symptomer på depresjon, ADL-funksjon² og livskvalitet ved å fylle ut standardiserte kartleggingsverktøy som er mye brukt både i klinikk og forskning. Av og til ønsker primærkontakten å ha med en kollega for å sikre at svarene blir så riktige som mulig. For de fleste er dette første gang de forholder seg til kartleggingsskjemaene som brukes. Det er uvant å vurdere pasientene på denne måten. En hjelpepleiers utsagn beskriver det mange sier: «Jeg har kjent beboeren gjennom flere år, men nå har vi snakket om ting jeg ikke har tenkt på tidligere.»

På ett sykehjem inkluderer vi tre pasienter og intervjuer tre forskjellige primærkontakter. To av dem kommer på fritiden. De er godt forberedt, har sett på skjemaene på forhånd og tenkt over svaralternativene. De synes dette er spennende. Vi diskuterer, reflekterer og krysser av på skjemaet. Personalet sier de kunne tenke seg å bruke noen av skjemaene for å kartlegge de andre pasientene på avdelingen også. En sykepleier sier: «Kanskje får vi mindre synsing og mer konkrete opplysninger som kan brukes i arbeidet med å lage tiltaksplaner.»

Som oftest blir jeg møtt på denne måten, men ikke alle er like godt forberedt. Noen ganger dukker uforutsette ting opp, andre ganger har ikke informasjonen om prosjektet nådd frem til personalet i avdelingen. Personalet som skal intervjues har det travelt og har ikke fått avsatt nødvendig tid. Intervjuet blir gjennomført, jeg får innhentet de nødvendige opplysningene, men kan likevel sitte igjen med en følelse av at overføringsverdien fra prosjekt til praksis er liten på denne avdelingen. Men dette vet jeg jo ikke sikkert. Som en avdelingsleder uttalte på en samling vi hadde:

«Det er krevende å delta i studien, men det er blitt mer positivt for personalet etter hvert. Personalgruppa er blitt mer observante på beboerne, stiller spørsmål og undrer seg mer, for eksempel ved fall og forvirring. De er mer klar over bivirkninger av medisiner.»

Demensdiagnose og funksjonsnivå

Ett av kriteriene for å kunne inkluderes i DESEP-studien er at pasientene har en demensdiagnose. Pasienter på skjermede enheter er kartlagt og har en klar demensdiagnose, som for eksempel Alzheimers sykdom eller vaskulær demens. Type demens blir lagt til grunn for hvordan personalet skal møte den enkelte pasient. Denne praksisen er ikke like synlig på alle somatiske avdelinger. Når vi intervjuer enkelte primærkontakter, kan de ha god kunnskap om funksjonsnivå, men de setter ikke dette i sammenheng med grad av demenssykdommen eller type demens. Det forundrer meg at ikke symptomer på kognitiv svikt automatisk utløser en detaljert utredning og diagnostisering av tilstanden, på

² ADL-funksjon: Evne til å utføre dagliglivets aktiviteter (red.)

samme måte som symptomer på somatisk sykdom. På de avdelinger hvor regelmessige legekontroller inneholder god dokumentasjon av både somatisk og kognitiv funksjon, ser jeg at demenssykdommen blir mer synlig i pasientenes tiltaksplaner.

Ressursbruk og nytteverdi

Uten velvilje fra sykehus og sykehjem hadde det ikke vært mulig å gjennomføre denne studien. Jeg får stadig signaler om at det er vanskelig å prioritere tiltaksplaner og dokumentasjon i en travel hverdag. Når et sykehjem har sagt ja til deltagelse, klarer de likevel alltid å sette av tid til intervju og dokumentasjon. Av og til er tilbakemeldingen at dette var mer tidkrevende enn forventet, men som oftest blir jeg møtt med at de får igjen for innsatsen i form av mer kunnskap og større fokus på demens. Selv har jeg tilegnet meg mer kompetanse innen prosjekt-

arbeid. Det mest givende er likevel besøkene på sykehjemmene som har deltatt. Jeg har møtt svært mange hyggelige og dyktige personer. Sykehjemsleger har kommet på informasjonsmøter og vist interesse for å delta. Ledere har lagt føringer ved å si at her ønsker vi forskning velkommen. Avdelingsledere har lagt til rette slik at flest mulig av de ansatte får mulighet til å bli intervjuet. Mange primærkontakter har høy kompetanse om demens og god kjennskap til pasientene og deres pårørende. Om de har hatt faglig utbytte av å delta, er det bare de selv som kan si noe om. Uansett skal alle som har deltatt ha honnør for å ha bidratt i arbeidet som må gjøres for at forskningsresultater kan publiseres og benyttes i kunnskapsbasert praksis.

■ elin.lillehovde@sykehuset-innlandet.no

Disputas om uro hos pasienter med demens

■ Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger



Oskar Sommer

Oskar Sommer disputerte 20. august over temaet «Agitation in Patients with Dementia – Challenges in Diagnosis and Treatment.» Sommer er overlege ved Alderspsykiatrisk avdeling, Sykehuset Innlandet Reinsvoll HF.

I en dobbeltblind, placebokontrollert studie har Oskar Sommer evaluert effekten av okskarbazepin i behandling av alvorlig agitasjon (uro) og aggresjon hos pasienter med Alzheimers sykdom, vaskulær demens eller en blandingsform av begge. Studien har inkludert 103 pasienter på 35 sykehjem og er en av de største i sitt slag internasjonalt. I Norge er den unik fordi den er gjennomført uavhengig av legemiddelindustrien. D&A har spurt Oskar Sommer om det var han som ikke ønsket støtte fra industrien, eller omvendt.

– Det var helt fra begynnelsen av klart for meg at jeg ikke ville søke finansiering fra industrien. For øvrig investerer industrien ingen ting i preparater som de ikke har alenepatent på.

Sterk placeboeffekt

Studien viser ingen statistisk signifikant forskjell mellom virkning av det aktive medikamentet og placebo, men hele 37 prosent av deltakerne i studien viste bedring ved bruk av placebo etter åtte uker. Hvilke tanker gjør du deg om det?

– Det er kjent at uansett hvilken sykdom det gjelder, så fører en intervensjon til bedring. Våre pasienter hadde ikke samtykkekompetanse og visste derfor ikke at de var med i en studie. Da faller troen på eller forventningen om virkning av et medikament bort. I vår studie fikk imidlertid pleierne på sykehjem opplæring. De ble sett, og de brukte mer tid på observasjon av den enkelte pasient. Man kan tenke seg at det har bidratt til placeboeffekten.

Under disputasen understreket du at APSD (atferdsmessige og psykiatriske symptomer ved demens) er et sekkebegrep der man må forske mer på de enkelte elementene. Hva ønsker du selv å forske mer på?

– Vi har satt i gang to utviklingsprosjekter hvor vi veileder personalet og skal se på effekten av dette på personal- og pasientnivå.

Studien viser at to mye brukte intervjuverktøy (NPI-NH og BARS) ga vidt forskjellige resultater. Hvilket råd vil du gi til ansatte på sykehjem om valg av intervjuverktøy ved uro hos pasienter med demens?

– NPI-NH gir en god oversikt over hele symptombildet. Hvis man ser at uro er til stede, ville jeg ha anbefalt å bruke BARS, også for å følge opp effekten av tiltakene som settes i verk.



■ Peter Horndalsveen, spesiallege
Jorunn Simonsen Wolden, spesialsykepleier
Grethe Berg, ergoterapeutspecialist, alle Avd. for
alderspsykiatri, Sykehuset Innlandet HF, Sanderud

Informasjon og samtykke ved studier og forskningsprosjekter

Erfaringer ved Hukommelsesklinikken på Sanderud

Konsultasjonen må ikke bli for preget av «jakten på samtykke». Innhentning av data og underskrifter må aldri overstyre klinikken!

I likehet med mange andre poliklinikker ved alderspsykiatriske avdelinger i Norge, er klinikken på Sanderud i økende grad blitt bedt om å rekruttere pasienter og pårørende til ulike studier og forskningsprosjekter.

Gjennom mer enn ti år har vi ved prøving og feiling bygget opp erfaring og kompetanse for å inkludere flest mulig pasienter og pårørende til studier og prosjekter. Vi opplever etter hvert at vi lykkes godt med dette arbeidet.

Vi har i disse årene diskutert problemstillinger omkring inkludering med andre sentre og poliklinikker. Gjennom dialogen har vi registrert at de ulike sentrene har forskjellig opplevelse av hvor godt de lykkes i rekrutteringen. Flere poliklinikker signaliserer en tilbakevendende frustrasjon og usikkerhet i jakten på høyest mulig oppslutning.

På basis av egne erfaringer har vi gjort oss opp noen meninger om hvilke kriterier som er avgjørende for hvor godt vi lykkes i denne jobben ved Hukommelsesklinikken på Sanderud.

Vi ønsker å knytte noen kommentarer til problemstillingen vedrørende rekruttering av pasienter til forskning. Det gjør vi med bakgrunn i vår nåtidige deltakelse i Registerstudien (se beskrivelse senere) i Helse Sør-Øst RHF, og vi vil bruke erfaringer derfra som konkret eksempel på vår fremgangsmåte. Våre synspunkter og betraktninger vil i stor grad også gjelde for rekruttering til andre prosjekter og studier.

Rutiner ved vår hukommelsesklinikk

Når pasienter innkalles til utredning på Hukommelsesklinikken blir de i innkallingsbrevet oppfordret til å møte sammen med pårørende eller en person som kjenner dem

godt. I samme brev blir de gjort oppmerksom på at de kan bli spurt om å delta i aktuell forskning. Vedlagt i innkallingsbrevet ligger spørreskjema til pårørende (IQ-CODE) (1) og skjema for kartlegging av pasientens funksjon i dagliglivet (I-ADL) (2) til utfylling før undersøkelsen.

De fleste av våre pasienter kommer sammen med pårørende og med ferdig utfylte skjemaer.

Vi er alltid to som samarbeider om utredningen: lege og sykepleier eller lege og ergoterapeut. Vi har brukt utredningsmanualen fra Hukommelsesklinikken på Ullevål i mer enn ti år og kjenner oss trygge på den som redskap og metode. Manualen som brukes i Registerstudien er en revidert utgave av ullevålmanualen, og derfor relativt kjent for oss. Den brukes nå som standard her.

Pasient og pårørende tas imot av sykepleier/ergoterapeut som informerer om undersøkelsen og går igjennom en del registreringsspørsmål.

Pasienten blir bedt om å gi samtykke til at vi intervjuer pårørende om situasjonen og de eventuelle forandringene som har skjedd med pasienten den senere tiden.

Etter dette korte møtet, som varer 15-20 minutter, følges pasienten inn til legen for testing og undersøkelse. Pårørende forblir hos sykepleier/ergoterapeut for intervju, utfylling av skjemaer og samtale. Sekvensen tar fra én til halvannen time. Etter at lege og sykepleier/ergoterapeut er ferdig med undersøkelsen av pasient og pårørende har vi en liten drøfting av saken før alle parter samles på legens kontor til oppsummering og videre planlegging.

Undersøkelsen tar til sammen to til to og en halv time.

Kort beskrivelse av Registerstudien

Registerstudien omfatter personer som utredes ved hukommelsesklinikker ved sykehus i Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF. Faglig ansvarlig for studien er professor Knut Engedal, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Samtykkekompetanse er en forutsetning for inkludering. Hensikten er å benytte dataene som samles inn ved en vanlig undersøkelse ved hukommelsesklinikken til kvalitetsforbedring av undersøkelse og behandling.

I tillegg ønsker man å bruke dataene til forskning for å følge sykdomsutvikling og til å bedre de diagnostiske metoder med tanke på økt treffsikkerhet. Den regionale hukommelsesklinikken har ansvar for å legge et utvalg journaldata som framkommer ved undersøkelsen, inn i registeret. Oslo universitetssykehus Ullevål er ansvarlig for databasen. Inkludering til studien startet 1. januar 2009. Vi har med andre ord informert og spurt pasienter og pårørende om å delta i denne studien i ett og et halvt år.

Både pasient og pårørende blir spurt om å delta i studien, og de må skrive under på at de samtykker i deltakelse. Pasienten blir bedt om en tredelt samtykkeerklæring. For det første til å delta i studien, for det andre om han/hun er villig til å avgi blodprøve til en biobank og for det tredje om han/hun er villig til å bli kontaktet igjen på et senere tidspunkt dersom det blir aktuelt å medvirke i framtidig forskningsprosjekt. Pårørende blir spurt om å samtykke i studien og om villighet til å bli kontaktet på et senere tidspunkt. Det er frivillig å delta i studien, og både pasient og pårørende kan trekke seg på ethvert tidspunkt. Registerstudien er forøvrig grundig beskrevet i Demens&Alderspsykiatri nr. 4/2009 (3).

Informasjon om studien og spørsmål om samtykke

På vår hukommelsesklinikk får pasient og pårørende både muntlig og skriftlig informasjon om studien i forbindelse med konsultasjonen. Hovedregel er at legen gir informasjon til pasienten, mens ergoterapeut eller sykepleier gir informasjon til pårørende.

Vi har valgt å informere om registerstudien etter at vi er ferdige med testing og utfylling av skjemaer. Da vet både pasient og pårørende hva slags informasjon de gir studieansvarlig tillatelse til å legge inn i databasen.

Gjennom undersøkelsen har vi vanligvis fått en allianse med pasient og pårørende som gjør det mer naturlig å spørre. Mange gruer seg til undersøkelsen og føler seg mer rolig etter å ha blitt mer kjent med utrederne. Undersøkelsen gir helt klart legen bedre grunnlag for å vurdere pasientens samtykkekompetanse.

Hva kan oppleves som vanskelig?

- 1) Den som spør er usikker fordi hun/han ikke er kjent med den standardiserte utredningsmanualen. Her har blant annet hukommelsesklinikkene på Ullevål og Sanderud fordel av å ha brukt tilsvarende manual gjennom flere år. Den som spør kan føle seg utrygg på selve gjennomføringen av undersøkelsen inntil hun/han har fått mer erfaring.
- 2) Den som spør kan være usikker på nytteverdien ved å delta i studien, det vil si egne holdninger og egen motivasjon i forhold til viktigheten av studien.
- 3) Den som spør kan oppleve samtykkeskjemaet som enda et skjema på toppen av alle andre skjemaer i en konsultasjon som allerede fra før tar mye tid og krefter.

- 4) Den som spør kan ha etiske kvaler ved å innhente samtykke dersom man er i tvil om pasientens samtykkekompetanse. Man kan også være i tvil om pasient og pårørende har forstått hva de blir spurt om.

Erfaringer fra Sanderud

Vi har erfart at vektlegging av følgende kriterier er avgjørende for grad av suksess:

- 1) Hvem spør og informerer?
- 2) Hvordan spør og informerer vi?
- 3) Hvor mye spør og informerer vi om?
- 4) Når spør og informerer vi?

Hvem spør og informerer?

Den som spør må

- ha opparbeidet faglig erfaring, kompetanse og trygghet, og virke overbevisende
- selv være motivert og ha tro på viktigheten og nytteverdien av studien.

Hvordan spør og informerer vi?

- Kort informasjon i innkallingsbrev om at de kan bli spurt om å delta i ulike prosjekter og studier. Denne informasjonen bør ikke være for detaljert.
- Både muntlig og skriftlig informasjon gis.
- Enkle formuleringer og lettfattelig språkbruk brukes i informasjonen. For eksempel unngår vi fremmede ord som «database».
- Vi vinkler budskapet positivt i «forskningens tjeneste». Forteller pasient og pårørende at deres bidrag er viktig for forskning om demens og forbedring av utredning og behandling.
- Vi prøver å ufarliggjøre ved å poengtere at man ikke er ute etter resultatet hos en enkelt person.

Hvor mye spør og informerer vi?

- Det er viktig å være kort, men likevel gi tilstrekkelig informasjon. Unngå «overdose»! Det er en kjensgjerning at mye informasjon går tapt ved konsultasjoner hos legen, også for mentalt friske pasienter.
- Vi henviser tydelig til skriftlig informasjon som de kan lese nøye igjennom når de kommer hjem. Vi poengterer at de kan ombestemme seg.
- Pasient og pårørende bør som hovedregel ikke spores om å delta i flere prosjekter i løpet av samme konsultasjon. Mer enn to prosjekter per konsultasjon er neppe gunstig da informasjonsmengden ellers blir for stor.

Når spør og informerer vi?

- Ved starten av konsultasjonen?
Ulempe: Pasient og pårørende er ofte spente og usikre. De har begrensede forutsetninger for å forstå hva de samtykker til på dette tidspunkt. Vi har ikke godt nok grunnlag til å vurdere samtykkekompetansen.

- Etter fullført utfylling av tester og skjemaer, men før oppsummering?
Fordel: Pasient og pårørende har tidsmessig nær relasjon til det de gir samtykke til, og har ennå ikke vært gjennom en oppsummering som kan være en følelsesmessig belastning. Vi har bedre grunnlag til å vurdere pasientens samtykkekompetanse.
- Ved slutten av konsultasjonen – «dørlinksyndromet»?
Ulempe: Pasient og pårørende er slitne etter konsultasjonen som kan vare opp imot to og en halv time. Da kan det også være vanskelig å forholde seg til et nytt tema.

Refleksjoner/kommentarer

Underveis er vi nok blitt tryggere på oss selv fordi pasienter og pårørende er så entydig positive til å bidra til forskning når vi spør om deltakelse og samtykke. Ved utgangen av juni 2010 har vi utredet drøyt 150 nye pasienter siden oppstart av inkludering i januar 2009. Én pasient og tre pårørende har takket nei til å delta i studien.

Vi er også blitt mer avslappet når vi spør og informerer fordi vi mener å ha funnet en arbeidsform med passe volum og passe mange detaljer i formidlingen.

Vi er blitt svært bevisste på at konsultasjonen ikke må bli for mye preget av «jakten på samtykke». Utfylling av

alle tester, skalaer og skjemaer, inkludert samtykke-skjemaet, må ikke prege konsultasjonen i en slik grad at det ødelegger for den gode dialog og den gode relasjon/allianse mellom helsepersonalet og pasient og pårørende. Innhentning av data og underskrifter må aldri overstyre klinikken! Dette er en grunnleggende holdning i vår praktiske hverdag og vil alltid ligge i bunnen som et udiskutabelt premiss når vi deltar i studier og prosjekter.

■ grethe.berg@sykehuset-innlandet.no

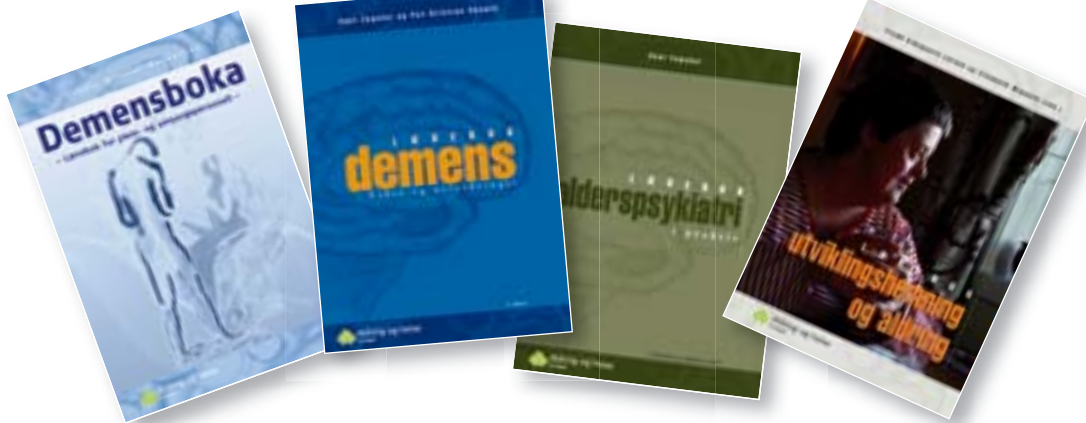
REFERANSER

1. Jorm, A.F (1989) The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. *Psychol Med*, 19(4):1015-221342
2. Lawton, M.P., Brody, E.M. (1969) Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, vol.9 : 179-86
3. Ulstein I, Nåvik M, Engedal K (2009) Register gir muligheter. Database for personer som utredes ved hukommelses-klinikker ved sykehus i Helse Sør-Øst og Helse Vest. *Demens&Alderspsykiatri*, vol 13, nr. 4.

Lærebøker



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter



Demensboka

Lærebok for pleie- og omsorgspersonell.
Egnet som tilleggslitteratur i vg. skoler
Vigdis Drivdal Berentsen
Kr. 250 | 224 sider | 2008

Demens. Fakta og utfordringer

Oppdatert og revidert vedrørende tallmateriale, lovverk og anbefalt utredning av demens
Knut Engedal, Per Kristian Haugen m.fl.
Kr. 380 | 424 sider | 5. rev. utg. 2009

Alderspsykiatri i praksis

Oppdatert og revidert utgave av første norske lærebok om alderspsykiatri
Knut Engedal
Kr. 300 | 296 sider | 2. rev. utg 2008

Utviklingshemning og aldring

Første nordiske læreverker om aldring og utviklingshemning
Frode Kibsgaard Larsen og Elisabeth Wigaard (red.)
Kr. 380 | 413 sider | 2009

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



Institusjonssjef
Katrine Selnes

■ Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Tid for trivsel på Lottesykehjem

Det er sol og syrer i hagen på Økern sykehjem. Noen av beboerne får håndmassasje, andre får løst opp stramme nakkemusklér. Stemningen er avslappet, ansatte og beboere ser ut til å nyte junidagen like mye.

Økern sykehjem ble det fjerde Lottesykehjemmet i Oslo 10. februar i år. Modellen er Lottehjemmet i København der Thyra Frank har satt ut i livet sine ideer om et godt sted å leve for gamle mennesker (se faktaramme side 39).

– Omsorg tilrettelagt for den enkelte er grunntanken, sier institusjonssjef Katrine Selnes på Økern.

– Institusjonspreget skal brytes ned og sykehjemmet gjøres så hjemlig som mulig. Beboerne skal kunne leve slik de har gjort før de kommer hit.

Kompetanse i bunn

Det bor 56 personer med demens på Økern sykehjem, fordelt på to avdelinger. På hver boenhet bor det mellom fem og åtte personer. Bygget, som opprinnelig var et aldershjem, er tegnet av Sverre Fehn og reist i 1955. Bygget preges av funksjonalismens enkle linjer og mye lys. Boenhetene og gangarealet har lett atkomst ut til de to hagene som ligger omkranset av bofløyene.

For flere år siden dro lederteamet ved Økern sykehjem til Lottehjemmet i København og ble inspirert. Byråden for eldre og sosiale tjenester i Oslo har tent på ideen, og i 2008 ble Fagerborghjemmet det første Lottesykehjemmet i hovedstaden. Utvelgelsen foregår gjennom en

konkurranse mellom sykehjemmene som melder sin interesse. Kompetente og kreative medarbeidere, fleksibel innstilling og høyt aktivitetsnivå gjennom flere år, tror Katrine Selnes gjorde utslaget da Økern ble valgt til Lottesykehjem. Kompetansebygging gjennom mange år mener hun ligger i bunnen for alt de har fått til. For byråden presenterte de sine tanker om Lottemodellen ved å bruke bokstavene i Lotte: Livsglede, Omsorg, Trivsel, Trygghet og Erindring.

– Å være fleksibel og finne gode løsninger er helt nødvendig for at personer med demens skal få et godt tilbud. Vi kan ikke lene oss til tradisjonelle måter å gjøre ting på. For eksempel er faste dusjdager uaktuelt, her må vi gi beboerne en dusj når det passer for den enkelte. Det kan være om kvelden, midt på natten – når som helst.

Fra juli i år har sykehjemmet ansatt fagutviklingssykepleier. Det følger ingen ekstra stillinger med Lottemodellen, men sykehjemmet har fått en million kroner fra Oslo kommune som et engangsbetrag til trivselstiltak.

Kaos i kastene?

Når 56 beboere – alle med demens – skal ha individuelt tilpasset omsorg, kan man lett forestille seg en kaotisk hverdag der skumtoppene går hvite på bølgen under stell og toalettbesøk. Men nei, hevder Katrine.

– Det handler om å se den enkelte beboer med hans eller hennes bakgrunn og behov. Vi har utviklet miljøkort for hver beboer. Der oppsummerer vi interessene og behovene for den enkelte og henger det på rommet, slik at ansatte lett kan gjøre bruk av opplysningene.

Det er likevel ikke slik at enhver beboer kan gjøre hva som helst til enhver tid. Lottemodellen på Økern er et prosjekt hvor de har jobbet med rutiner og varige tiltak. Slik skal trivsel bygges inn i hverdagen uten at det koster noe ekstra.

– Den ene millionen vil jo ta slutt, så vi må etablere tiltak som varer. Vi skal fortsatt satse på forskjellige former for kompetanse hos de ansatte. Blant annet skal



Berit Strøm og John Østnor finner seg godt til rette på Økern. «Hvis vi vil, får vi være i fred, men ellers kan vi være med på mye forskjellig.»

vi utdanne aromaterapeuter. Dette er en terapiform vi har god erfaring med for personer med mye uro, men vi har tidligere måttet kjøpe tjenesten. Vi har kjøpt nye hagemøbler og vi skal innrede uterestaurant på den store terrassen. Den skal brukes flittig i sommerhalvåret. Aktivitets- og sansestimuleringstilbudet skal utvides. Og hele veien skapes tilbudene i samhandling og dialog med beboerne og deres pårørende. Medbestemmelse er en viktig del av Lottemodellen.

Medbestemmelsen har blant annet ført til innkjøp av fuglebrett, værstasjoner, spill i store utgaver, blomsterpresse og stativ til kurvboll.

Nye rutiner – nye muligheter

Å gjøre sykehjemmet mer hjemlig er ett av målene med Lottemodellen, og et moment i dialogen har vært bruk av arbeidstøy. På Lottesykehjemmet i København går alle i sine private klær. Med bakgrunn i hygieneforskriftene er ikke det lov i Sykehjemsetaten i Oslo, men Katrine og medarbeiderne tenkte på muligheten for å kjøpe arbeidstøy med mer privat utseende. Det anså ikke pårørende til beboerne på Økern som noen god idé.

– Tvert imot mente flere at det kan være trygt for en person med demens å kunne se hvem som er omsorgspersoner.

Alle ansatte skal gjøre ting på samme måte og være bevisst på mulighetene for miljøarbeid. Derfor er alle gjøremål beskrevet i prosedyreskjemaer. Frokosten er et miljøprosjekt hvor beboerne får sansestimulering gjennom lukt, smak og synsinntrykk. Ansatte sitter ved bordet sammen med beboerne og hjelper bare til med det beboerne ikke klarer selv.

De to ansatte som er på hver enhet på dagtid får tildelt en bestemt rolle hver dag. Den defineres med rød eller grønn brikke som festes til arbeidsantrekket. Begge hjelper til med stell før frokost og skal konsentrere seg utelukkende om det. Deretter har den med grønn brikke

hovedansvaret for å gjøre klart til frokost, og begge sitter med beboerne under frokosten. Etterpå gjør «rød brikke» i stand rommene og hjelper eventuelt dem som vil drøye litt med morgenstell og frokost, eller for den saks skyld vil ha frokost på sengen. Søppeltømming, skyllerom og rydding hører også til «rød brikke», samt å følge beboere til lege, frisør etc. «Grønn brikke» er stuevert og skal være sammen med beboerne hele formiddagen og er ansvarlig for aktivitetene. Funksjonene byttes på.

– Rød brikke er overraskende nok mest populær og den funksjonen de ansatte føler seg tryggest på. Det er mer uvant å skulle tilbringe en hel dag i ro med beboerne. Derfor er det lagt inn faste aktiviteter for hver dag for å få alt til å fungere best mulig i oppstartfasten. Dette er imidlertid ingen statisk ordning.

Krever denne organiseringen flere ansatte?

– Nei, arbeidsmengden er den samme, så det er bare snakk om å tenke annerledes.

Aktivitetsnivået er allerede høyt, og målsettingen er at det skal være aktiviteter hver formiddag og ettermiddag hele uken igjennom. I høst blir det musikkaktiviteter på kveldstid, kanskje med dansekurs for menn, og på fredags- og lørdagskveldene har de åpen bar. En brukt bardisk fra 1950-tallet er kjøpt inn, og gjestene får

servert det de ønsker. Erindringsbiblioteket skal utvides med tanke på nye generasjoner eldre, erindringsrom er under innredning. Kinoanlegg er tilgjengelig i dagligstuen, men kan skyves bort når det ikke er i bruk. Der vises gamle filmer, og 19. juni

kunne de som ønsket det følge det svenske prinsessebryllupet med sprudlevin i glassene, bryllupsskake på asjetten og den kongelige fiffen på stort lerret.

– Nå vil vi flytte middagen til ettermiddagstid. Dette har alle sykehus gjort, men sykehjemmene serverer fremdeles middag midt på dagen. En rutine fra 1960-tallet henger fortsatt igjen, men det er vel knapt et menneske – i hvert fall ikke i byen – som spiser middag midt på dagen lenger. Dette vil få konsekvenser for turnus og rutiner, men det skal vi klare.

Lottemodell for alle?

Økt innflytelse for beboerne når det gjelder aktivitet, søvn og ernæring, økt tilgjengelighet til ansatte og redusert isolasjon er vesentlige deler av Lottemodellen på Økern. Som visjon bruker de bokstavene i Økern:

*«Økt innflytelse
for beboerne er helt
sentralt.»*



En formiddag i uken er avsatt til velvære, og når solen skinner er det populært å flytte aktivitetene ut i hagen. Håndmassasje og en rolig omgang på stive nakkemusklér gjør godt, og damene sier ikke nei takk til et strøk neglelakk og en god håndkrem.

Øyeblikk, Kvalitet, Erindring, Respekt og Nærhet. Disse elementene møter vi også mange andre steder. Kan i virkeligheten alle sykehjem bli Lottesykehjem?

– Det skulle ikke være noe til hinder for det, kanskje bortsett fra denne millionen til trivselstiltak som gir oss et spillerom. Det handler mest om holdningene hos oss som jobber på sykehjem.

Kvalitet, som er en del av visjonen, er et diffust ord. Hvordan vet dere at den enkelte person opplever kvalitet?

– Dette er en utfordring i demensomsorgen, men jeg vil påstå at vi merker det på beboeren. Jeg er ingen tilhenger av de brukerundersøkelsene som eksisterer. De er ikke særlig brukbare for våre beboere, og det blir i praksis pårørende som måler kvaliteten. Jeg har jobbet mye for å få metoden Dementia Care Mapping (DCM – se faktaramme, red.) innført som kvalitetsmåling i sykehjem i Oslo kommune. Vi skal uansett ta den i bruk på Økern, og i mellomtiden er vi nødt til å observere den enkelte beboers atferd, ansiktsuttrykk og andre uttrykk så godt som mulig.

Ansatte skal også trives!

– For en tid siden gjennomførte Oslo kommune en utjevning av stillinger på sykehjemmene, noe som resulterte i at Økern sykehjem mistet 8,6 stillinger. Bortsett fra det slutter ikke folk på sykehjemmet, sier Katrine.

– Vi er nok kjent innenfor demensomsorgen som et sted med høy kompetanse. Vi får mange henvendelser fra helsepersonell som kunne tenke seg å begynne hos oss, men vi har ingen ledige stillinger og har venteliste på folk som gjerne vil øke stillingsprosenten.

Sykefraværet gikk ned fra 18 prosent i 2007 til 11 prosent i 2008 og har holdt seg på dette nivået hittil. Utviklingen har flere årsaker, men systematisk innsats har hatt stor virkning, mener hun.

– Vi jobber mye med trivselstiltak. De ansatte er den største ressursen og det viktigste redskapet i eldreomsorgen. Vi må lytte til dem.

Katrine er opptatt av at de som er på jobb skal få like mye oppmerksomhet som de sykmeldte. Humorlunsj, pilatestrening og teaterbesøk i arbeidstiden, fotpleie, skirenn i parken utenfor og sommerfest på Hovedøya er noen av trivselstiltakene. Enkelte morgener i løpet av året stiller Katrine med flere klokken halv syv om morgenen og tar imot de andre ansatte. En liten blomsterkvast, en sjokolade samt en hyggelig hilsen til alle gjør at de opplever seg sett og satt pris på.

– Ved å bruke tid og omtanke og gjerne noen kroner på slike tiltak får vi det flerfoldige ganger tilbake i form av et kvalitetsmessig godt tilbud til beboerne.



Gunn Soløst i korrekt antrekk i baren – et populært innslag. Gunn har vært aktivtør på Økern sykehjem i nesten 25 år. Da hun begynte i yrket handlet det mest om formingsteknikker og håndarbeid. Nå er dette omtrent helt ute. Enten er ikke beboerne i stand til å utføre håndarbeid, eller de synes de har gjort nok av det i livet. Gunn er opptatt av at både kvinner og menn skal finne noe som interesserer dem, og at ingen skal oppleve at de ikke mestrer aktivitetene. Dans, turer, gamle filmer, baking og annen matlaging er populært hos begge kjønn, men kommunikasjon og observasjon er nødvendig for å finne ut hvem som liker hvilke aktiviteter.

– Vi må hele tiden utvikle tilbudet. Og vi må aldri glemme at det å sette seg ned med en beboer og prate bare med ham eller henne, er minst like viktig som organiserte aktiviteter.

FAKTARAMME 1

Dementia Care Mapping (DCM)

- Dementia Care Mapping er en metode for forbedringsarbeid og kvalitetssikring
- Den har som mål å utvikle personsentrert demensomsorg
- Metoden er både et verktøy og en prosess
- Verktøyet er strukturerte observasjoner av personer med demens og deres omsorgsgivere
- Prosessen innebærer at kartleggingen brukes i målrettet utvikling av god kvalitet ved at funnene går nøye gjennom og drøftes i personalgruppen og videre fører til utvikling av tiltaksplaner for pasientene.

Anne Marie Mork Rokstad

FAKTARAMME 2

Plekehjemmet Lotte i København

- Beboerne lever i snitt dobbelt så lenge som på andre sykehjem i Danmark
- Sykefraværet hos ansatte har gått ned fra 13-15 prosent til 0,8 prosent
- Styrer er sykepleier Thyra Frank. Hennes filosofi er at dette er beboernes hjem, ikke en institusjon
- Verdighet og respekt er nøkkelford
- Grunnprinsippet er at de ansatte er gjester, derfor bruker de ikke uniform
- Beboernes ønsker og behov skal være rettesnor for arbeidet, ikke systemer eller vaktplaner som skal gå opp.

Kilde: demensinfo.no

Les også om Lotte sykehjem under «Bolit og uteareal» på www.demensinfo.no



Innimellom går det helt galt, men med felles innsats kommer de seg på bena igjen. Som det skjer så ofte ellers i livet

Du glade, alvorlige

En opplevelsrapport fra teatersalen

Det åpner sterkt. Søster kommer inn i oppholdsrommet. Rynker på nesen og trekker opp boksen med luktfjerner. Sprayer alle stoler grundig før hun forlater rommet. De gamle kan innta stuen.

Og inn kommer de, seks i alt, på sine skjeve hæler, med upressede bukser, en liten flekk her og der og med kroppert slitt av et langt liv. Alle med sin unike historie, alle plassert et sted der historien ikke blir verdsatt.

Vi er på Det Norske Teatret. På scenen er teatret blitt aldershjem der de gamle skuespillerne nå bor. Det er ikke for pyser. Søster, selvutnevnt enehersker, spilles av Marit Kolbræk. Hun gjør sitt ytterste for at de skal huske livets alvor, med sanger om død og fordervelse, synd og evig pine. Men her lar ingen seg lure til å slutte å leve for de må. Her skal det utspille seg scener så fulle av fandenivoldsk humor, kåthet, sinne og livsglede at publikum gir seg ende over. Men bakom synger vemodet.

Stykket «Evig ung» av Erik Gedeon har vært en suksess der det er satt opp. Kritikken har vært fulle av lovord, og D&A har latt seg friste. Vi er på forestilling nummer 78 i Oslo, og opplever Anders Rogg som ordløs, men avgjort ikke språkløs pianist, Trond Høvik som den rabbagasten og gamle hippen han alltid har vært, en avsidig gebrekkelig Thomas Bye med sterkt parkinsonistiske tilbøyeligheter og hans kone Charlotte Frogner som lever mest i fortiden. Frank Kjosås er elegant i sin side silkeslabbok. Det hindrer ham ikke i å hoste opp uante mengder slim når det minst passer. Maria Bocks rasende gamle dame, iført fotsid svart speilfløyelskjole, reveboa

og for anledningen et glitrende diadem litt på skjeve, har en fortid som hippiedronning med piercing «både her og der.» Nå gliser hun innfult når hun får en anledning til å agere seksuelt, hun skjeller og smeller, har stykkets mest infame kjeftament, men også scenens vemodigste øyne.

Sammen fremstiller de individualitet, livsglede, lyst og sorg, de lever i nåtid og fortid og gir blanke i Søsters regler for et passende liv på gamlehjemmet. De synger låter fra 60- og 70-tallet, slår takten i gulvet med stokker og stive ben, én holder tale der ord og sammenhenger forsvinner. Trond tenner en joint og kvikner opp fra døsigheten. «Sweet dreams are made of this...» Charlotte synger, men etterpå må hun ut og gå. Hun skal mate fortidens høner. Da Trond ramler ned i kjelleren, danner de vanemessig en solidarisk kjede for å få ham opp igjen. Dette har skjedd før. Maria lager gitar av boaen og er forsanger i «I love rock'n roll», kjente rytmer fra heftigere dager.

Og så: Brått blir det vondt å se på. Charlotte blir ved et uhell avkledd parykken. Avkledd verdigheten. Øynene er svarte av fortvilelse, det søkker i magen hos publikum. Charlotte redder selv situasjonen. Hun dropper hele parykken og synger med de andre: «I wanna be forever young...»

Men er det det de vil? Er det det noen vil? Eller vil vi simpelthen ses som de personlighetene vi er bak rynker og rullator, nedsatt hørsel og ditto hukommelse?

Stykket, med all sin galskap og hallo, lar publikum ta med seg alvorlige spørsmål ut i kvelden.



Foto: Bente Wallander

Stykket skal på turné fra 24. januar til påske, med start i Vadsø. Sjekk på Riksteaterets hjemmeside når tiden nærmer seg – Maria og Anders og alle de andre kan dukke opp på en scene nær deg!

«Dette stykket er en gave til både skuespillere og publikum,» sier Maria Bock og Anders Rogg.

vanvidd!

For alle mellom 17 og 90!

– Stykket tar gamle mennesker på alvor og enkelte tendenser innenfor eldreomsorgen på kornet, sier skuespiller Anders Rogg, som selv har vært ansatt som kulturarbeider i Kirkens Bymisjon i Oslo i syv år og hatt sitt daglige arbeid på Vålerengen bo- og servicesenter. Dessuten har han vært på utallige institusjonsbesøk og opplevd mange forskjellige miljøer.

– Når folk sier «de gamle», er de på bærtur. Vi lever under forskjellige vilkår, vi er individer til vi dør. Det kommer bra frem i dette stykket. Her ser vi det friske som alltid må finnes et sted inni oss som en streng. Jeg har lest at personer med demens har klare øyeblikk, og om de oppstår hver dag eller sjelden, finnes de!

Anders legger ikke skjul på at stykket setter ting på spissen.

– Der står de ofte best, smiler han.

– Her er det både bannskap, ublu seksualitet og mye fandenivoldkshet. Men vi ser forhåpentligvis også andre sider av personene.

Maria Bock mener forestillingen gjenspeiler det som finnes i oss mennesker uansett alder.

– Man slutter jo ikke å leve og føle selv om man kommer på et sykehjem. Jeg opplever at det er mye glede og ubrukt energi i stykket. Ubrukt fordi personene er satt i en bås og der skal de være.

Du er seksuelt utagerende og uhyre frittalende i stykket, men har så vemodige øyne. Hvor henter du inspirasjonen?

– Vemodet og lengselen har jeg tatt ut fra en tanke om hvordan det må være å sitte alene på et sykehjem

uten den man har elsket hele livet. Hun tenker tilbake på sitt «ville» liv med lengsel og gode minner om hvor fint hun hadde det, både med tilfeldige menn og i kraft av sin holdning til livet: Å leve det begjærlig. Jeg tror jeg kommer til å være full av følelser som gammel, akkurat som jeg er som 31-åring. Derfor spiller jeg på mitt eget følelsesliv.

Med din erfaring, Anders, vil du si at personer på sykehjem får spille ut de forskjellige sidene av seg i hverdagen?

– Heldigvis og dessverre er det stor forskjell på sykehjem. Det er nok en realitet at små ressurser setter grenser, og noen steder er tilbudet utenom stell og medisiner nesten bare dårlige fjernsynsprogrammer. Det skjer en positiv endring nå, men mange steder går den langsomt.

I stykket finnes scener som ikke er spesielt flatterende. Har dere vært redde for å utlevere gamle, syke mennesker?

– Jeg føler ikke at vi utleverer noen, men at vi fremstiller personene med stor kjærlighet, sier Maria.

– Jeg tenker på at jeg selv skal bli gammel, og jeg håper noen vil se meg som en person, uansett ytre skavanker.

Både Maria og Anders har mange års erfaring som skuespillere. Er dette et viktig stykke å spille i?

– Det oppleves dypt meningsfullt, sier Anders.

– Det er en fabelaktig respons fra publikum. Folk gråter og ler, og instruktøren og forfatteren Erik Gedeon må få sin velfortjente del av rosen. Her er det slapstick, lytehumor, prompehumor og dypt alvor, og han har tydeligvis klart å balansere det til en god helhet.

– Dette er en gave av en forestilling, samtykker Maria.

Hvem bør ha stykket på pensum?

– Alle mellom 17 og 90. Dessuten alle som jobber i helsesektoren, fra helseministeren til hjelpepleieren, og selvfølgelig institusjonslederne.

Faksimile av artikkelen til Allan Øvereng i forrige nummer av D&A.

■ Kurt Larsen, Boleder/sykepleier
Roligheten Omsorgsbolig, Kristiansund kommune

«Når eget hjem i praksis er et sykehjem»



Viser til Allan Øverengs innlegg i nr. 2-2010 med denne overskriften. Øverengs anliggende er å advare mot at kommuner bygger omsorgsboliger for mennesker med demens.

Innlegget er etter min mening svært lite nyansert. «Man har argumentert med at det er fint for de eldre med eget hjem...» Resten av innlegget er en advarsel om at dette er feil veg å gå i forhold til omsorgstilbud for mennesker med demens.

Ved å vise til egen praksis og erfaring, ønsker jeg å nyansere dette bildet litt. Jeg har i all hovedsak arbeidet innafor eldreomsorgen de siste 30 år. De siste 15 år mest med mennesker med demens i så vel sykehjem som hjemmesykepleie. De siste åtte år som boleder i en døgnbemannet omsorgsbolig med fast personale, organisert som en del av hjemmetjenesten. Boligen ble bygget for 10 år sia. Beboerne her har en grad av demens som varierer fra moderat til alvorlig. Alternativt tjenestetilbud for alle om ikke Roligheten eksisterte ville være sykehjem.

For å ta konklusjonen først: Det tilbudet jeg har vært med å gi i Roligheten Omsorgsbolig for mennesker med demens, er det jeg er mest fornøyd med i løpet av min tid i demensomsorgen. Når det er sagt, så ser jeg klart utfordringer med så vel å etablere en slik bolig som å drifte den på en måte som sikrer kvaliteten på det tilbudet som blir gitt.

Feilplassering?

Jeg tør påstå at på de aller fleste skjermete enhetene på sykehjemmene, vil man finne pasienter som personalet, ved innleggelse, synes det er synd at det ikke finnes andre omsorgsalternativer for. Mennesker som til tross for sin demens fortsatt har mange ressurser og varierende grad av egenomsorg. Til tross for ofte massive tiltak fra pårørende og hjemmetjeneste, kan de likevel ikke fortsette å bo aleine i eget hjem. Jeg tør videre påstå, ut fra egen erfaring, at det ikke går lang tid før disse menneskene er institusjonaliserte og har et funksjonsnivå på linje med de øvrige pasientene.

Min påstand er videre, at med omsorgstilbud/ansatte som har fokus på miljøarbeid, gjenværende ressurser og viktigheten av å opprettholde kontakten med samfunnet utafor boligen, så vil disse menneskene kunne leve noen år med høyere livskvalitet enn de ville hatt ved å være pasient på et sykehjem.

Øvereng gjør et poeng av at beboerne «...innen et år eller to.. syke nok til å passe inn på en hvilken som helst sykehjemsenhet og er dermed feilplassert.» En merkelig argumentasjon. I Roligheten Omsorgsbolig er gjennomsnittlig botid om lag tre år. Etter min mening er en differensiering av omsorgstilbudet en positiv sak. Så vidt jeg vet, er det fortsatt slik at skjermede enheter på sykehjemmene i stor grad overfører pasienter til somatiske langtidsavdelinger når den somatiske pleien er det som er den største utfordringa og det fysiske funksjonsnivået er sterkt svekket. Hva er galt med at den samme dynamikken er tilstede i omsorgsboliger? Når det er sagt, så må det også sies at vi har flere eksempler på at beboere «har fått lov til å dø» i Roligheten også. Det har skjedd i tilfeller der vi har sett for oss et rimelig kort sengeleie etter akutt sjukdom.

«Den farlige hviskeleken»

Øvereng problematiserer i stor grad det forholdet at beboerne opprettholder sine fastleger når de flytter inn i en tilrettelagt omsorgsbolig. Det beskrives som en

belastning å måtte gå på et legekontor og oppleves at samarbeidet mellom boligen og alderspsykiatrien er skadelidende.

Det er klart at her ligger en av de store utfordringene i forhold til å gi et faglig forsvarlig tilbud til beboerne. Samtidig må det sies at løsninger på dette finnes. Det er snakk om hvilket fokus man har. Har man et høgt kompetent, ansvarliggjort personale, er bevisst i forhold til valg av fastleger og har etablert god dialog med andrelinjetjenesten, så er dette en utfordring som er handterbar.

Verdien av å opprettholde kontakten med det vanlige samfunnet, gjennom for eksempel å ha time på et legekontor, oppsøke sin gamle frisør, få fotpleie der man alltid har fått fotpleie, er klart større enn de ulemper det måtte medføre. Vår erfaring er at beboere som i utgangspunktet kan være urolige og utrygge, mobiliserer skjulte ressurser og opplever mange gode mestringssituasjoner gjennom å fortsatt i stor grad delta i samfunnet som «vanlige folk.» Ledsagelse av våre beboere på slike turer ut av boligen er en svært viktig del av de ansattes arbeidsoppgaver.

«Bruk av tvang – i omsorgsboliger?»

Et viktig spørsmål, men samtidig, heldigvis, et nokså uaktuelt spørsmål. Vi har sjølsagt ulåste dører. I løpet av de 10 åra boligen har eksistert, har det vært én episode man må kunne kalle for tilbakeholdelse. Tillitskapende tiltak, kompetent personale og godt kjennskap til beboeren i dag, og det livet som er levd, kommer man svært langt med. Min uærbødige påstand er at låste dører, uegnede bygningsmessige forhold og usikre ansatte er det som i større grad skaper behov for tvangstiltak enn den enkelte beboers demens.

«Et system som ikke virker»

Jeg kjenner ikke kommuner som har satset mye på alternativer til sykehjem og skal derfor ikke kommentere Øverengs elendighetsbeskrivelse i forhold til slike. Han kan ha rett, jeg vet ikke. Det jeg vet, er at Kristiansund kommune, gjennom Roligheten Omsorgsbolig, har 11 omsorgsleiligheter som er et fullgodt, og ofte bedre, alternativ til en skjermet enhet på 11 plasser på et sykehjem. I likhet med pasientene på de skjermede

avdelingene her i byen, blir det som sagt også for våre beboere opprettet sak om endret tjenestetilbud når behovet for somatisk langtidsplass er til stede.

Skal systemet virke, krever det hardt og målbevisst arbeid. Jeg er skeptisk til eksisterende tjenestetilbud som omdefinieres til omsorgsboliger/bokollektiv for mennesker med demens. Et slikt utgangspunkt vil nok ofte være et dristig tiltak og, dessverre, ofte ha bakgrunn i økonomiske forhold. Det vil være vanskelig «å snu» en eksisterende personalgruppe fra institusjonsbasert tenking til det å ha fokus på aktiv miljøbehandling og personsentrert omsorg.

Historia bak Roligheten Omsorgsbolig er følgende: Framsynte mennesker i kommunens helse- og sosialadministrasjon hadde et bevisst ønske om å skape et nytt og godt tjenestetilbud innafor demensomsorgen som ikke var institusjonsbasert. Dette var utgangspunktet helt fra første møte med arkitekten. Neste skritt var å ansette et tverrfaglig personale som hadde erfaring fra arbeid med personer med demens og som ønsket å være med på å skape noe nytt. Personalgruppa ble gitt vide fullmakter til å utforme tilbudet. En grunnpillars i utviklinga har vært stadig kompetansepåfyll og faglige diskusjoner for og blant de ansatte. Dette, i kombinasjon med stor grad av ansvarliggjøring har vært viktige «suksessfaktorer.»

Forholdet til fastleger, andrelinjetjeneste og ikke minst pårørende, er også avgjørende for om tilbudet skal fungere eller ikke. Opplysnings/informasjonsarbeidet i forhold til disse om hva Roligheten er, er et prioritert, viktig og kontinuerlig arbeide.

For de som ønsker å vite mer om Roligheten Omsorgsbolig, viser jeg til dette tidsskriftets utgave 1/2005, der Roligheten er beskrevet i en større artikkel.

■ kurt.larsen@kristiansund.kommune.no

Flere meninger?

D&A tar gjerne imot meningsytringer om bruk av omsorgsboliger for personer med demens. Skriv til tidsskriftet@aldringoghelse.no

Retningslinjer for publisering i Demens&Alderspsykiatri

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

- I fagartiklene skal referanser dokumenteres med henvisninger som nummereres i teksten (vancouvermodellen).
- Bilder, grafer, figurer med mer, sendes som separat fil, og skal ikke settes inn i teksten fra forfatterens side.

- En artikkel i Demens&Alderspsykiatri overskrider sjelden ca. 15 000 tegn eksklusive mellomrom. Skriv konsentrert og så kort som mulig.
- Redaksjonen forbeholder seg retten til å redigere og forkorte manuskripter i samråd med forfatterne. Innlegg til Demens&Alderspsykiatri leses av minst to av redaksjonens medlemmer.
- Artikler sendes innen avtalt frist som vedlegg til e-post til tidsskriftets redaktør: ragnhild.kruger@aldringoghelse.no

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

D&A går i dybden – og i bredden



Demens&Alderspsykiatri

Kommer:

- Frontotemporal demens
– den vanskelige diagnosen
- Angst hos personer med
demens – behandling og
forebygging
- Hva skjer med
alderspsykiatrien?
- Mosjon for personer
med demens
– hvorfor er det så viktig?

www.demensogalderspsykiatri.no
tidsskriftet@aldringoghelse.no

ISSN: 0809-3520

Medlem av



Demens&Alderspsykiatri utgis av



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

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

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

post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no

Referanser til kronikk side 21:

Skadelig bruk av rusmidler hos eldre – et ikke-tema i fagmiljøene

REFERANSER: til side 21 i D&A nr.3-2010

1. World Health Organization (2010) Management of substance abuse. www.who.int/substance_abuse/en/
2. Midtflå, JM (2007) Bruk av anxiolytika og hypnotika til eldre. Reseptregisteret 2004 og 2005. Masteroppgave i samfunnsfarmasi for graden master i farmasi. Avdeling for legemiddelepideologi, Nasjonalt Folkehelseinstitutt og Avdeling for samfunnsfarmasi, Institutt for farmasi, Universitetet i Tromsø.
3. Helsedirektoratet (2009) Opptrappingsplan for rusfeltet: Statusrapport for 2008. Helsedirektoratet; januar. Rapport nr.: 15-1660.
4. Kee WD, Middaugh SJ, Redpath S, Hargadon R, et al. (1998) Age as a factor in admission to chronic pain rehabilitation. *Clin J Pain* 14 (2): 121-128.
5. Laidlaw K, Thompson LW, Dick-Siskin L, Gallagher-Thompson D (2003) Cognitive behaviour therapy with older people. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons.
6. Engedal K (2000) Urunde hjul: alderspsykiatri i praksis. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
7. Engedal K og Haugen PK (2006) Demens. Fakta og utfordringer. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
8. Simoni-Wastila L, Yang HK (2006) Psychoactive drug abuse in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother* 4(4): 380-394, Dec.
9. Waern M (2002) Alcohol dependence and misuse in elderly suicides. *Alcohol and Alcoholism* 38 (3): 249-254.
10. O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor B (2003) Alcohol use disorders in elderly people – redefining an age old problem in old age. *Brit Med J* 327: 664-667, Sep.
11. Folkehelseinstituttet (2010) Reseptregisteret 2005-2009. Vanedannede legemidler. Folkehelseinstituttet, legemiddelstatistikk 2010:2, april.
12. Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet NTNU, HUNT forskningssenter (2009) Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag HUNT 3. HUNT og NTNU mot 2020. Status og muligheter. NTNU, HUNT forskningssenter, november.
13. Skogen JC, Harvey SB, Henderson M, Stordal E, Mykeltun A (2009) Anxiety and depression among abstainers and low-level alcohol consumers. The Nord-Trøndelag health study. *Addiction* 104: 1519-1529.
14. Wilhelmsen M (2009) Samordnet levekårsundersøkelse 2008 – tverrsnittundersøkelsen. Dokumentasjonsrapport. Statistisk sentralbyrå (SSB). Notat 2009/40.
15. Roll-Hansen D (1999) Samordnet levekårsundersøkelse 1998 – tverrsnittundersøkelsen. Dokumentasjonsrapport. Statistisk sentralbyrå (SSB). Notat 99/40.
16. Bachs L, Engeland A, Mørland JG, Skurtveit S (2009) The risk of motor vehicle accidents involving drivers with prescriptions for codeine or tramadol. *Clin Pharmacol Ther* 85: 596-599.
17. Gustavsen I, Bramness JG, Skurtveit S, Engeland A, Mørland JG (2008) Traffic crash risk related to prescriptions of the hypnotics zopiclone, zolpidem, flunitrazepam and nitrazepam. *Sleep Med* 9: 818-822.
18. Gjerde H, Normann PT, Pettersen BS, Aldrin M, Johansen U et al. (2008) TEST – for trafikkssikkerhet og helse. Bruk av rusmiddel og legemiddel med ruspotensiale blant førarar i normal trafikk «TEST»-prosjektet. Folkehelseinstituttet, rapport 2008:3.
19. Lunde LH, Nordhus IH, Pallesen, S (2009) The effectiveness of cognitive and behavioural treatment of chronic pain in the elderly: A quantitative review. *J Clin Psychol Med* 16: 254-262.
20. Nordhus IH, Pallesen, S (2003) Psychological treatment of late life anxiety: An empirical review. *J Consult Clin Psych* 71 (4): 643-651.
21. Sivertsen B, Omvik S, Pallesen S, Bjorvatn B, Havik O, Kvale G et al. (2006) Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults. *JAMA* 295: 2851-8.
22. Hallgren M, Hogberg P, Andreasson S (2009) Alcohol consumption among elderly European Union citizens. Health effects, consumption trends and related issues. Swedish National Institute of Public Health.
23. Skjotskift, S (2003) Alkohol som medvirkende faktor i noen vanlige kliniske situasjoner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 123: 185-187, jan.