



Demens&Alderspsykiatri

vol. 11 – nr. 4 – 2007

◆ Demensplan 2015
– en milepæl

◆ Selvmord blant eldre

◆ Psykofarmaka på sykehjem
– tenk bivirkninger!

◆ Hvem slåss for
alderspsykiatrien?



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter



Demens & Alderspsykiatri

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

Utgiver

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

Layout/trykk

BK Gruppen, Tove Aasrum, Sandefjord

Det redaksjonelle arbeidet er avsluttet 8. november 2007.

Retningslinjer for publisering i fagtidsskriftet Demens & Alderspsykiatri

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

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

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

Redaktør:

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

Redaksjonsssekretær:

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

Ansvarlig redaksjonskomité:

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

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

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

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

Faglige medarbeidere:

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

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

Abonnement:

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

www.aldringoghelse.no

Fagpressen





- 4 Viktig melding!!!
Fokus på demens fra
helsemyndighetene
Allan Øvereng
- 7 Om planer, penger og mysteriet
med den forsvunne hånd
- 8 Psykofarmaka på sykehjem
– tenk bivirkninger!
Oskar H. Sommer
- 14 Selvmord hos eldre
Kjell Martin Moksnes
- 18 Hvem slåss for alderspsykiatrien?
- 20 Du store verden: Hva forskere
tenker om hjernen
Geir Selbæk m. fl.
- 21 Bryt barrierene! Europeisk
alzheimerkonferanse
- 22 Et hjem for Jeppe
– Nytt sykehjemstilbud i Stavanger
- 27 Detektiver i sykehjem?
Ja takk, sier Jiska
- 29 Helsehjelp til pasienter uten
samtykkekompetanse:
Iverksettelse av loven utsettes
Øyvind Kirkevold
- 30 Sju Minutter-Testen – en kort test
for vurdering av kognitiv svikt og
demens hos eldre
Arvid Skjerve
- 33 Friminutt for pårørende
Torhild Bjørge
- 36 Pris for demensplan
- 37 I lovens navn: Pasienten eier
diagnosen
Arvid Fikseanet
- 39 Kanal for ventilering og læring:
Samtalegrupper gjennom tjue år
- 41 Teknikk & Demens i Norden
Astrid E. Andersen
- 42 Litteraturtjenesten/Biblioteket ved
Nasjonalt kompetansesenter for
aldring og helse
Eva Anfinnsen

En milepæl

Da Demensplan 2015 «*Den gode dagen*» ble offentliggjort 30. oktober, rundet demenspolitikken i Norge en milepæl. Prinsipper som fagmiljøet har hevdet i mange år er gjennom planen gjort til offisiell politikk. Som grunnlag for planen ligger Sosial- og helsedirektoratets rapport *Glemsk, men ikke glemt!* – et solid stykke arbeid. Her fins bakgrunn og begrunnelser for forslagene i «*Den gode dagen*», og rapporten bør leses sønder og sammen av alle som interesserer seg for demensfeltet. Og av dem som, enten de liker det eller ikke, har ansvar for planlegging og finansiering av tiltak for personer med demens i kommunene. Det er som kjent der de økonomiske beslutningene for omsorgsfeltet tas, og fordi øremerking av midler er blitt politisk fysisj, må gode demenskamerater la sine stemmer høre i den lokale budsjettprosessen. Ellers risikerer «*Den gode dagen*» og *Glemsk, men ikke glemt!* å bli hyllepunt, noe de avgjort ikke fortjener.

Alle som jobber i demensomsorgen kan nå se på departementalsk trykk at de gjør et viktig arbeid. Dette er en blomst til folk som står i spennende og viktige, men også tunge og krevende jobber, ofte med trange ressursmessige rammer. En som er opptatt av det de gjør, er Jiska Cohen-Mansfield – en guru innenfor internasjonal atferdsforskning. Hun hevder at miljøarbeid for personer med demens på sykehjem må bunne i detektivinnsats. Dette utdyper hun i Demens&Alderspsykiatri.

En annen oppgave som krever detektivkompetanse: Søk på ordet *alderspsykiatri* i forslaget til statsbudsjett for 2008. Vi gjorde null funn.

Kan vi håpe at neste milepæl handler om alderspsykiatrien?

Ragnhild M. Eidem Krüger

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



Allan Øvereng, poliklinikkleder, Alderspsykiatrisk poliklinikk,
Stavanger universitetssykehus

Viktig melding!!!

Fokus på demens fra helsemyndighetene

Sosial- og helsedirektoratet offentliggjorde 30. oktober rapporten *Glemsk, men ikke glemt*. Forordet sier at rapporten bidrar til å gi en beskrivelse av dagens situasjon og av tiltak som må iverksettes for å heve kvaliteten og øke kapasiteten i tjenestetilbudene til personer med demens. En rask gjennomlesning tyder på at direktoratets virkelighetsbeskrivelse og ambisjoner i stor grad harmonerer med oppfatninger i fagmiljøene. Dette er et meget viktig grunnlagsdokument og bør leses grundig både av fagfolk i demensfeltet og helseplanleggere.

Samtidig lanserte Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) Demensplan 2015, med undertittel «*Den gode dagen*». I forordet sier statsråd Sylvia Brustad at mye dreier seg om å holde blikket på enkeltmennesket og legge til rette for en meningsfull hverdag med gode øyeblikk, på tross av sykdom og funksjonssvikt.

Planen er utarbeidet på grunnlag av den nevnte rapporten og er en delplan av Omsorgsplan 2015. Bakgrunnen er at antallet personer med demenslidelse vil dobles i løpet av de neste 35 år, og at dette er en stor utfordring for lokalsamfunnet. Planen er også en erkennelse av at dagens omsorgstjeneste ikke er godt nok tilrettelagt.

Tre hovedsatsingsområder i Demensplan 2015

1. Dagtilbud

Man presiserer det kommunale ansvaret for slike tjenester med sosialtjenestelovens formulering om å «*bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre*». Demensplanen legger opp til et program for å prøve ut modeller for tilrettede dagtilbud. Så gjenstår det å se om denne bruken

av sosialtjenesteloven kan gjøre dagtilbud for personer med demens mer motstandsdyktige mot budsjettbalansekunstner i kommunene. Planen nevner muligheten for å lovfeste dagtilbud, og dette er vel riset bak speilet dersom kommunene ikke tar signalene på alvor. I Rundskriv I-5/2007 holder Regjeringen frem kultur, aktivitet og trivsel som helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. HOD sendte rundskrivet til alle landets kommuner og fylkesmenn i juni i år.

2. Bedre tilpassede botilbud

Man erkjenner i planen at 80 prosent av dem som bor i sykehjem har demenssykdom, men at mange sykehjem ikke er tilrettelagt for denne gruppen og bør bygges om. Videre poengteres det at alt som bygges og moderniseres bør tilpasses mennesker med demens. Man vil gjennom bruk av investeringstilskudd i Husbanken styre utbyggingen i riktig retning, og har beregnet behovet for institusjonsplasser til 12 000 frem til 2015.

3. Økt kunnskap og kompetanse

Her planlegges en allment rettet informasjons- og opplysningskampanje, satsing på samtalegrupper og pårørendeskoler, kompetanseheving for alle kommunalt ansatte, tettere oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, økt tverrfaglighet og satsing på forskning.

Planens fem kapitler

Grunnleggende prinsipper for en bedre demensomsorg

Demensomsorgen skal ikke være en særomsorg. Det blir fremhevet i planen at god demensomsorg er god omsorg for alle. Åpenhet og inkludering er stikkord som innebærer arbeid mot stigmatisering. Og man

legger vekt på samarbeid mellom alle involverte, også frivillige og lokalsamfunn. Videre nevnes betydningen av en sammenhengende tiltakskjede, av individuell tilrettelegging underveis og av tidlig intervensjon. Prinsippet «smått er godt» er også nedfelt både med hensyn til boenheter og organisering, og utearealer er nevnt. Til slutt nevnes honnørordene verdighet og respekt og at dette kan sikres gjennom faglig kompetanse hos hjelpere. Svært gledelig i denne sammenheng er en konkret plan for å bidra til refleksjon blant og veiledning av personell – et samarbeidsprosjekt mellom staten, Kommunenes Sentralforbund og yrkesorganisasjonene.

Utfordringene

Planen peker på følgende mangler i omsorgskjeden i dag:

Diagnostikk og medisinsk samhandling

Her er stikkordene samarbeid og ressurser i og organisering av spesialisthelsetjenesten. Dette blir ikke problematisert videre, og fra mitt ståsted i spesialisthelsetjenesten er det et tankekors at mange av tiltakene i planen er avhengige av ekspertise som fins i små miljøer. Disse skal nå drive mer klinisk arbeid samtidig som man er avhengig av denne ekspertisen for å drive frem mange av de tiltakene som skisseres. Her kreves en betydelig styrking.

For øvrig nevnes dagtilbud, støtte til pårørende og ansatte i kommunene og forskning og utvikling som viktige utfordringer.

Boligtilpassing

Man tallfester behovet for ombygging og nybygg til 37 000 plasser frem mot 2030, og disse skal være det vi i fagmiljøene har kalt skjermede enheter. *Smått er godt* er blitt en del av departementets vokabular, og man får lyst til å rope jippiiii!

Økende antall personer med demens

Forventet utvikling beskrives nasjonalt. Man lover en utfyllende kostnadsanalyse av demensomsorgen og skriver at «*all planlegging av omsorgstjenestene må ta utgangspunkt i at demens er en sterkt voksende årsak til behovet for tjenester*». Dette må høres av rådmenn! Dessuten er det en viktig melding til dem som har innvirkning på rekruttering og utdanning av helse- og sosialpersonell.

Strategiene og tiltakene

I denne delen spesifiseres planen. Av de tiltakene som ikke allerede er nevnt, bør nevnes:

- Man legger vekt på tiltak som kan settes inn før det blir aktuelt med heldøgnsstilbud

- Man vil bruke avtalen mellom regjering og KS om kvalitetsutvikling i kommunal omsorgstjeneste
- Omsorgstjenesteforskning skal prioriteres. Et eget forskningsprogram tilknyttet Norges forskningsråd (5 mill.) er etablert, og det skal etableres forsknings- og utviklingssentre (FOU) i alle helseregionene innen 2010
- I programperioden frem til 2010 skal flere prosjekter igangsettes. Disse skal knyttes til yngre personer med demens (3-årig program fra 2008), personer med minoritetsspråklig bakgrunn som utvikler demens (3-årig program fra 2008), personer med demens som har samisk bakgrunn og til personer med demens og utfordrende atferd.

Det skal igangsettes forsknings- og utviklingsprosjekt for å få kunnskap om tilrettelegging av tjenester og effekten av ulike behandlingsformer på følgende områder:

- Nytteverdien av miljøterapi og miljøbehandling (3-årig program fra 2008)
- Bruk av individuell plan til personer med demens
- Hvordan skjermede enheter i sykehjem fungerer
- Hvordan tilrettelagte bofellesskap fungerer som alternativ til institusjon
- Hvordan hjemmetjenestetilbudet bør utformes og bemannes
- Hvordan spesialisthelsetjenesten best kan følge opp de kommunale tjenestene og brukere med demens
- Hvordan IPLOS kan videreutvikles, slik at verktøyet kan gi økt kunnskap om behovet for å tilrettelegge og dimensjonere tjenestetilbudene til personer med kognitiv svikt
- Bruk og nytteverdi av tekniske hjelpemidler for personer med kognitiv svikt.

Det vil bli utviklet ulike opplæringsprogrammer til internt bruk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, herunder opplæringspakke i grunnleggende demenskunnskap og opplæringsprogram i demens og psykisk helse. Det skal også opprettes erfaringsbank i form av en nettportal.

Allerede fra 2008 ønsker departementet å få i gang

- investeringstilskudd i Husbanken for sykehjem og omsorgsboliger
- opplæringsprogram for frivillige, ansatte og pårørende
- styrking av videreutdanningen i geriatri og demens
- nasjonal strategi for styrking av helsetjenester for eldre med krav om regionale handlingsplaner med indikatorer og resultatmål

- faglig støtte og avlastning til pårørende gjennom oppretting av pårørendeskoler og samtalegrupper (3-årig program).

Legetjenesten i sykehjem skal økes med minst 50 prosent innen utgangen av 2010.

Økonomi og administrasjon

Hvordan skal så dette finansieres?

Hovedansvaret for dagaktivitet og omsorgstilbud ligger i kommunene. Planen forutsetter at fortsatt vekst i kommuneøkonomien vil gjøre det mulig å gjennomføre planens målsettinger. Kritiske tunger vil spørre etter øremerking av midler og sterkere styring for at ikke demensfeltet skal tape kampen om fokus og prioritering mot andre gode formål som har sterkere talsmenn.

Man hevder at dagtilbud vil dempe behovet for døgntilbud. Dette er jo et lønnlig håp, og dersom man lykkes med å etablere svært omfattende støtteordninger for pårørende, kan det ligge en gevinst i form av utsettelse av institusjonsinnleggelse her. Men dette krever støtte utover pårørendeskole og samtalegruppe. Kompetansetiltak skal finansieres gjennom Kompetanseløftet 2015.

Husbandens tilskuddsordning skal muliggjøre bygging og ombygging av institusjoner og omsorgsboliger.

Forskningen skal gradvis trappes opp som beskrevet i Omsorgsmeldingen, St.meld. 25 (2005-2006).

Demensplanens særskilte forsknings-, utviklings- og kompetansetiltak får 20 mill. i forslaget til statsbudsjett for 2008. Prosjektene IKT-basert utredning, IPLOS for personer med kognitiv svikt, kartlegging av kjøreferdigheter hos personer med demens, Prosjekt Individuell plan, Prosjekt årlige kostnader knyttet til demenssykdommer, og utvikling av kvalitetsindikatorer er finansiert, og man lover oppfølging i de kommende statsbudsjettene.

Planen skal revideres i 2011. Sosial- og helsedirektoratet har ansvar for gjennomføring av planen gjennom fylkesmennene. Direktoratet har organisert temagrupper som skal følge gjennomføringen.

Nasjonal kartlegging av tjenestetilbudet til personer med demens skal gjennomføres hvert fjerde år.

Konklusjon: Et gjennombrudd!

Personlig nøler jeg ikke med å si at lanseringen av disse to dokumentene markerer et gjennombrudd for norsk demensomsorg. Viktige realiteter og prinsipper er blitt nedfelt og en djerv plan for forbedringer er beskrevet. Man kan diskutere detaljer og prioriteringer, men hovedbudskapet er en sterk invitasjon til alle involverte til å kaste seg over dette materialet, finne ut hvordan det kan brukes i den enkelte sammenheng og ikke minst be om å få være med i det som blir en stor dugnad for å heve kapasitet og kvalitet i demensomsorgen.

En hovedutfordring bortsett fra at dette kommer til å koste mange penger, er etter mitt syn at en så bred satsing krever mange folk i utvikling og forskning, samtidig som det kliniske arbeidet skal forsterkes. Det betyr at fagmiljøer som skal drive denne utviklingen frem, både i primær- og spesialisthelsetjenesten, må styrkes.

■ AOV@sus.no

Rapporten *Glemsk, men ikke glemt* og Demensplan 2015 «*Den gode dagen*» kan lastes ned fra nettsiden www.aldringoghelse.no

Rundskriv I-5/2007

Aktiv omsorg – en sentral del av et helhetlig omsorgstilbud. www.regjeringen.no



Kurs & Konferanser 2008

Be om årets kurskatalog
Tlf.: 33 34 19 50
E-post: post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no



Om planer, penger og mysteriet med den forsvunne hånd

Demensplan 2015 «*Den gode dagen*» er en delplan til Omsorgsmeldingen (St.meld. nr. 25:2005-2006), og er behørig kommentert i artikkelen foran. Planen gir viktige signaler og kommer med konkrete forslag som det er god grunn til å glede seg over. Samtidig er vi spent på hva som faktisk vil skje i kommunene, og forslaget til statsbudsjett for 2008 er nødvendig lesning for å spore signalene fra *Demensplan 2015*.

Budsjettforslaget går ut på at 23,5 millioner kroner skal bevilges til *Demensplan 2015*, derav 5 millioner kanalisert gjennom Forskningsrådets program for helse- og omsorgstjenester. Demensforbundet i Nasjonalforeningen for folkehelsen skal styrkes. Følgende utviklingsprogrammer igangsatt i 2007 skal videreføres: Spredning av tilbudet om pårørende-skoler og samtalegrupper til alle landets kommuner, utvikling av gode modeller for dagtilbud til personer med demens og utvikling av gode samhandlingsmodeller for utredning og diagnostikk av demens. Det samme skal arbeidet med å utvikle og iverksette opplæring om demens for personell uten fagutdanning, og etablering av en nettbasert erfaringsbank og et emnebibliotek om demens.

Utover dette skal det settes i gang en del nye tiltak i 2008: Temaer er miljøterapi for personer med demens, tilbud for yngre personer med demens og tilbud til minoritetsspråklige med demens. I tillegg skal det satses på informasjon til brukere og pårørende.

En investeringsordning gjennom Husbanken, der det skal gis investeringstilskudd til 12 000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger i perioden 2008-2015, er et forslag vi krysser fingrene for. Prinsippet «smått er godt» skal være styrende for tildeling av tilskudd til kommunene, og det er en gledelig presisering. Vi håper også at Husbanken i sin kontakt med kommunene vil presisere behovet for tilrettelagte utearealer for personer med demens. Tilskuddet er beregnet på personer med behov for heldøgns omsorg, og måtte politikerne forstå at personer med demens i tillegg trenger stabilt, tilgjengelig og kompetent personale. For 2008 gis det tilsagn til omkring 1 000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger, og det foreslås en tilsagnsramme på 500 mill. kroner.

En bekymring tør vi gi uttrykk for: Når alle penger til kommunene legges inn i rammebevilgninger, må demensfeltet kjempe med alle andre gode formål når budsjettene skal behandles politisk. Det er for eksem-

pel ingenting i statsbudsjettet som kan friste kommunene til å bygge dagsentre for personer med demens, som det er stor mangel på i dag og som budsjettforslaget fremhever behovet for. Bare fire prosent av hjemmeboende personer med demens har et dagtilbud, og dagaktivitetstilbud er i mange kommuner det manglende ledd i omsorgskjeden.

Statsbudsjettet sier en god del om demens, og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse styrker sin sentrale stilling i demensarbeidet. En rekke igangsatte tiltak videreføres i regi av Kompetansesenteret. Dette gjelder blant annet utviklingsprogrammene om pårørendeskoler og pårørendegrupper, om diagnostikk og utredning og om dagtilbud og avlastning.

Utviklingsprogrammet Aldring hos mennesker med utviklingshemning (UAU) videreføres under navnet Utviklingshemning og aldring. For å gjennomføre dette foreslås det et årlig tilskudd på kr 3,5 mill. Mer om statsbudsjettets forslag på demensområdet: www.aldringoghelse.no

Den ene hånden og den andre?

Glemsk, men ikke glemt er Sosial- og helsedirektoratets solide bakgrunnsrapport for Demensplan 2015 «*Den gode dagen*». Foruten å gi bakgrunn for forslag til fremtidige tiltak innenfor demensområdet, formidler rapporten vesentlige synspunkter om alderspsykiatri, blant annet disse:

- Pasienter med atferdsmessige og psykiatriske symptomer ved demens (APSD) vil svært ofte ha behov for utredning og behandling i alderspsykiatrien (side 35)
- Kunnskap om samspillet mellom psykiatrisk og somatisk sykdom og farmakologiske forhold hos eldre er områder som gjør at det er behov for større legeinnsats i alderspsykiatrien enn i den generelle voksenpsykiatrien (side 69)
- Alvorlig grad av APSD bør utredes i alderspsykiatriske avdelinger. (...) Sykehusinnleggelse, kombinert med ambulant oppfølging etter utskrivning, er ofte nødvendig. I dag skjer dette i for liten grad (side 71).

Spent søker vi derfor på *alderspsykiatri* i statsbudsjettet. Resultat: 0 – null – funn. Er dette historien om den ene hånden som ikke vet hva den andre gjør, eller er det mysteriet med den forsvunne hånd?



Oskar H. Sommer, stipendiat UiO, konst. overlege alderspsykiatrisk avdeling
Sykehuset Innlandet HF, Reinsvoll

Psykofarmaka på sykehjem – tenk bivirkninger!

«Det er innlysende at (...) det må jobbes med å gi sykehjemsmedisinen et skikkelig kunnskaps- og prestisjeløft.»

De som er 80 år eller over, er den raskest voksende andelen av befolkningen i vestlige land. Psykiske lidelser hos eldre kommer til å bli en stor utfordring, og pleiebehovet vil vokse sterkt i årene fremover. Samfunnsfaktorer og politikk har stor innvirkning på kvaliteten av tilbudet i sykehjem. Det fins tydelige indikasjoner på at høy kompetanse og nok personale fører til mindre bruk av psykofarmaka. Dermed utsettes pasienter også for færre bivirkninger. Per i dag sliter vi med mangel på godt kvalifisert personale på mange sykehjem (1). Det er dokumentert at psykofarmaka brukes mye i norske sykehjem, men også verden over. En norsk undersøkelse viser at nær tre firedeler av pasientene på sykehjem brukte ett eller flere psykofarmaka (2). I denne artikkelen skal vi konsentrere oss om bivirkninger av psykofarmaka, men i tillegg komme inn på generell bruk av medikamenter hos eldre.

Medikamenter og eldre

Man må regne med hyppigere forekomst av bivirkninger hos eldre (figur 1, side 11). Sykdomsbildet hos eldre er mer komplekst enn hos yngre. Ofte består det av en blanding av degenerative og kroniske sykdommer og mer akutte somatiske og psykiske sykdommer. «Polymorbiditet» fører til polyfarmasi. En oversikt over dette fins i boken *Praktisk geronto-psykiatri* av Nils Christian Gulmann (3). Her gjengis en figur fra boken, som har overskriften: Olympiade-syndromet; det geriatriiske sykdomsbildet (figur 2, side 12).

Medikamenter som gis mot somatiske sykdommer, kan som bivirkning utløse psykiatriske lidelser. Som eksempel nevnes her depresjon (tekstboks 1). På sykehjem kan man ofte oppleve at pasienten står på medikamenter uten begrunnelse. De er blitt forskrevet av fastlegen eller på sykehus, men ingen spør seg om

det fortsatt er aktuelt å gi medisinene og om de bidrar til å øke pasientens livskvalitet og overlevelsessjanse. Innen alderspsykiatri tenker vi først på mulighet for seponering av medikamenter, eller om pasientens symptomer er en bivirkning eller interaksjon av medikamentbruk.

Et viktig punkt i valg av et psykofarmakum er, som ved valg av andre medikamenter til eldre, at man er bevisst på bivirkningsprofilen. Denne bestemmes i stor grad av farmakokinetiske og farmakodynamiske prosesser.

Farmakokinetiske forandringer hos eldre

Man kan kalle dette medikamentets reise gjennom kroppen, eller det kroppen gjør med medikamentet.

Tekstboks 1 Medikamenter og medikamentgrupper som kan utløse depresjon (i alfabetisk rekkefølge)

Antiepileptika
Antihypertensiva (betablokkere, ACE-hemmere, kalsiumantagonister, klonidin, metyldopa)
Benzodiazepiner
CNS-stimulantier
Digoxin
Histamin 2 reseptor blokker
Hormonerapi
Interferon alfa
Kortikosteroider
Levodopa
Lipidsenkende
Metoklopramid (Afipran)
NSAID
Tamoxifen

Det skjer i fire etapper: absorpsjon (opptak i kroppen), distribusjon (fordeling i kroppen), metabolisme (kjemisk forandring, nedbrytning) og ekskresjon (utskillelse). Det utgjør en forskjell om medikamentet reiser i ungdommens frodige landskap eller i eldres nedslitte spor. Alle fire etapper forandrer seg gradvis i løpet av livet og kan være påvirket i forskjellig grad hos den enkelte. Forutsigbarheten av virkning og bivirkninger minsker mer og mer dess eldre pasientene blir.

Farmakodynamiske forandringer hos eldre

Hvordan virker medikamentet på kroppen, hvordan oppstår ønskede og uønskede effekter, hvilke reaksjoner utløser medikamentet? Vi kan se på medikamentet som en nøkkel som passer inn i en eller flere låser – reseptorer, mottagere. Hos eldre kan antallet mottagere være redusert, noen kan være overaktive og forsøke å kompensere for en del mindre aktive. Degenerative forandringer i samarbeidssystemer i hjernen, ved for eksempel demens, kan gi helt andre effekter enn tilsiktet. Dette betyr en mye større variasjon av respons enn hos en ellers frisk voksen populasjon. Ved reseptoren kan det komme til konkurranse mellom forskjellige medikamenter, også her en interaksjonsmulighet og økt uforutsigbarhet hva angår virkningen. Man bør tenke på summasjonseffekten av forskjellige legemidler med lignende bivirkningsprofil. Eksempelvis øker sedasjonseffekten og risikoen for fall ved samtidig bruk av noen av de følgende: sove-medisin, anxiolytika, antihistaminika, antipsykotika eller antiepileptika. Det bør dessuten tenkes på antagonistisk effekt av to legemidler: Kolinesterase-

hemmer som skal øke acetykolin og et antikolinergt virkende middel (tekstboks 2). Her opphever det ene middelet virkningen av det andre.

Alt dette er grunnen til at det anbefales å tenke på prinsippet «Start low, go slow» ved oppstart av et medikament. For å være på den sikre siden bør man oftere ta serumspeilmålinger av psykofarmaka. I tillegg er det nødvendig med en nøyaktig klinisk observasjon og en hyppig kritisk evaluering av virkning og bivirkning. Mange eldre tåler ikke medikamenter i terapeutisk dose, og man oppnår ikke den ønskede effekten fordi bivirkninger ikke gir rom for dose-økninger.

Ved medikamentbruk hos eldre bør man være godt kjent med symptomene på overdose eller forgiftning. Det forekommer fortsatt at en pasient med digitalis-forgiftning blir henvist til alderspsykiatrisk vurdering på grunn av synshallusinasjoner og forvirring, eller at en pasient blir dårlig på grunn av en litiumforgiftning utløst av at man behandler høyt blodtrykk med ACE-hemmere, AT II-antagonister eller tiazider. Det samme kan skje hvis man bruker NSAIDs uten å tilpasse liti-umdosens.

Medikamentbruk ved demens

Flere undersøkelser har vist at ca 80 prosent av alle pasienter i norske sykehjem har en demenssykdom (2). Fordi hjernen er psykofarmakas målorgan, gir degenerative og andre forandringer i hjernen en helt annen utgangssituasjon for medikamentets mottagelse og effekt enn tilfellet er i en frisk hjerne. Under sykdomsforløpet påvirkes flere hjernefunksjoner, og tilpasningsevnen og reservekapasiteten reduseres. Mengden av signalstoffet acetykolin er ofte redusert og fører til ubalanse mellom dopamin og acetykolin. Det kan gi seg utslag i form av uro, irritabilitet, redusert oppmerksomhet og økt risiko for hallusinasjoner og delirium. Serotoninmengde og -reseptorer avtar, noe som trolig fører til depresjon, angst, irritabilitet og motorisk uro. Noen funksjoner begynner gradvis eller plutselig å svikte, andre hjerneområder eller -systemer forsøker å kompensere for dette. Redusert funksjon eller svikt på ett sted eller i ett system påvirker mange andre. Derfor har medikamenter hos personer med demens ofte mindre effekt og gir hyppigere og mer alvorlige bivirkninger. En spesielt utsatt gruppe er personer med Lewy legeme demens. De er spesielt følsomme for antipsykotika.

Bivirkninger ved behandling med psykofarmaka hos eldre

Sedasjon, tretthet: En hyppig bivirkning som ofte vedvarer mye lenger hos eldre enn yngre pasientgrupper og som kan bidra til balanseproblemer, fall og fraktur, mindre matinntak, økt fare for urinveisinfeksjoner og lungebetennelser og betydelig funk-

Tekstboks 2 Hyppig forskrevne antikolinergt virkende medikamenter hos eldre

Furosemid	Digoxin
Warfarin	Prednisolon
Hydroklorotiazid	Nifedipin
Isosorbid	Codein
Cimetidin	Ranitidin
Captopril	Detrusitol o.l.
Mydriatisk virkende øyedråper	Tricykliske antidepressiva
Antihistaminika 1. generasjon	Høydose anti-psykotika (Nozinan, Truxal..)
Antiparkinsonmiddel (Disipal, Akineton..)	

Mild antikolinerg virkning

Paroxetin	Olanzapin
Clozapin	Quetiapin
m.m.	

Antikolinerg virkning oppstår på grunn av blokkade av M(uskarin) 1 reseptor. Vær derfor oppmerksom på reseptorprofilen av diverse medikamenter.

sjonsfall. Pasienten blir raskt sengeliggende. Er bivirkningen utløst av antipsykotika, antidepressiva og anti-epileptika, oppleves sedasjonen mye mer ubehagelig av pasienten enn hvis den skyldes benzodiazepiner. Noen går så langt at de kaller effekten en muskulær arrest: Pasienten er urolig, men klarer ikke å utagere sin uro.

Ekstrapyramidale symptomer (EPS)

- Medikamentell parkinsonisme
- Akatisi
- Tardive dyskinesier
- Akutt dystoni. Forekommer hyppigere hos yngre og sjelden hos eldre.

Akatisi: En relativt hyppig bivirkning av antipsykotika, men også av antidepressiva hos eldre. Pasienten klarer ikke å holde armene og spesielt bena i ro. Dette ledsages ofte av sterk indre uro og kan føre til angst og depresjon, øke tendensen til vandring og fare for fall og fraktur. Akatisi kan forverres etter seponeringen av antipsykotika og kan vedvare lenge etterpå, akkurat som parkinsonisme.

Tardive dyskinesier: Oppstår hyppigere dess eldre pasienten er, spesielt ved degenerative hjerneforandringer. Består i ufrivillige, ofte svært sjenerende bevegelser, spesielt av tunge, lepper og kjeve, men kan også vise seg som vridninger og buktninger av nakken, ekstremiteter eller hele kroppen (økt forekomst og raskere opptreden i høy alder, ved demens og ved hjerneskadene). Dette er den mest fryktede nevrologiske bivirkning av antipsykotika fordi den kan vedvare livet ut på grunn av en irreversibel skade i basalgangliene, de sentrale hjernekjernene. Forverres nesten alltid den første tiden etter seponeringen. Noen ganger blir denne bivirkningen først synlig etter seponeringen.

Akutt dystoni: Muskelkramper i svelg, hals og nakke, torticollis. Pasienten kan skjære grimaser og lignende.

Ortostatisme: Forekommer ofte ved bruk av psykofarmaka (antipsykotika og antidepressiva) som binder seg lett til mottagerne alfa1 og alfa2. Blodtrykket faller når pasienten reiser seg, eller også mens pasienten sitter. Dette kan føre til svimmelhet, kvalme, oppkast, kortvarig bevissthetstap, fall og frakturer.

Det sentral-antikolinerge syndrom: Man bør unngå medikamenter med antikolinerg virkning (tekstboks 2) og alltid tenke på at flere medikamenter med svak antikolinerg effekt i sum kan gi betydelige problemer:

- Trethet, initiativløshet, hukommelsessvanser, konsentrasjonssvanser (kognitiv svekkelse)
- Stemningssvingninger, uro, vandring, irritabilitet

- Redusert hukommelse
- Desorientering, ataksi, vrangforestillinger, hallusinasjoner, medikamentindusert delirium.

Malignt nevroleptikasyndrom (MNS): En sjelden, men livsfarlig tilstand. Alle som forskriver antipsykotika samt pleiere på sykehjemsavdelinger bør kjenne til dette som et ledd i forsvarlig medikamentbruk. Man bør alltid tenke på MNS når en pasient som står på et antipsykotikum plutselig blir dårlig og viser følgende symptomer:

- En del ekstrapyramidale symptomer (EPS):
Pasienten kan bli helt stiv
- Hypertermi – høy feber
- Forvirring, delirium
- Labilt blodtrykk
- Tachykardi (høy pulsfrekvens)
- Inkontinens
- Forhøyet S-CK og hvite blodlegemer

OBS! Pasienter med Lewy legeme demens (LBD) er spesielt følsomme overfor antipsykotika og utvikler EPS og MNS hyppigere!

Ved MNS må pasienten innlegges akutt på nærmeste intensivavdeling. Man kan ikke vente til legen kommer etter helgen!

Serotonerg syndrom: En sjelden, men potensielt dødelig bivirkning av antidepressiva (AD). Oppstår særlig når man kombinerer flere AD eller AD med litium. Når det oppstår følgende symptomer bør man tenke på serotonerg syndrom:

- Høy feber innen få timer
- Tremor
- Delirium
- Blodtrykksproblemer – kan gå så langt som vaskulært sjokk.

Legemiddelgrupper og bivirkninger

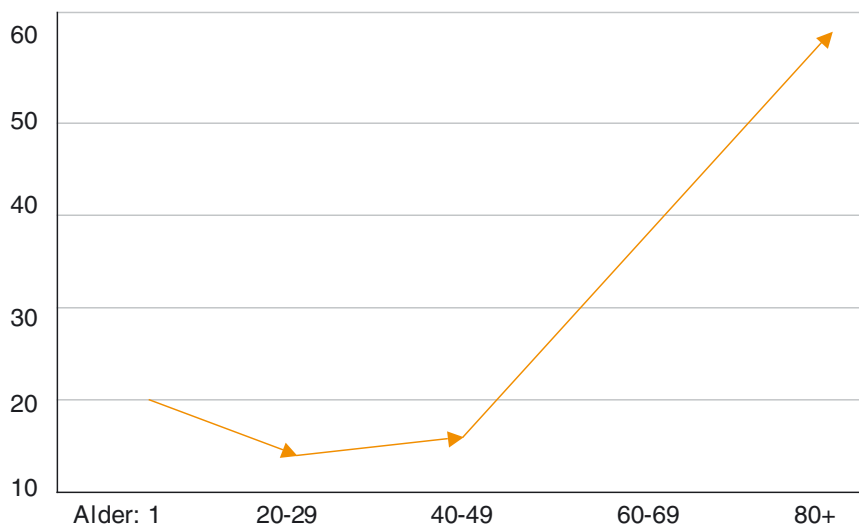
I det følgende ser vi på de mest brukte psykofarmakagrupper på sykehjem. I parentes oppføres det prosenttall av pasientene på sykehjem som tar et medikament av denne legemiddelgruppen i den nevnte norske studien. Der deltok 1163 pasienter innlagt på sykehjem (2). Det legges spesielt vekt på bivirkninger.

Antipsykotika (24,0%)

Blir fortsatt en del brukt i behandling av atferdssymptomer og psykiatriske symptomer ved demens (APSD). Nasjonale og internasjonale legemiddelmyn-digheter og eksperter advarer imidlertid mot å bruke dem på grunn av økt fare for akutte cerebrovaskulære hendelser og betydelig økt forekomst av andre alvorlige bivirkninger (4-7). Schneider et. al. (6) kommer til konklusjonen: «Farmakologisk behandling av APSD er ikke særlig effektiv.» De medikamentene som har best

**Hyppeghet av medikamentbivirkninger pga av økende alder:
per 10.000 innbyggere**
(linear progresjon etter 40/50 års alderen)

Figur 1



Ghose K. The need for a review journal of drug use and the elderly. *Drugs Aging*. 1991;2-5.

dokumentert effekt (risperidon og olanzapin) er beheftet med de alvorligste bivirkningene, som økt forekomst av slag og mortalitet. Konklusjonen er: «Bivirkninger tilintetgjør fordelene» (6). I tillegg bør man være oppmerksom på at høydose antipsykotika ikke skal brukes hos eldre på grunn av den sterke antikolinerge effekten.

Kjente bivirkninger ved bruk av antipsykotika hos eldre, og spesielt hos personer med demens, er: ekstrapyramidale symptomer (EPS), ortostatisme, sentral antikolinerg effekt (hos antipsykotika med høy muskarin reseptoraffinitet), økt kognitiv svekkelse, sedasjon (høy histamin1-reseptoraffinitet). Initiativløshet og apati kan øke og pasienten kan utvikle depresjon. Det kan hende at man har behandlet vrangforestillinger, men bivirkningene fører til at en tidligere selvhjelpen pasient plutselig trenger betydelig mer pleie. Metabolske bivirkninger (diabetes, hyper-lipidemi med flere) er spesielt viktige hos yngre, men har ofte ikke så stor betydning hos eldre. MNS: En sjelden, men livsfarlig bivirkning er malignt nevroleptika syndrom.

Hvis man etter en grundig vurdering allikevel ønsker å forskrive et antipsykotikum, anbefales det å diskutere risikoen med pasienten hvis mulig og pårørende, og dokumentere dette i journalen. Personalet på avdelingen bør informeres nøye om mulige bivirkninger og behov for god dokumentasjon. Det bør startes med lav dose, og effekten skal vurderes ofte. Det er anbefalt å prøveseponere etter tre måneders bruk.

Antidepressiva (38,3%)

Depresjoner hos eldre bør behandles. Av og til er de en bivirkning av et legemiddel (tekstboks 1), og man bør da vurdere å seponere dette. Noen ganger kan dårlig ernæringstilstand, ensidig kost og mangel på folinsyre og vitamin B12 ha skylden for en depressiv tilstand. Ved demens kan det være vanskelig å skille mellom apati og depresjon. Virkningen av antidepressiva (AD) er ikke så god som hos eldre uten demens. Mange studier viser at AD er mye brukt hos eldre på sykehjem. Ved valg av AD bør man tenke på reseptorprofilen og utnytte den når man skreddersyr behandlingen til symptombildet hos den enkelte pasient. AD blir også ofte brukt ved andre indikasjoner enn depresjon: angst, uro, emosjonell dysregulasjon ved demens, dårlig matinntak, som sederende ved søvnforstyrrelser eller som aktiverende ved for eksempel apati.

Bivirkningene kan deles inn etter tidspunktet de oppstår på. Spesielt i *oppstarten* med AD kan det forekomme uro, angst, hodepine, kvalme, gastrointestinale problemer, sedasjon med mer. Vanligvis er disse symptomene forbigående, men kan, spesielt hos eldre, vedvare og føre til at man blir nødt til å seponere medikamentet. Tricykliske AD (TCA) har god virkning mot depresjon, men bivirkningsprofilen (sentral og perifer antikolinerg effekt) og forgiftningsfaren gjør at de blir lite brukt innen alderspsykiatri i dag. Unntaket er nortriptylin, som har vist effekt hos eldre i studier og som fortsatt kan brukes hos eldre personer uten demens.

Bivirkninger som kan oppstå *etter en tids bruk eller vedvare så lenge man tar AD*, er vektøkning, svimmelhet, balanseproblemer, ortostatisme eller høyt blodtrykk, økt falltendens, akatysi, serotonergt syndrom, antikolinerge bivirkninger som munntørrehet, obstipasjon, urinretensjon, spesielt ved prostatahypertrofi, glaukom, ledningsforstyrrelser på hjerte og delirium (TCA). SSRIs er godt tolerert hos eldre og hos pasienter med kognitiv svekkelse og demens (8-10).

Ved *bråseponering* kan det oppleves sterkt ubehag, spesielt svimmelhet, angst, uro og nevrologiske plager som lynaktige nedslag i hodet og kroppen, og rykninger. Disse avtar vanligvis etter noen få dager, men i noen tilfeller tar det to uker. Det bør derfor unngås å seponere et AD brått. Trapp ned sakte, slik man trapper opp sakte i starten.

Etter bruk av et AD i et halvt år bør man tenke på å prøveseponere det. Det forekommer ikke så sjelden at en pasient står i årevis på et AD uten at man rører ved det. På den andre siden kan det ta lang tid før et AD virker hos eldre. Ikke seponer før det er blitt prøvd i tilstrekkelig dose over ca seks uker.

Anxiolytika (24,1%)

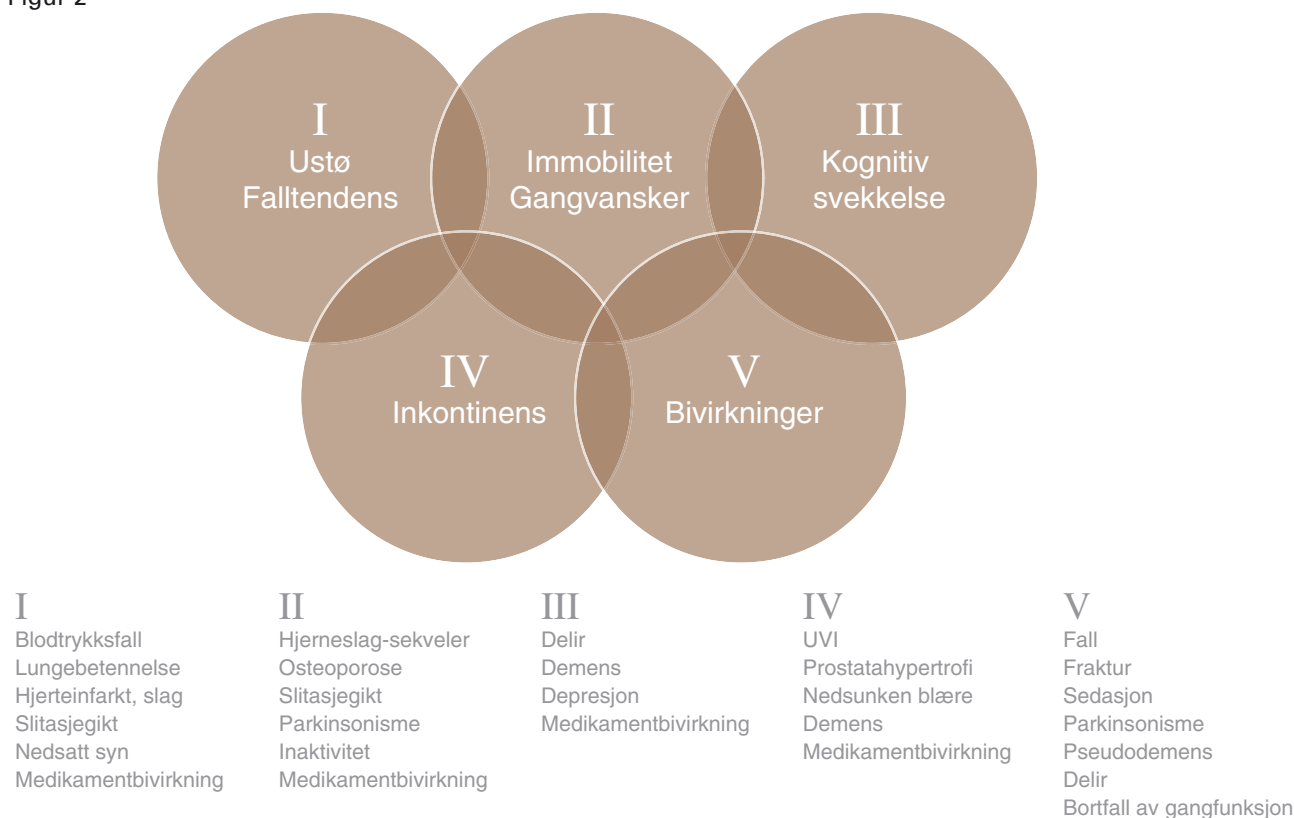
Det er stort sett benzodiazepiner som brukes. De har et betydelig potensial for å være vanedannende. Hos de eldste på sykehjemmet er kanskje ikke dette det største problemet, men det følger mange andre bivirkninger med. Toleranseutviklingen fører til at man er nødt til å forskrive høyere doser. Jo høyere dosen blir, dess mer påvirkes også andre funksjoner i hjernen. Kognisjonen dempes og pasienten kan få problemer med balansen blant annet på grunn av nedsatt muskelstyrke. Som følge av dette kommer reduksjon av funksjon og økt fare for fall. En kohortstudie har vist at de som bruker benzodiazepiner har høyere risiko for kognitiv svekkelse, spesielt de som bruker høyere doser (10). Benzodiazepiner kan indirekte føre til at faren for lungebetennelser øker, og de kan dessuten utløse depresjoner.

Ved forsøk på å trappe ned kommer avvenningsuroen. Mange mistolker den som et bevis på at pasienten fortsatt har effekt av behandlingen. Ved seponering fremkalles det også alltid et såkalt «rebound»-fenomen, det vil si at angsten man dempet

Olympiade-syndromet; det geriatriske sykdomsbildet

(Praktisk gerontopsykiatri, Nils Christian Gulmann, 2001)

Figur 2



kommer for fullt eller enda sterkere tilbake. Lette abstinenssymptomer kan gi et visst ubehag, svimmelhet, søvnproblemer og angst. Ved uttalt abstinens ser man tremor, svette og kramper inntil abstinensdelirium. Det er derfor viktig å trappe ned sakte før seponering. Det anbefales å bruke anxiolytika bare over en periode av to til tre uker mens man starter opp med et AD i tilfeller hvor pasienten har mye uro og angst eller en agitert depresjon.

På grunn av begrenset plass kan denne artikkelen ikke gå inn på antiepileptika og litium som stemningsstabiliserende, eller på acetylkolinesterasehemmere og bivirkningsprofilene disse medikamentene har.

Konklusjon

Det vises igjen til «Olympiade-syndromet» (Figur 2) som demonstrerer hvor komplekst det er å behandle eldre med mange forskjellige sykdommer og delvis sviktende organsystemer. Interaksjoner mellom medikamenter og bivirkninger kan by på en stor utfordring ved ønske om medisiner, men ikke minst på etiske problemstillinger og spørsmål om livskvalitet. Når

man tar i betraktning pasientens helhetssitasjon, er det viktig å tenke på psykososiale faktorer, miljøtiltak, holdninger, arkitektoniske forhold, mulighet for mosjon, ernæring og mye mer. Ofte unngår man da medisiner. Er man nødt til å forskrive et medikament, gjelder det å velge et med minst mulig bivirkninger, som er kompatibelt med det pasienten står på fra før og som man kjenner godt. Sjekk interaksjonene på websiden www.interaksjoner.no Jo eldre folk blir, desto mer forskjellig er deres reaksjon på medikamenter. Pasientene på sykehjem i dag er dårligere enn for ti år siden (11), og sykehjemmene får i større og større grad sykehusfunksjon. Det er innlysende at det kreves mye kunnskap og at det må jobbes med å gi sykehjemsmedisinen et skikkelig kunnskaps- og prestisjeløft.

■ oskarsommer@yahoo.com

«Vær Varsom plakater»

Spør deg alltid først

- Kan vi seponere noen medisiner – kan pasientens symptom være en bivirkning av et medikament?
- Fins det ikke noe annet vi kan gjøre enn å bruke et medikament?
- Ville jeg ha gjort det samme hvis jeg selv var i pasientens situasjon?

Eldre reagerer mye følsommere på psykofarmaka

- Tar deg tid til en god medikamentanamnese
- Start low – go slow
- OBS på interaksjoner mellom medikamenter
- Tenk oftere på å ta serumspeilmålinger
- Ha gode rutiner for registrering av virkning og bivirkninger
- Se opp for antikolinergika – eldre har lavere terskel for å utvikle delirium
- Ikke glem å prøve å seponere.

Referanser

1. Førde R, Pedersen R et al. Får eldreomsorgen nok ressurser? Tidsskrift for Den norske lægeforening. 2006;126:1913-6.
2. Selbæk G et al. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes, International Journal of Geriatric Psychiatry 2007;22:843-9; se også Demens & Alderspsykiatri, vol.11, nr.1, 2007, 8-11.
3. Gulmann NC. Praktisk gerontopsykiatri. 3 utg. København: Hans Reitzels Forlag, 2001.
4. Statens legemiddelverk. Medikamentell behandling av atferdsforstyrrelser og psykologiske symptomer (BPSD) hos personer med demens. <http://www.legemiddelverket.no/terapi/2004/bpsd%2Ddemens.htm> (10.1.2005).
5. Schneider LS, Dagerman K et al. Efficacy and Adverse Effects of Atypical Antipsychotics for Dementia: Meta-analysis of Randomized, Placebo-Controlled Trials. American Journal of Geriatric Psychiatry 2006;14:191-210.
6. Schneider L, Tariot P et al. Effectiveness of Atypical Antipsychotic Drugs in Patients with Alzheimer's Disease. New England Journal of Medicine. 2006; 355:1525-38.
7. Sink KM, Holden KF et al. Pharmaceutical treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia. A review of evidence. Journal of American Medical Association 2005; 293:596 - 608.
8. Taragano FE, Lyketsos CG et al. A double-blind, randomized, fixed-dose, trial of fluoxetine vs. Amitriptyline in the treatment of major depression complicating Alzheimer's disease. Psychosomatics. 1997;38:246-52.
9. Nyth AL, Gottfries CG. et al. A controlled multicenter clinical study of citalopram and placebo in elderly depressed patients with and without concomitant dementia. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1992;86:138-45.
10. Hanlon IT, Horner RD et al. Benzodiazepine use and cognitive function among community-dwelling elderly. Clinical Pharmacological Therapy. 1998;64:684-92.
11. Waaler HM. Pleiebehov blant mottakere av kommunale omsorgstjenester. Tidsskrift for Den norske lægeforening. 2005;125:1012-4.



Kjell Martin Moksnes, seksjonsoverlege, Ullevål universitetssykehus, Psykiatrisk divisjon. Alderspsykiatrisk avdeling

Selv mord hos eldre

«...det er en urovekkende høy selvmordsrate etter for kortvarige innleggelser.»

Gjennom mange år har eldre menn over 80 år hatt høyest forekomst av selvmord i Norge. Selvmordsraten i alle aldersgrupper har de siste 30 år vært større enn forekomsten av selvmord midt på 1800-tallet, da Norge var et fattig land. Det er fortsatt grunn til å stille spørsmål om hvordan vi skal forstå dette og hva vi kan gjøre for å bedre forholdene.

Forekomst av selvmord hos eldre

Figur 1 (side 17) viser antall selvmord hos personer over 70 år i Norge fra 1951 til 2004 (1). Vi ser at det var en sterk økning til toppen ble nådd i begynnelsen av 1990-årene, men senere har det vært en reduksjon, særlig hos kvinner. Det siste året vi har tall fra er 2004. Mens forekomsten av selvmord hos eldre menn har ligget høyt i mange år, hadde unge menn i aldersgruppen 20-29 år en kraftig økning i 1970-80-årene og nådde samme nivå som eldre menn. Selvmord blant yngre kvinner økte mer enn hos eldre kvinner. Hittil er det økningen blant unge som har vakt mest oppmerksomhet. På verdensbasis regner WHO med at det gjennomføres ca 800 000 selvmord per år. Dette er mange flere enn de som dør i kriger, eller som er offer for vold og mord. Tallet er omtrent på høyden med det antall mennesker som dør i trafikkulykker.

Tabell 1 viser antall selvmord hos personer over 60 år i året 2004. Utviklingen gjennom de siste 50 årene for aldersgruppene over 60 år er vist i tabell 2. Eldre av begge kjønn har hatt en høyere forekomst enn

gjennomsnittet av alle aldersgrupper. Hos kvinnene har selvmordsraten vært høyest i aldersgruppen 60-69 år. I alle aldersgrupper er det en høyere forekomst blant menn. Eldre menn over 80 år har mer enn fire ganger så høy forekomst som kvinner i samme alder. I aldersgruppene 70-79 år og 20-29 år er den to-tre ganger høyere. Antall selvmord blant eldre steg bekymringsfullt i flere år. Gjennom 30 år frem mot 1993 var det en fordobling av andelen selvmord blant eldre kvinner, men andelen er nå redusert og nærmer seg nivået vi hadde for 50 år siden.

I Norge ble det i toppåret 1988 registrert 708 selvmord, eller 16,8 per 100 000 innbyggere. Man regner med ca 25 prosent mørketall, slik at det reelle antall selvmord var nærmere 900. Det har totalt vært 25 prosent reduksjon i tallene fra 1988 til 2004. Det er god grunn til å tro at den nasjonale satsningen for å redusere antall selvmord har betydd mye.

Det er store forskjeller landene imellom. Forekomsten av selvmord er høy i de østeuropeiske land og i Finland. Norge ligger nå på nivå med Danmark og Sverige, men forekomsten er høyere enn på Island og i Storbritannia.

Hvilke metoder bruker eldre?

Eldre benytter alle metoder for å avslutte livet (2). Den vanligste metoden hos eldre kvinner er drukning, hos menn skyting. Eldre begår oftere enn andre passive selvmord, idet de mister lyst til å leve og slutter å ta vare på seg selv. Eldre avviser også i større grad næringstilførsel, og de slutter å ta medisiner. De utsetter å søke behandling for somatiske lidelser og tar større sjanser når det gjelder helsen. Derfor er det sannsynligvis en underregistrering av selvmord hos eldre.

For å fange opp signaler må risikofaktorer kartlegges

Å miste en nærstående person øker risikoen for selvmord. Mange som nylig er blitt enker eller enkemenn opplever en type livstruende ensomhet preget av tomhet, meningsløshet og håpløshet (3). Mennesker

Tabell 1

Antall registrerte selvmord hos eldre i Norge i 2004

Alder	Menn	Kvinner	Totalt
60 - 69 år	37	22	59
70 - 79 år	26	10	36
80 +	20	6	26
Sum 60 +	83	38	121
Sum alle aldre	359 (68%)	170 (32 %)	529

121 personer over 60 år tok sitt liv i 2004.

Dette er 23 prosent av alle selvmord.

Tabell 2**Selvmordsrate per 100 000 innbyggere de siste 50 år.****Eldre menn og kvinner er sammenliknet med gjennomsnittet for alle aldersgruppene****Menn**

Alder	1951-55	1961-65	1971-75	1976-80	1981-85	1986-90	1991-95	1996-00	2001-04
60 - 69	25,0	20,9	22,0	25,2	28,8	30,6	27,4	24,6	19,9
70 +	18,1	19,2	19,4	23,4	23,5	29,8	27,8	24,7	24,2
Alle aldre	11,1	11,6	13,8	17,2	20,7	22,9	20,5	18,4	16,7

Kvinner

Alder	1951-55	1961-65	1971-75	1976-80	1981-85	1986-90	1991-95	1996-00	2001-04
60 - 69	8,2	5,8	8,6	9,7	12,0	13,1	12,1	8,9	9,0
70 +	4,5	4,5	4,0	4,3	6,6	8,9	8,8	5,9	4,8
Alle aldre	3,3	3,4	4,7	6,3	7,3	8,2	7,1	6,3	6,2

Tallene er årsgjennomsnitt for perioden.

med psykiske lidelser er spesielt utsatt (4). Den følelsesmessige ensomhet er av større betydning enn den sosiale ensomheten. Personer med høy alder, kronisk sykdom, alkoholmisbruk og langvarige/sterke smerter er spesielt utsatt. Menn har en særlig risiko. Det samme har personer som opplever betydelig økonomisk tap eller som mister sosial anseelse. Jo dårligere det sosiale nettverket er, jo større er selvmordsfaren. Selvmord i slektens historie utgjør en spesiell risiko, og personer med tidligere selvmordsforsøk er også svært utsatt. I Norge er selvmordsraten høyere i byområder enn i landområder.

Selvmordsforsøk er hyppigst blant kvinner og yngre personer. I Europa er forholdstallet mellom selvmordsforsøk og selvmord i aldersgruppen 15-30 år som 40 : 1, mens den i aldersgruppen over 60 år er 3 : 1. Dette betyr at flere eldre som forsøker å ta sitt liv lykkes, og at forsøk ikke så ofte er et rop om hjelp som tilfellet er hos yngre. Et selvmordsforsøk hos en eldre person må derfor tas på ramme alvor, og en skal huske at risikoen er særlig stor det første året etter et forsøk.

I det øyeblikk en person snakker om sine selvmordstanker, øker risikoen 10 ganger. Et selvmordsforsøk øker risikoen ytterligere 10 ganger. Depresjoner og andre alvorlige psykiatriske tilstander øker risikoen 20 ganger. Alkoholmisbruk er også en betydelig risikofaktor. Alkohol ble funnet i blodet hos 20-30 prosent av de eldre som tok sitt liv (5). De siste ukene før selvmordet er gjerne preget av isolasjon, søvnløshet, innnevring og flukt fra virkeligheten. Pasientens egen opplevelse av sykdommen er viktig. Noen eldre føler seg som en belastning for sin familie. De vil ikke på noen måte bli avhengige av andres hjelp. De som oppsøker legen sin før selvmordet klager heller over forstoppelse, smerter og tap av energi enn å klage over depresjon direkte. I Barracloughs studie var de

mest fremtredende symptomer måneden før selvmordet vedvarende innsøvningsvansker, vekttap, skyldfølelse og hypokondri (6).

Er selvmord den ytterste konsekvens av opplevd ensomhet? En rekke studier viser at ensomhet er en risikofaktor for selvmord, enten alene eller i samspill med andre faktorer. Opplevelsen av ensomhet kan for noen være positiv, mens den for andre kan utløse smerte, lav selvfølelse og håpløshet (7). Hos personer over 70 år som ble innlagt på Ullevål universitetssykehus etter selvpåført forgiftning, oppga de fleste ensomhet og isolasjon som grunn for handlingen (8).

En typisk høyrisikoperson er en eldre mann som bor alene og som er i sorg etter et nylig dødsfall. Han kan ha smerter, kroniske helseproblemer og har kanskje også nylig gjort et selvmordsforsøk. Han kan også lide av en psykisk lidelse som depresjon eller mild demens. Langtkommet demens synes å være en beskyttende faktor.

Flere studier blant eldre som har forsøkt å ta sitt liv, har vist lave verdier av 5-hydroxy-indoleddisyre (5-HIAA) og homovanillinsyre (HVA) i væsken som omgir hjernen. Dette antyder at det kan være biologiske komponenter i selvmordsprosessen.

I hvilken grad eldre med personlighetsforstyrrelser er involvert i selvmordstatistikken, er lite undersøkt. Den profil en ser hos unge, med impulsivitet, antisosial og aggressiv atferd, stemningslabilitet og avhengighet av stoff og alkohol, ser en mye sjeldnere hos eldre. Det er viktigere å kartlegge personens respons på tap og forandring enn å klassifisere vedkommende i noen bestemt personlighetstype.

Hvorfor begår så mange eldre selvmord?

Eldre har ofte mange og store tapsopplevelser. Ved pensjonsalder må en forlate arbeidet og kollegene. Noen får en svekket funksjonsevne, den sosiale status

forringes, venner dør og barna får mindre tid til kontakt på grunn av arbeidspress og egne familier. Syn og hørsel svekkes og noen blir avhengige av andres hjelp. Har en lite å sette i stedet for det man taper, kan ensomhet og tomhet bli overveldende og en blir lett isolert med redusert selvfølelse.

Mangel på sosial integrasjon er et nøkkelbegrep når det gjelder å forstå selvmord. Velferdsstudier gjennomført i Danmark og Norge i perioden 1973-1981 viste at et lavt sosialt integrasjonsnivå var korrelert med høye selvmordstall, særlig for kvinner, men også for menn.

For å forstå fenomenet selvmord er det ikke tilstrekkelig å fokusere på enkeltpersoners historie. Sosiale og kulturelle faktorer sammen med politiske avgjørelser skaper holdninger som betyr mye for eldres opplevelse av den verdi de representerer i samfunnet. Enkelte samfunn verdsetter i høyere grad ungdom, helse, skjønnhet, effektivitet og verdiskapende produktivitet. Dette kan gi eldre en følelse av håpløshet, fortvilelse og verdiløshet. Teknologiske nyvinninger gjør at noen eldre ikke henger med i arbeidslivet og ellers. Eldre finner ikke lenger sin naturlige plass og noe å kjempe for, og dette kan øke lysten til å avslutte livet. Tidligere sank selvmordsraten under krig og ved velstand. Nå ser det ut til at velstand ikke beskytter lenger. Religionen tjente tidligere som en beskyttelse, og gjør nok det fortsatt, særlig der en finner en dyp og personlig tro, men ved en alvorlig depresjon må en ikke stole for mye på dette (9).

Utredning av selvmordsrisiko

Tre av fire eldre som tar sitt liv, har konsultert lege den siste måneden. De fleste har den siste uken fortalt både til familien og helsepersonell at de går med selvmordstanker. Den vanligste feilen omgivelsene gjør er at de tenker at depresjonen virker mild og forståelig. De tenker at det er naturlig å ønske å dø når en er gammel og tilsynelatende lever et kjedelig og ensomt liv. Noen blir ikke diagnostisert som deprimerede, og mange får ikke adekvat behandling. Selvmordstanker er vanlig ved depresjon, og følgende temaer kan være aktuelle å komme inn på i en samtale hvor en vil undersøke selvmordstankene:

- Har du hatt store søvnvansker de siste nettene?
- Føler du at livet er et ork og at det vil være bedre å være død?
- Bekymrer du deg for å bli en byrde for familie eller venner?
- Føler du at familie, venner og du selv ville ha det bedre hvis du var død?
- Har du merket at du drikker mer eller tar flere sjanser enn før?
- Føler du deg spesielt verdiløs, syndig eller skyldig?

- Har du noen gang tenkt på å ta ditt liv eller planlagt hvordan du skulle gjøre det?
- Har du prøvd å skade deg selv noen gang?
- Hvor nær har du vært et forsøk på å skade deg selv?
- Hva hindret deg i å utføre det?
- Har du sterke gjenforeningslengsler til en som er død?
- Hvordan ser fremtiden ut? Virker den mørk og håpløs?

Karsten Hytten (10) anbefaler i tillegg å gjøre følgende kliniske vurderinger av faren for selvmord:

1. Pasientens tidligere evne til å mestre belastninger, spesielt tap
2. Pasientens sårbarhet for livstruende affekter som forlatthet, selvforakt og morderisk raseri
3. Pasientens støtteressurser i omgivelsene og tilgjengeligheten av disse
4. Forekomst av dødsønsker og -fantasier og deres emosjonelle betydning
5. Pasientens evne til realitetstesting.

Mer enn åtte av ti eldre som tar sitt liv er deprimerede. Alle eldre med selvmordstanker og depressive symptomer bør derfor utredes grundig. Ved å spørre om symptomer kan en finne ut om det foreligger en depresjonssykdom og om den er av mild, moderat eller alvorlig grad. Sykehistorien gir opplysninger om hvorvidt det er en førstegangsdepresjon eller om den er tilbakevendende. Har det forekommet en periode med oppstemthet, somatisk syndrom, somatiske sykdommer, smerter eller et rusproblem? Hvilke personlighetstrekk er fremtredende hos pasienten, og forekommer hallusinasjoner eller vrangforestillinger? Er pasienten impulsiv og handlekraftig? For å vurdere selvmordsrisikoen er det viktig å forstå personens verdisystemer. I hvilken grad tror han på livets ukrenkelighet og på livet etter døden? Hvor intens er håpløshetsfølelsen? De aller fleste pasienter er svært takknemlige for å snakke ut om tankene sine. Mange er ambivalente til sine tanker og ønsker. Noe i dem vil dø, men det er også noe i dem som vil leve.

Selvmord blant eldre kan forebygges

Alt som kan bedre eldre menneskers levevilkår og livskvalitet vil bidra til å forebygge selvmord. Å redusere sykdom, ulykker, skilsmisser, alkoholbruk og smerte for den enkelte vil være forebyggende på flere måter. Likedan gjelder det å motarbeide krefter som får eldre til å bestemme seg for at det ikke lenger er noen plass for dem, og at det ikke lenger er noe å kjempe for.

Det viktigste forebyggende tiltak for enkeltpersoner er at depresjon diagnostiseres tidlig og behandles adekvat. Det innebærer at helsepersonell klarer å

gjenkjenne depresjonen og at de har et aktivt forhold til å gjøre noe for pasienten. Legens eller psykologens vurdering og en grundig samtale med pasienten er meget viktig. Helsepersonell anbefales å trekke de pårørende inn i drøftelsene. Pasienten må få vite at han kan ta kontakt eller ringe når behovet er der, i stedet for å handle destruktivt. Gjør gjerne en avtale med pasienten om at han ikke skal skade seg under behandlingsperioden, og gi hverandre et håndtrykk som tegn på dette løftet.

Ved alvorlig selvmordsfare bør pasienten henvises til psykiater eller innlegges i sykehus. Her kan andre tiltak settes inn som beskyttelse: samtalebehandling, legemiddelbehandling, elektrostimulasjonsbehandling og støttegruppe. Dersom pasienten innlegges er det viktig at oppholdet ikke bare blir en kortvarig akuttinnleggelse. Mange sliter med dårlig psykososial fungering og det er en urovekkende høy selvmordsrate etter for kortvarige innleggelser. Det er også meget viktig at pasienten får god oppfølgende behandling. Det er viktig at isolasjon brytes, og at pasienter med flere depresjonsperioder får kontinuerlig behandling eller profylaktisk terapi. Enkle tiltak som å sende postkort til pasienter som har vært innlagt på sykehus etter selvpåført forgiftning, i de første 12 månedene etter utskrivning, reduserer både selvmord og andelen som gjentar selvpåført forgiftning (11).

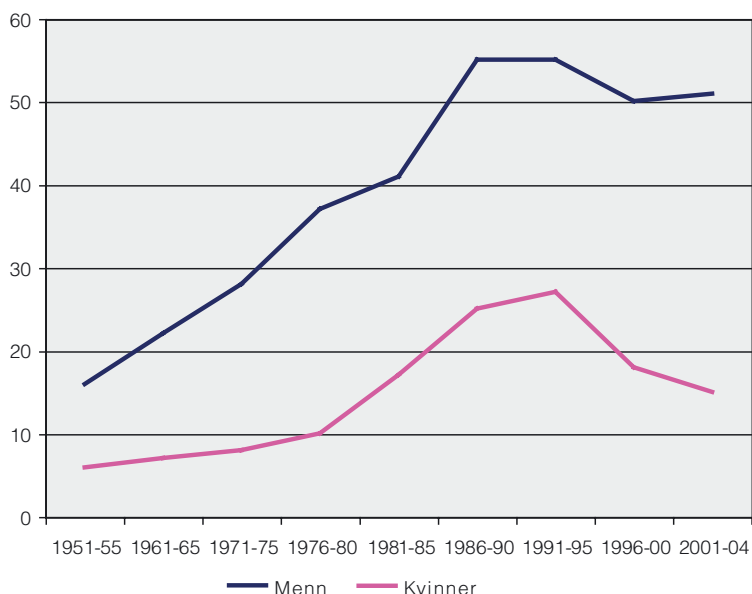
Det sosiale nettverkets betydning er understreket av Dalgard i 1989 (12). Nødvendige sosiale beting-

elser er å ha tid, kontinuitet i sosial kontakt og mulighet for å gjøre ting sammen. Romslighet og sosial integrasjon er viktig. Det er færre selvmord i land med lavere skilsmissehyppighet, alkoholforbruk og kriminalitet, og der stoffmisbruket er mindre utbredt. I Norge er det laget en nasjonal plan for forebygging av selvmord, og i alle fylker er mange tiltak satt i verk på et bredt plan. Kirkens SOS er mottakelig for telefoner fra fortvilte mennesker og Telefonkontakt for eldre organiserer frivillige telefonvenner som ringer regelmessig til dem som benytter seg av tjenesten.

Helseforetakene må ha aktive alderspsykiatriske enheter som har kapasitet til å ta imot pasienter til innleggelse på kort varsel. Av og til må en anvende tvangsparagrafene i lov om psykisk helsevern for å få pasienten innlagt. Pasienter med vrangforestillinger eller agitert depresjon har en større risiko for selvmord, særlig når innholdet handler om skyld og forfølgelse. Slike pasienter krever en høy intensitet i behandlingen, enten med ECT-behandling eller en kombinasjon av antidepressiva og nevroleptika. Disse pasientene må få gode oppfølgingstilbud etter utskrivning. Det er en viktig forutsetning at det er etablert et godt samarbeid mellom primærhelse-tjenesten og de geriatrike og alderspsykiatriske enhetene.

■ kjellmartin.moksnes@ullevaal.no

Figur 1
Antall selvmord for personer over 70 år i Norge de siste 50 år
Årsgjennomsnitt i perioden



Litteratur

1. Kilde: Statistisk Sentralbyrå, 2007.
2. Kjølseth I, Ekeberg Ø, Teige B (2002): Selvmord blant eldre i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 122: 1457-1461.
3. Thorsen K: Ensomhet blant eldre, selvmordsrisiko og utfordringer. Suicidologi 2005; 10: 4-10.
4. Retterstøl N, Ekeberg Ø, Mehlum L: Selvmord et personlig og samfunnsmessig problem. Oslo, Gyldendal akademisk, 2002.
5. Conwell Y, Caine ED, Olsen K (1990): Suicide and cancer in late life. Hosp. Community Psych 4 (12): 1334-1339.
6. Barraclough BM, Bunch J, Nelson B og medarbeidere (1974): A hundred cases of suicide: clinical aspects. Br J Psychiatry 125: 355-373.
7. Fadum EA: Ensomhet og selvmord. Suicidologi 2007; 2: 12-15.
8. Ekeberg Ø, Aargaard I (1991): Selvmord og selvmordforsøk blant eldre. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 5; 111: 562-564.
9. Vijayakumar L: Religion - en beskyttende faktor ved selvmord. Suicidologi 2002; 2: 9-12.
10. Hytten K: Suicid: prediksjon og risikovurdering. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 569-573.
11. Carter GL, Clover K, Whyte IM, Dawson AH, D'Este C: Postcards from Edge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. BMJ 2005; 331: 805.
12. Dalgard OS, Tambs K: Urban environment and mental health. A longitudinal study. Br J Psychiatry 1997; 171: 530-536.



Tekst: Ragnhild M. Eidem Krüger

Hvem slåss for alderspsykiatrien?

I flere sammenhenger har Demens&Alderspsykiatri (D&A) påpekt at alderspsykiatrien er et stebarn i helsepolitikken. Denne gang henvender vi oss blant annet til interesseorganisasjoner innenfor psykiatri og eldrepolitikk.

Love bedring

Generalsekretær Sunniva Ørstavik i Rådet for psykisk helse rekker armene i været da D&A ringer.

– Du trykker på en av mine dårlige samvittigheter, sier hun uforbeholdent.

– Vi jobber nok med alderspsykiatri, men det synes ikke utad på samme måte som andre ting vi er opptatt av. Det er vanskelig å nå frem med dette både i pressen, overfor fagfolk og overfor publikum som helhet. Jeg opplever at mange blir veldig søvnige i ansiktet når det blir snakk om psykiske lidelser hos eldre. Det er rart, for studenter som har praksis innenfor alderspsykiatrien, er fulle av begeistring over hvor spennende det er, hvor mange muligheter som finnes og hvor mye håp som ligger i behandlingsmulighetene. Dessuten har resten av psykiatrien mye å lære av alderspsykiatrien når det gjelder helhetlig behandling.

Ørstavik innrømmer at alderspsykiatri i altfor mange sammenhenger er blitt skjøvet bakover i prioriteringskøen. Ille, med de utfordringene fagfeltet står overfor i årene fremover, med et økende antall eldre. Hva tenker Ørstavik om alderspsykiatriens rolle i Opptrappingsplan for psykisk helse?

– Den er en tydelig illustrasjon på at dette feltet forbigås i stillhet.

Rådet for psykisk helse arbeider tett med det sentrale politiske miljøet, og generalsekretæren lover å bruke sin påvirkningsmulighet for å øke oppmerksomheten omkring eldres psykiske helse.

– Henvendelsen fra D&A har gitt meg en kraftig påminnelse om at eldre må frem i prioriteringskøen. Jeg lover å slåss for å få mer penger til vårt arbeid på dette feltet. Nå har vi hatt år for psykisk helse hos barn og hos minoritetsgrupper. Kanskje 2008 kan bli et år for psykisk helse hos eldre? Det må i så fall våre 25 medlemsorganisasjoner gå inn for. Jeg skal i hvert fall ta

opp alderspsykiatrien i mine samtaler med Helse- og omsorgsministeren og andre sentrale politikere.

Forsømmelser og mangel på oppmerksomhet

Erling Jahn har vært landsleder for Mental Helse Norge de siste ti årene. Han er langt fra fornøyd med den plassen alderspsykiatrien har fått i kommunale og spesialisthelsetjenesten. Selv har han forsøkt å fokusere på hvordan fagfeltet er materialisert i kommunenes planer for psykisk helse.

– Alderspsykiatrien er forsømt i Opptrappingsplanen for psykisk helse, både i forhold til kommunenes tjenester og spesialisthelsetjenesten. Dette er en alvorlig mangel. Eldre får depresjoner, angst og andre psykiske lidelser, men oppmerksomheten omkring deres behov for hjelp mangler nesten totalt.

Hvordan har du forsøkt å få oppmerksomhet omkring alderspsykiatrien?

– Jeg har blant annet vært leder for referansegruppen for psykisk helse som ble nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet, og har tatt det opp den veien. Mitt klare inntrykk er at feltet har vært glemt der også. Når alderspsykiatrien er kommet opp som tema, har svaret vært: «Dette er eldreomsorg og hører ikke hjemme i avdelingen for psykisk helse.» Det virker som om det har manglet dialog mellom avdelingene.

Erling Jahn etterlyste i sin tid planer for alderspsykiatrien i Nasjonal helseplan, og har gjennom fylkeslag i Mental Helse gjort det samme når det gjelder kommunale helseplaner. Han mener at de kommunale eldrerådene burde være høringsorgan for planer for psykisk helse, slik at de kunne øke oppmerksomheten omkring alderspsykiatrien. Dette han han tatt opp med Statens seniorråd (tidligere Statens eldreråd), uten å vinne gehør.

– Statens seniorråd har i liten grad vært pådriver for at elderrådene skal være høringsorgan i slike saker, og på den måten få frem eldres behov for psykiatrisk helsehjelp. Det mangler jo ikke utfordringer innenfor feltet.

Har alderspsykiatri i handlingsprogrammet

Statens seniorråd er rådgivende organ for sentrale myndigheter i spørsmål som gjelder seniorpolitikk. Rådet har tolv medlemmer og ledes i inneværende periode av Ivar Leveraas.

På kritikken fra Erling Jahn i Mental Helse svarer han:

– Dette har ikke jeg hørt i min tid som leder, men jeg merker meg Jahns synspunkter. Det er en naturlig oppgave både for de kommunale og de fylkeskommunale seniorrådene å være høringsorgan vedrørende oppgaver kommuner og fylkeskommuner har ansvar for, og som spesielt vedrører eldre.

I sitt handlingsprogram for 2006-2009, Seniorpolitiske utfordringer, peker Statens seniorråd på at tre fagområder som spesielt angår eldre, er blant helsevesenets mest forsømte: geriatri, alderspsykiatri og rehabilitering.

«Disse fagområdene er helt nødvendige for god behandling og omsorg av mange eldre med akutte, kroniske og sammensatte lidelser,» står det i handlingsprogrammet. Hvordan har dere løftet frem alderspsykiatrien?

– Handlingsprogrammet med de formuleringene det inneholder, er vårt innspill i forhold til både

Omsorgsmeldingen og statsbudsjettet. Det var ferdig ved årsskiftet 2006-2007 og gir tydelige signaler om at dette feltet er viktig.

Hva mener du om den plassen alderspsykiatrien har fått i årets statsbudsjett?

– Den er altfor utydelig. Såpass må det være dekning for å si.

Behovene avspeiles ikke i statsbudsjettet

Mina Bergem er for tiden leder av «Utvalg for alderspsykiatri» i Norsk psykiatrisk forening, og har vært medlem av utvalget i flere år. Dette er hennes kommentar til årets forslag til statsbudsjett:

– Utvalg for alderspsykiatri har i flere år systematisk jobbet for å få alderspsykiatrien på kartet, både innad i Norsk psykiatrisk forening og i legeforeningen. Vi har også vært aktive i forbindelse med Opptappingsplanen, hvor vi utarbeidet en kartlegging av ressurser og behov til departementet. Vi har jobbet mye med den faglige funderingen innen alderspsykiatri, som er et fagområde i vekst og utvikling. Antall pasienter som faller inn under kategorien alderspsykiatri er stadig økende. Dette er en sammensatt pasientgruppe med medisinsk krevende problemstillinger. På bakgrunn av at departementet er godt kjent med et økende behov innenfor feltet alderspsykiatri, er det uforståelig at ikke dette avspeiles gjennom bevilgninger i statsbudsjettet i forbindelse med opptappingsplanen.

Sosial- og helsedirektoratets svar på kritikk fra avgått leder i Mental Helse:

– I den reviderte DPS-veilederen (IS-1388) forutsetter Sosial- og helsedirektoratet at DPS-ene (Distriktpsikiatriske sentre, red.) ivaretar allmennpsykiatrien for personer over 18 år – dette gjelder selvfølgelig også for eldre personer. DPS-veilederen anbefaler videre at pasienter med særlig kompliserte alderspsykiatriske tilstander og debuterende sammensatte tilstander hos eldre, skal ivaretas ved de sentraliserte sykehusavdelingene.

Direktoratet har under slutføring en rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre. I denne rapporten blir alderspsykiatrien vektlagt.

Ny leder i Mental Helse: Vi vil ha alderspsykiatrien frem i lyset!

Anne Grethe Klunderud ble valgt til ny leder av Mental Helse i slutten av oktober. Organisasjonen har nettopp utarbeidet et sosialpolitisk program som blant annet fokuserer på eldres manglende mulighet til å få tilstrekkelige tjenester. Klunderud ser store mangler i kommunenes tjenester til eldre med psykiske lidelser:

– Mange får sitt eneste tilbud på en avdeling for personer med demens. Andre må bo i omsorgsboliger der omsorgen omtrent ikke fins. Mangelen på tilbud om et innhold i livet er stor for mennesker som bor hjemme. Svært mange får ikke individuell plan, som faktisk er en rettighet for alle som trenger mer enn ett tiltak. Denne gruppen er blitt stebarn i kommunene. Mental Helse vil sette søkelys på manglene og få alderspsykiatrien frem i lyset.

Vi møter Anne Grethe Klunderud igjen i neste nummer av Demens&Alderspsykiatri.



Geir Selbæk, Anne Marie Mork Rokstad og Øvyind Kirkevold,
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Du store verden: Hva forskere tenker om hjernen

IPA 2007 Osaka Silver Congress samlet et rekordstort antall alderspsykiatere, geriater, nevrologer, psykologer, sykepleiere og ergoterapeuter fra store deler av verden 14.-18. oktober. IPA (International Psychogeriatric Association) feirer 25 års jubileum, og ga med denne kongressen en bred presentasjon av alderspsykiatrisk forskning verden over.

Kommer vaksinen?

Hoveddelen av presentasjonene hadde demens som fokus. Vaksine som behandling for Alzheimers sykdom var et hett tema på flere måter. Separate leirer bestående av henholdsvis skeptikere og optimister la frem sine funn. Allerede i 1906 beskrev Alois Alzheimer beta-amyloide plakk som en mulig årsak til celledød i hjernen ved Alzheimers sykdom. Beta-amyloide plakk er siste steg i en lang rekke av hendelser som involverer proteinet beta-amyloid, og det er usikkert på hvilket punkt i denne kaskaden av hendelser den toksiske effekten oppstår. Vaksinasjon mot Alzheimers sykdom vil si at man skaper en antistoffreaksjon mot beta-amyloid, slik at dette proteinet fjernes. Etter at de første vaksinasjonsforsøkene ble avbrutt på grunn av flere tilfeller av hjernebetennelse, er nå en rekke nye forsøk i utvikling. Optimister henviser til undersøkelser som viser at antistoffresponsen holder seg i flere år og at det er en nesten fullstendig tilbakegang av beta-amyloid i hjernen. Skeptikerne svarer med at dette ikke ser ut til å gi utslag i bedret kognitiv funksjon. Uansett vil mangfoldet av kliniske vaksinasjonsstudier gi uvurderlig kunnskap om hvilken rolle beta-amyloid faktisk spiller i utviklingen av Alzheimers sykdom.

Studier med medikamenter som skal påvirke andre nivåer av sykdomsprosessen ga liten grunn til optimisme.

Hva henger sammen med hva?

Samspillet mellom vaskulære forandringer og utvikling av Alzheimers sykdom ble viet mye oppmerksomhet. Dokumentasjonen for at stille hjerneinfarkter gir økt risiko for kognitiv svikt og demens, blir stadig mer omfattende. En av nestorene på området, Vladimir Hachinski, Canada, argumenterte med stor

autoritet for at multifaktoriell forebygging midt i livet bør få større plass i forskning og klinikk. I stedet for utallige ganger å studere enkeltelementer, bør vi lage intervensjoner der vi inkluderer en rekke mulige sykdomsforebyggende faktorer. Så kan vi i neste omgang snevre inn fokus og studere enkeltelementene, hevdet Hachinski.

Hva hjelper ved APSD?

Atferdsforstyrrelser og psykologiske symptomer ved demens (APSD) ble behandlet i flere symposier. En australsk gruppe skapte størst entusiasme. De beskrev et kreativt program for stimulering av ikke-farmakologiske tiltak for behandling av agitasjon og aggresjon hos pasienter i sykehjem. Programmet (the Residential Support Program RSP) inkluderer systematisk opplæring med fokus på utredning og ikke-farmakologiske behandlingstiltak, samt konsultasjon omkring enkelt-pasienter med utarbeiding av individuelle aksjonsplaner. Sammenstillingen rundt foredragsholderne etter symposiet tyder på at beskrivelsene var gjenkjennelige og løsningsforslagene inspirerende.

Somatiske årsaker til angst og depresjon

Professor Inger Hilde Nordhus fra Universitetet i Bergen holdt en glimrende plenumsforelesning. Hun presenterte en studie av kognitiv terapi som behandling av angst og depresjon hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Gruppen som fikk kognitiv terapi hadde bedre effekt i forhold til angst og depresjon enn kontrollgruppen, en effekt som også var til stede ved seks måneders oppfølging. Hun understreket betydningen av å identifisere somatisk sykdom som en risikofaktor for angst og depresjon hos eldre. En annen risikofaktor er vaskulære skader. Professor John O'Brien viste nye data som bekrefter tidligere funn av en klar sammenheng mellom dyptliggende vaskulære lesjoner i hjernens hvite substans og depresjon hos eldre.

Neste IPA-kongress arrangeres i Montreal i 2009.

■ geir.selbaek@aldringoghelse.no



Tekst: Ragnhild M. Eidem Krüger



Bryt barrierene!

Europeisk alzheimerkonferanse i Oslo 22.-25. mai 2008

Nasjonalforeningen Demensforbundet og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse skal arrangere Alzheimer Europe-konferansen i mai neste år, og programmet blir variert og rikholdig. Mary Marshall fra University of Sterling holder åpningsforedraget *Demens – en global utfordring*.

Emner for plenumssamlingene:

- Et godt liv med demens – er det mulig?
- Kunnskap i dag, perspektiver for morgendagen
- Pårørende og frivillige, en uerstattelig ressurs.

Det vil bli fem parallelle sesjoner to av dagene, der temaene blant annet omfatter

- Lover og etikk
- Demens i tidlig fase
- Diagnose og behandling
- Pårørende som omsorgsgivere
- Yngre personer med demens
- Uavhengighet i hverdagen – tekniske hjelpemidler
- Forebygging og rehabilitering.

Nasjonalforeningen Demensforbundet er tilsluttet Alzheimer Europe (AE), som er en ideell organisasjon. Målsettingen for organisasjonen er å bedre omsorgen for personer med demens, bedre den generelle kunnskapen om demenssykdommer og stimulere til forskning. AE samler demensorganisasjonene fra 28 europeiske land og har innflytelse blant annet gjennom god kontakt med EU-parlamentet. Flere store prosjekter blir for tiden finansiert av parlamentet gjennom Alzheimer Europe.

Hvilke barrierer skal brytes?

Overlege i geriatri ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Sigurd Sparr, er leder for Nasjonalforeningen Demensforbundet og sitter i den vitenskapelige komiteen for konferansen. Han peker på flere barrierer som bør brytes:

– *Det forekommer fremdeles stigmatisering omkring demens, som gjør at en del ikke tør stå frem med sin sykdom. Det kan bety at de ikke får den hjelpen de trenger. Det fins også barrierer når det gjelder kunnskap hos publikum. Alle må få øynene opp for at demens er et folkehelseproblem. Politikere og fagfolk*

må få kunnskap om hvilke behov pasientgruppen har og hvordan de kan hjelpes. Vi skal for eksempel ha en sesjon om seksualitet og demens, der vi vil få frem problemstillinger som er aktuelle både for pårørende og helsepersonell. Økt åpenhet om demens i alle miljøer er et av målene for konferansen.

En av plenumssamlingene peker på perspektiver for morgendagen. Hvilke områder skal dere se på gjennom krystallkulen?

– *Blant annet forskning på hvordan man kan finne ut hvem som kan utvikle demens i løpet av livet, og hvilke behandlingsformer som kan bli tilgjengelige. Dessuten får vi vite nytt om forebygging. Forhold og livsstil midt i livet viser seg å ha betydning for utvikling av demens senere.*

Sigurd Sparr frister med solide navn som finske Mia Kivipelto, engelske Bob Woods, danske Christine Swane og amerikanske Peter Whitehouse. En av sesjonene skal handle om frivillig innsats, en sektor Nasjonalforeningen Demensforbundet bidrar sterkt til. Sparr peker på det store arbeidet demensforeningene i Norge gjør.

– *Demensforeningene støtter pårørende og personer med demens gjennom å tilby aktivitet, fellesskap, samtalegrupper og informasjon om sykdom og tilgjengelige hjelpetiltak. Konferansen vil løfte frem det uunnværlige arbeidet som gjøres av frivillige. Alt arbeid i forhold til denne gruppen må ikke nødvendigvis gjøres av høyt utdannet helsepersonell. Vi trenger mange andre fornuftige mennesker også!*

Hva skal deltagerne ha lært når konferansen er over?

– *I hvert fall at det å leve med demens har sine store og alvorlige utfordringer, men at det er mulig å ha mye positivt innhold i livet selv om man får en demenssykdom. Det er viktig å holde frem at det i en lang periode kan være masse ressurser og livsglede hos personer med demens, sier Sigurd Sparr.*

Konferansens lokaliteter i Oslo gir plass til omkring 600 personer, så det er bare å merke av datoene i kalenderen.

For mer informasjon om Alzheimer Europe-konferansen: www.alzheimer-conference2008.org



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Et hjem for Jeppe

Som det første kommunale sykehjemmet i Norge har Stokka sykehjem i Stavanger åpnet egen avdeling for rusmisbrukere.

Før åpningen reiste ledelsen på studieturer til andre nordiske byer med et lignende tilbud. Hittil er åtte rom disponert.

– *Det var opprinnelig min idé å lage en slik avdeling, sier styrer Mai Liss Sivertsen*

– *Jeg har jobbet mye med rusmiljøer og vet at det er en gruppe som får et altfor dårlig omsorgstilbud. Nå ser vi behov for å utvide avdelingen.*

– *Mennesker med store rusproblemer passer ikke inn i vanlige sykehjemsavdelinger, fastslår Rune Skjæveland, leder for den nye avdelingen. Hans erfaring er at verken somatiske avdelinger eller skjermede avdelinger for personer med demens er riktig sted for mennesker som ofte har en annen døgnrytme, som kanskje er vant til å være beruset omtrent døgnet rundt, som i mange tilfeller er vant til å slåss for mat og et sted å overnatte og som har vært vant til en røff tone overfor andre.*

– *Både verbal og fysisk adferd, fremtoning og holdninger kan virke skremmende på andre.*

Hvem er Jeppe?

Stokka sykehjem er et av landets seks undervisnings-sykehjem og har 127 pasienter fordelt på syv avdelinger. Foruten den nye avdelingen fins skjermede enheter for personer med demens, trygghetsavdeling og somatiske avdelinger med både langtids-, korttids- og vekselplasser.

For tiden bor det én kvinne og syv menn på avdelingen for rusmisbrukere, og slik har forholdstallet vært siden den ble åpnet for halvannet år siden. De åtte beboerne har eget rom med bad. Ellers består avdelingen av en kombinert spise- og oppholdsstue med kjøkken. Ifølge Skjæveland kan beboerne deles i to hovedgrupper: Gamle alkoholmisbrukere som ikke

drikker lenger, men som er preget av et langt og hardt liv, og yngre personer som er somatisk svekket og med dårlig boevne, men som står midt i misbruket og er aktive i forhold til det.

– *Vi ser behov for fysisk å dele gruppen i to etter de nevnte kriteriene, og vi håper å kunne utvide med ni senger og disponere hele etasjen. Vi vet for eksempel ikke når den første beboeren med narkomani dukker opp, og da får vi en ny utfordring.*

Hvor mange potensielle brukere som fins i Stavanger, vet ikke Skjæveland, men en uformell rundspørring på 10-12 av byens 16-17 sykehjem viste at 11 beboere fylte kriteriene for en plass på avdelingen på Stokka.

– *Flytting hit ville vært til fordel for den enkelte og for dem de nå bor sammen med. I disse dager jobber vi med å lage en brosjyre om avdelingen, som vi har fått midler til fra Undervisningssykehjemmet. Den skal gå til fastleger og sosialkontorer for å gjøre tilbudet kjent.*

Ifølge Rune Skjæveland har enkelte av beboerne alkoholrelatert demens. Men vet han det?

– *De er ikke diagnostisert. Fastlegene har skrevet «antatt alkoholbetenget demens» i søknadene. Utover det har det ikke skjedd noen diagnostisering.*

Er det tilfredsstillende å ikke ha et utredningsresultat å forholde seg til?

– *Det kommer litt an på hvilket fokus man har, hvilken pasient man står overfor og hva målet for oppholdet er. Vi henviser til psykiatrien og andre spesialisthelsetjenester når vi ser behov for det. Dette må skje i samarbeid med pasienten, og ofte strander det der. Timeavtaler er ingen spøk for denne gruppen. Når dagen for avtalen kommer, er det slett ikke sikkert at man er i form til å gå til lege.*



Avdelingsleder Rune Skjæveland (t.v.) og hjelpepleier Lillian Sletten.

Hva er målsettingen for oppholdet, sett fra sykehjemmets side?

– *Den lyder enkel, men er ikke alltid lett å oppfylle: Hver enkelt skal være i stand til å gjennomføre hverdagen og ha det så bra som mulig sammen med de menneskene de bor sammen med.*

Gruppen som nå bor i avdelingen, har svært forskjellig bakgrunn. Noen har vært på toppen av samfunnet, andre har vært bostedsløse og har overnattet i oppganger og under kartongflak. Rusmiljøet i Stavanger er relativt begrenset. Det fører til at mange av beboerne kjenner hverandre fra før. Dette kan skape problemer, ifølge Rune Skjæveland.

– *Noen har delt sovepose tidligere, noen har rippet sprit fra hverandre, noen har vært dørvakt på et utested, andre har stått i køen til utestedet. Konfliktgrunnlaget er mangslungent, og kranglene kan være både høyrøstede og røffe.*

Avdelingen

Kriteriet for å få plass på avdelingen er at man er alkoholmisbruker eller skadet av et langvarig alkoholmisbruk, at man har behov for sykehjemsplass og har en fremtoning som gjør at man skiller seg ut i en vanlig avdeling. En nedre aldersgrense på 50 år ble satt i utgangspunktet, men den yngste beboeren for tiden er 47 år. Den eldste er i slutten av 70-årene. Og alle får være den de er, med sitt misbruk.

– *Dette er ingen avrusnings- eller behandlingsavdeling, unntatt hvis beboerne selv ønsker hjelp til dette. Beboerne får være aktive i sitt misbruk, men vi må sette grenser som gjør at de kan bo sammen med andre på få kvadratmeter. Flere av beboerne har søkt rehabilitering tidligere, men har ikke kommet i mål med det.*

Hvordan reagerer pårørende på at beboerne får tilgang til alkohol?

– *I den grad de involveres, opplyser vi om avdelings målsetting og rammer. Det skjer i samtale før beboeren flytter inn. Det er for øvrig sjelden pårørende går inn i en dialog med oss om denne typen problemstillinger. Det er nok fordi det har vært et langt lerret å bleke før beboeren kommer til oss, og at innflytting her uansett representerer trygghet og en kraftig forbedring av livssituasjonen.*

Hva drikker Jeppe?

Beboere som vil ha alkohol, må selv kjøpe det eller få det kjøpt for egne penger. Her går det ikke i edle merker.

– *Her er det nyttedrikking, sier Rune Skjæveland med et smil.*

– *Vi kjøper inn for dem som ønsker det, under forutsetning av at vi får dele varene ut i kvoter som vi og den enkelte beboer har forhandlet oss frem til. Det er for å holde en viss kontroll med inntaket, hva brennevinet blandes med og hva slags varer som kommer inn her.*

Hvor store kvoter kan det være snakk om?

– *Fra et glass eller to til en halv liter brennevin per dag. Vi har beboere som har gått ned fra en til halvannen liter mer eller mindre uren vare til en halv liter vodka daglig. Noen får besøk av gamle kompisar som har med seg drikkevarer av forskjellig kvalitet. Dette forholder vi oss til i den grad vi må for beboerens og miljøets skyld.*

En fantastisk personalgruppe!

Sykehjemmet utlyste stillingene til den nye avdelingen internt blant de 250-300 ansatte. På den måten fikk de tak i folk som nettopp ville arbeide med denne beboergruppen.



– Man må være skrudd sammen på en spesiell måte for å passe her. Mange av beboerne er det vi kaller grenseløse, og verbal utskjelling er en del av hverdagen for personalet. Vi må tåle å se at pasientene kan være skitne og ustelte, særlig like etter innkomsten. Vi pleier å få stil på de fleste etter hvert, men ikke for enhver pris.

En ny hjelpepleier og en miljøarbeider som også er kokk på avdelingen, er de eneste mennene blant personalet. Bemanningen er som på en vanlig somatisk avdeling på sykehjemmet: halvannen sykepleierstilling, stillinger tilsvarende 300 prosent hjelpepleiere/omsorgsarbeidere og miljøarbeideren/kokken. En nattevakt dekker hele etasjen på 17 senger. Av spesielle fagfolk ønsker Skjæveland seg en sosionom og en vernepleier. Sosionomen for å ta seg av økonomiske og juridiske spørsmål knyttet til beboernes eiendom og gjeld, vernepleieren for å konsentrere seg om de funksjonene hver beboer har bevart. Å få flere stillinger er ikke spesielt realistisk, innser han.

– Vi må enten omdisponere eller leie inn folk på timebasis til spesielle oppgaver.

Hvorfor valgte du selv å jobbe her?

– Dette er en spennende beboergruppe som gir oss utfordringer på mange plan. Vi har en fantastisk personalgruppe og nesten ikke sykefravær. De har valgt å være her, og det preger hele miljøet på en positiv måte.

Lillian Sletten har jobbet på avdelingen for rusmiddelbrukere siden den åpnet, og stortrives med beboerne.

Godt stell – er det nok?

Etter halvannen års drift, ser dere forskjell på beboerne etter at de har bodd her en tid?

– Avgjort. Det har mye med ernæringsstatus og sosial omgang å gjøre. Vi har hatt beboere som bare har ligget i sengen

hjemme, og der hjemmesykepleien har kommet med tre-fire personer for å stille vedkommende. De har vært så alkoholisererte at de ikke har klart å snu seg i sengen.

Enkelte har bare drukket før de kom hit, og tåler ikke mat. Magen er bare vant til flytende føde. Etter hvert tilpasser de seg et vanlig kosthold, og da ser vi et oppsving også mentalt. Her er maten tilgjengelig hele tiden, for langt fra alle beboerne klarer å forholde seg til faste spisetider. Et kjøleskap står til disposisjon, og beboerne kan kjøpe inn spesielle matvarer de ønsker å ha.

På denne avdelingen er ikke stell og toalettbesøk hovedsaken. Hva med aktiviteter eller miljøbehandling?

– Vi har beboermøte i avdelingen en gang i måneden. Da kommer det forslag til aktiviteter som dans, bowling, kafébesøk, teater og mye annet. Dette er fullt mulig å få til, men problemet er å få beboerne til å bli med når det virkelig gjelder. Noen benytter seg av tilbudene, andre ikke. Ellers har vi aktivitetør som lager tilbud her på huset, arrangerer turer og finner på andre aktiviteter. Hovedtyngden av aktivitet foregår likevel her på avdelingen i form av en-til-en kontakt i hverdagen.

Flytter Jeppe ut igjen?

Det fins ingen formelle utskrivningskriterier for avdelingen. Beboere som blir sterkt rammet av demens og der alkoholmisbruket er avsluttet, får flytte til skjermet enhet for personer med demens. En tidligere beboer på 48 år er nylig skrevet ut til rehabiliteringsleilighet etter å ha vært på avdelingen i et drøyt år. Pillemisbruk hadde ødelagt leverfunksjonen i en slik grad at videre misbruk hadde vært fatalt. Erkjennelse av dette gjorde at vedkommende ønsket hjelp til avvenning, noe som lyktes gjennom året.

– *Vi samarbeidet tett med rehabiliteringstjenesten og sosialkontoret og utformet realistiske målsettinger i samarbeid med beboeren. Det gikk bra, og det er en fin erfaring. Situasjonen er jo også en annen når personen er i 40-årene enn når folk er i 70-80-årene og har store svikt i både mentale, fysiske og sosiale funksjoner.*

Her er det godt å jobbe!

Lillian Sletten har vært hjelpepleier på Stokka sykehjem i 13 år og har jobbet på avdelingen for rusmiddelbrukere siden den åpnet. Hun ønsket forandring etter å ha vært lenge på somatisk avdeling.

– *Det er to forskjellige måter å jobbe på. På somatisk avdelingen var det nesten bare stell og toalettbesøk, her er den viktigste oppgaven å snakke med beboerne og være sammen med dem gjennom dagen. Jeg tror den viktigste kvalifikasjonen for å arbeide her er at man virkelig ønsker det. Tålmodighet og evne til å lytte er helt avgjørende. Det nytter ikke å hisse seg opp over at ting ikke blir slik som vi har bestemt.*

Får du mye kjeft av beboerne?

– *Å ja, vi blir utskjelt både for det ene og det andre, smiler Lillian Sletten.*

– *Det har med dagsformen deres å gjøre, så vi tar det ikke personlig.*

Hvordan opplever du at beboerne har tilgang til alkohol og kan være ruset mye av tiden?

– *Det er uvant, men de er jo syke og trenger alkoholen. Vi må se det slik.*

Blir beboerne roligere av å få alkohol, eller virker det motsatt?

– *Noen blir rolige, andre kan bli voldsomme. Det har hendt at beboere er blitt fysisk voldsomme, men for det meste klarer vi å roe dem ned ved å snakke med dem. Det vanskeligste er grensesetting – hvordan vi skal gjøre det. Nå er vi lovet flere kurs fremover, og det gleder jeg meg til.*

Kan du tenke deg å være her resten av karrieren?

– *Helt klart. Jeg kan ikke tenke meg å gå tilbake til somatisk avdeling. Her er hver dag spennende!*

SPOR AV ET HARDT LIV

Asbjørn Nilsen tenker seg om da han får spørsmål om hvor han bodde før han kom til Stokka sykehjem. Fingrene som holder rullingsen, dirrer litt. Det er ikke alt som ligger ytterst på tungespissen etter et langt liv med mye alkohol.

– *Jeg bodde på Fa-Bo, sier han langsomt og tydelig.*

Fa-Bo er Frelsesarmeens behandlingsavdeling i Stavanger for personer som har «en alvorlig rusmiddelavhengighet og lettere til moderate psykiske lidelser,» som det står på hjemmesiden. Der bodde Asbjørn Nilsen i 17 måneder før støttekontakten hjalp ham med å søke plass på den nye avdelingen på Stokka sykehjem.

– *Det var herlig å komme hit. Ingen andakter og en real betjening som er rett på sak. Greie og fornuftige folk. Er det noe jeg er misfornøyd med, ber de om at jeg sier fra.*

Er det mye du er misfornøyd med?

– *Nei, her har jeg det godt. Det eneste er at det blir mye sitting i denne stolen, men det er litt opp til meg selv.*

Gir dagen innhold

Asbjørn Nilsen gikk til sjøs som ung og jobbet i tankfart i mange år. Etter sjømannslivet begynte han i oljebransjen i Nordsjøen.

– *I friperiodene ble det mye drikking, sier han.*

Et hardt liv har gitt ham vond rygg, leddgikt og andre plager. Han er 60 år og har bodd på sykehjemmet siden avdelingen åpnet. På bordet ved godstolen står det bilder, kaffekrus med Asbjørn malt på, askebeiger, tobakk og andre småting han liker å ha i nærheten.

Stort sett bruker Asbjørn dagene til lesing og fjernsynstitting, og til en tur ut når knærne er i godlage. Han får besøk av både familie og kamerater. Hender at kameratene kommer fordi de vet at han har drikkevarer?

– *Nei, de vet at de ikke får noe her, ler han så rullingsen hopper.*

På spørsmål om han får den alkoholen han synes han må ha, trekker han opp en halvflaske vodka fra skuffen. Den er godt påbegynt.

– *Det er den sorten jeg liker best. Den holder 60 prosent.*



Asbjørn Nilsen

Han klarer selv å skaffe seg det han vil ha.

– *Jeg tar en handledur når jeg trenger det. Da bruker jeg drosje på hele runden. Går først innom banken, så en tur på Polet og til slutt en tur innom en butikk og kjøper røyk og andre ting jeg trenger. Jeg har TT-kort, så det blir ikke så dyrt, smiler han.*

Asbjørns drøm er å flytte sammen med en kamerat som han har bodd med tidligere. Men hvordan ville det da gå med matlaging og skikkelig stell?

– *Vi lager middag hver vår gang, lager det vi kan best. Hver torsdag mens vi bodde sammen laget jeg raspeballer.*

At Asbjørn til syvende og sist kom til Fa-Bo og så til Stokka sykehjem, har en forhistorie som nok er blitt litt diffus med tiden. Og kanskje en drøm kan lyse opp hverdagen for en sliten mann?

DETTE ER REDNINGEN!

Colin Peck (58) har bodd på sykehjemsavdelingen på Stokka siden den åpnet. Vi møter en veltalende og åpen mann med klare meninger. Det har ikke alltid vært slik. Før innflyttingen bodde han alene etter at han ble skilt for 16 år siden. Han var i elendig forfatning da han kom til Stokka.

– *Det var forferdelig. Jeg spiste omtrent ikke, bare drakk, og var veldig langt nede da jeg kom hit.*

Peck har hatt gode jobber både i staten, kommunen og næringslivet. Etter befalsskolen var han i Forsvaret i mange år.

– *Jeg har hatt et utsatt yrke, men skylder ikke på det. Det var tross alt jeg som drakk. Ingen trengte å helle noe nedover halsen på meg.*

Han innser at han drakk seg fra både jobb, venner og familie.

– *Det er bittert å tenke på, sier han nå.*

– *Jeg var i jobb til 1991. Da ble jeg skilt og alt skar seg. Det ble bare fyll og spetakkel, og ingen orket å ha noe med meg å gjøre. Det gikk rake veien nedover. Jeg var den siste som forsto hvor ille det var.*

Fra kaos til orden

Det var ikke bare, bare for Colin Peck å komme til ordnede forhold på Stokka sykehjem.

– *I begynnelsen syntes jeg det var fælt. Maten var ille, men det var nok fordi jeg var avvendt med ordentlig mat. Nå spiser jeg godt, og jeg er i en helt*

annen form nå enn da jeg kom inn. I dag skal jeg ut og kjøpe lammekjøtt på tilbud, og i kveld skal jeg lage fårikål til hele avdelingen! Vi kan gjøre mye sånt her.

Det var hjemmesykepleien som tok affære og søkte Peck inn på avdelingen. Da han forhandlet med avdelingsledelsen om hvor mye alkohol han ville ha, forlangte han en liter vodka daglig.

– *Det var helt vilt. Selv jeg forsto etter hvert at det ikke gikk. Nå får jeg en halv liter vodka og en boks øl hver dag klokken ett, og betaler det selvfølgelig selv. Jeg har heldigvis penger etter at jeg solgte leiligheten min.*

Hva med morgenen, mange med alkoholproblemer trenger noe for å starte dagen?

– *Det hender ofte at jeg gjemmer en tår til å ha om morgenen. Det er slitsomt å stå opp, vaske seg, kle seg og pusse tenner. Men det hender ofte at jeg våkner tidlig, kanskje i femtiden. Da ligger jeg og memorerer navnene på tidligere klassekamerater og kolleger. Det er viktig å holde hjernen i aktivitet.*

Ellers går dagene med mye fjernsynstitting og lesing. Han har bøker i bokhyllen, abonnerer på Aftenbladet og leser daglig den avisen sykehjemmet abonnerer på. Hver morgen tar han for seg dagens

spørrekonkurranse i avisene og stiller mer enn én gang personalet til veggs, til stor glede for ham og mye latter for de andre på avdelingen. Den ettermiddagen D&A er på besøk, skal han spille bridge – en lidenskap han har bevart gjennom alle år. Savner han noe i hverdagen?

– *Jeg skulle ønske mer sosialt samvær med de andre på avdelingen. Mange trekker seg tilbake og er ganske usosiale. Men jeg har fått en ny kamerat her, og vi kan diskutere ordentlig.*

Hva er det beste og det verste ved å være her?

– *Det verste er at det er litt mye kontroll. Jeg er en rebell, og kontroll virker provoserende på meg.*

Det beste er at kontakten med familien er blitt bedre. Og så er det mye latter på avdelingen. Vi har en grei betjening, og jeg holder mye leven med dem.

Colin Peck takker alle gode makter for at han kom til Stokka sykehjem. Ser 58-åringen for seg at han vil bo her resten av livet? Både blikket og stemmen er fast:

– *Alternativet til dette er døden for meg. Så enkelt er det.*



Colin Peck



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Detektiver i sykehjem? Ja takk, sier Jiska



Jiska Cohen-Mansfield

Alle som interesserer seg for miljøbehandling i demensomsorgen, har trolig støtt på navnet Jiska Cohen-Mansfield. Hun er professor i psykologi og underviser blant annet ved Georg Washington University i USA og Haifa University i Israel. Hun er direktør for Forskningsinstitutt om aldring ved Hebrew Home of Great Washington. I tillegg har hun jobbet klinisk på en rekke institusjoner. Jiska Cohen-Mansfield har mottatt en mengde priser og utmerkelser, og Google lister raskt opp et hundretalls vitenskapelige artikler hun er hovedforfatter av de siste ti-tolv årene. Mange handler om demens og miljøbehandling. Hun står dessuten bak atferdsskalaen Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) som brukes i mange land, deriblant Norge. Det var med andre ord ingen hvem som helst som opptrådte på fag- og forskningskonferansen Eldre og aldring i Stavanger tidligere i år. Konferansen ble arrangert av Undervisningssykehjemmet i Stavanger, Stavanger kommune, Alderspsykiatrisk seksjon og Fag- og foretaksavdelingen ved Stavanger universitetssykehus sammen med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

I sitt foredrag om demens og utfordrende atferd sa Jiska Cohen-Mansfield blant annet at omsorg for personer med demens er en jobb for detektiver.

– Vi må prøve å forstå hva den enkelte person føler, hva som får personen til å nyte livet og hva som

bekymrer vedkommende. Fordi personer med demens ikke alltid er i stand til å fortelle oss dette med rene ord, må vi være detektiver. Mange kan nyte livet selv

om de har demens, men vi må finne ut hvordan og hvilke barrierer som finnes. Hvordan vi møter dem, kan være avgjørende for deres livskvalitet. Det er en fantastisk mulighet!

Men helsepersonell har ikke nødvendigvis trening i detektivarbeid?

– Vi må få øvelse i observasjon inn i utdannelsen og i veiledningen. Men personalet må også få oppmuntring til å bruke den innsikten de har. Mange ansatte i demensomsorgen er gode detektiver, men de føler kanskje at det ikke er deres jobb å observere eller at ingen vil lytte til deres observasjoner. Derfor fortsetter de å gjøre den biten av jobben som etter stillingsinstruksen er deres. Alle i et sykehjem må få vite at de kan utgjøre en positiv forskjell i pasientenes liv, og ikke minst at ledelsen ønsker at de utgjør en slik forskjell.

Pasientens opplevelse i sentrum

Jiska Cohen-Mansfield sier med tyngde at ikke alle passer til å arbeide i demensomsorgen.

– Vi trenger mennesker som virkelig liker å være sammen med personer med demens og som bryr seg om dem. De som liker samværet, må få veiledning i god kommunikasjon og få demonstrert hvordan observasjon kan utføres for å få tak i det man er ute etter å observere, hvordan vi kan vise respekt, hvordan vi kan vise at vi aksepterer pasientenes ønsker og samtidig ivareta deres behov for hjelp, slik at alle kan få et meningsfylt liv. Jeg har erfart at mange eldre personer med demens fremdeles ønsker å bidra til fellesskapet. Det er vårt ansvar å finne oppgaver som hver enkelt kan utføre og dermed oppleve å være til nytte. Det grunnleggende er at vi må velge gjøremål med respekt og forståelse for den enkelte, og vi må huske at deres opplevelse er viktigere enn vår oppfatning av hva som er «ordentlige» og «meningsfylte» oppgaver.

Nå har du har sjansen til å si hvordan omsorgen for personer med demens bør organiseres.

– Verken jeg eller andre har hele svaret. Men ett prinsipp gjelder: Organiseringen må være fleksibel, for behovene endrer seg fra dag til dag og fra time til time. Vi må legge vinn på å forstå pasientenes virkelighet og komme dem i møte på en slik måte at de i størst mulig grad kan få fylt sine behov. Det kan være behov for kontakt, støtte og kjærlighet eller for aktiviteter som interesserer dem og som passer til deres kognitive nivå der og da. De kan ha lyst til å lære noe nytt eller å utføre noe de allerede kan. Å være opptatt av noe de har gjort gjennom store deler av livet, kan gi dem en opplevelse av å være en helere person enn om de ikke får utføre denne aktiviteten.

Observer og gjør noe!

I en av sine studier fant Jiska Cohen-Mansfield ut at behovene hos personer med demens ofte blir oversett.

– Det er merkelig å se i hvilken grad behov blir oversett. Mennesker kan sitte og gråte og be om hjelp, og ingen bryr seg. Årsaken kan være at personalet blir vant til gråtingen og ropene om hjelp og ikke lenger lytter. Delvis kan det være at man føler seg hjelpeløs, man vet ikke hva man skal gjøre. Noen ganger er ikke ansatte sensitive nok. Det er en god øvelse å stå og observere i en sykehjemsavdeling. Jeg gjør av og til det, står bare rolig, og da ser jeg mye som personalet selv ikke er klar over at de gjør eller ikke gjør. De tror gjerne at alt er i orden uten at det er tilfelle.

Men det er ikke alltid lett å forstå hvorfor en person reagerer på en bestemt måte?

– Avgjort ikke. Derfor må man prøve mange måter, og man må kanskje gjøre feil flere ganger før man har

funnet svaret. Detektivarbeid er ikke lett, men viktig for å løse et mysterium!

Har du funnet én form for miljøbehandling som virker bedre enn andre?

– Nei, alt må innrettes mot individet og situasjonen. En-til-en kontakt mellom personen med demens og en person som virkelig er interessert, er ofte en svært effektiv metode, men den er ressurskrevende. Derfor er det viktig å ha et stort utvalg av intervensjoner – et helt verktøyskrin. Akkurat som vi som er friske trenger noe å lese, noe å lytte til, å gå ut, å treffe mennesker og å være alene, har mennesker med demens som bor på institusjon mange forskjellige behov.

Alt henger sammen

Jiska Cohen-Mansfield er opptatt av at miljøbehandling ikke kan være et isolert fenomen, men må være en del av filosofien for hele institusjonen.

– Bare musikkterapi eller bare aromamassasje kan ikke løse problemene. Alt må skje innenfor en sammenheng der personalet bryr seg om pasientene og liker å arbeide på institusjonen, og der ledelsen er glad i de ansatte og interessert i beboernes ve og vel. Å være interessert og observant er en viktig del av dette. I det øyeblikket du kommer inn på en pasients rom og hilser god morgen, skal du være i stand til å lese mye ut av hvordan pasienten svarer eller ikke svarer deg. Er pasienten glad? Misfornøyd? Lei seg? Er han eller hun annerledes enn i går? Kan det være en ny lidelse underveis? Er pasienten for varm? For kald?

Det er ikke et mål å forlenge livet, men så lenge mennesker lever, burde de få lov til å trives.

Jiska smiler bredt når ledelse blir tema. Dette opptar henne.

– Avgjort. Alt dette starter med god ledelse av institusjonen. Jeg vet om sykehjem der lederen aldri går rundt i avdelingene og aldri snakker med de ansatte unntatt når noe er galt. Det oppmuntrer ikke personalet til å bry seg om pasientene eller om arbeidsplansen.

Adferd gir viktig informasjon

Hvis vi bruker medisin for å fjerne adferdssymptomer ved demens, sier du at vi mister mye viktig informasjon. Hvordan forklarer du det?

– Basert på våre studier mener jeg adferd forteller mye om hva pasientene føler. Hvis en medisin fjerner utagerende adferd, vil vi ikke vite om pasientene har smerter, kjeder seg, er redde eller ensomme, og dermed kan vi ikke hjelpe dem med det underliggende problemet. I mine undersøkelser hvor målet har vært å minske forekomsten av utagerende adferd, har vi sett en økning i livsglede hos pasientene og interesse

for hva som skjer omkring dem. Å komme ut og nyte solen, å få en klem for dem som liker det, slike små ting kan få også personer med demens til å føle seg vel og samtidig minske forekomsten av utagering.

Også miljøbehandling er politikk!

Vi har snakket om miljøbehandling i årevis, men fremdeles brukes medisin i store mengder, med alle bivirkninger og all den mangel på gode resultater som vi kjenner til. Hvordan får vi et virkelig gjennombrudd for ideen om miljøbehandling?

– Dette er et viktig spørsmål for forskningen. Vi må utvikle modeller for hvordan personer med utagerende atferd kan behandles miljømessig med positive resultater uten antipsykotika. Selvfølgelig må medisin brukes for mange tilstander, men altfor ofte henviser personalet seg til legen i stedet for å spørre

pasientens familie om hva denne spesielle atferden kan bety, hva pasienten har likt å gjøre, hvordan han har likt å starte dagen og så videre.

Du har selv sagt at det ikke fins rike onkler som vil gi økonomisk støtte til forskning på miljøbehandling, fordi den ikke kaster noe av seg i neste omgang, slik forskning på medikamenter gjør. Hvordan kan dette løses?

– Jeg vet ikke. Etter hvert som befolkningen blir eldre og flere får nærmere kontakt med denne typen problemer, tenker jeg at folk må bruke sin politiske påvirkningskraft. Eldre blir en stadig større del av velgermassen, og de kan få til endring hvis de ønsker å bruke sin påvirkningskraft overfor politikerne.



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

Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse: Iverksettelse av loven utsettes

Det har i mange år vært etterlyst et bedre lovverk for regulering av bruk av tvang overfor personer med demens.

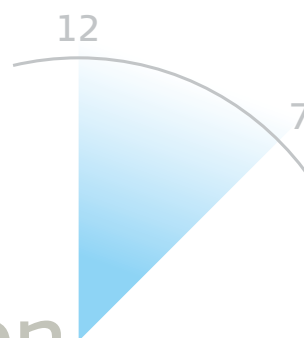
I 2006 kom en odelstingsproposisjon (Ot.prp. 64, 2005-2006) hvor det foreslås endringer i pasientrettighetsloven. Endringene åpner for «helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen». Ot.prp. 64 ble vedtatt i Stortinget 22. desember 2006 og ble omtalt i DEMENS nr. 2/2006. I proposisjonen er det antydnet at loven skal tre i kraft 1.1.2008. I siste paragraf av loven (§4A-11) står det at departementet kan gi nærmere regler om gjennomføringen av helsehjelpen og om saksbehandlingen etter dette kapitlet. Det gjelder også hvilke krav som skal stilles til dokumentasjon av vedtak om helsehjelp.

Demens&Alderspsykiatri hadde planlagt å komme med en fyldig omtale av dette arbeidet i høst når

«nærmere regler om gjennomføring» forelå. Nå er det imidlertid bestemt at loven ikke skal tre i kraft før 1.1.2009. For å lage et best mulig regelverk har Sosial- og helsedirektoratet laget en prosjektplan for implementering av Ot.prp. 64. I korte trekk går planen ut på at det opprettes et kompetansenettverk som skal komme med bidrag og gi innspill i prosessen, som i sin tur skal resultere i et rundskriv og en plan for opplæringstiltak. Arbeidet med rundskrivet og opplæringsplanen gjøres av forskjellige arbeidsgrupper nedsatt av direktoratet, og skal være ferdig 29. juni 2008. Etter sommerferien 2008 skal opplæringsplanen gjennomføres og loven trer altså i kraft 1. januar 2009.



Arvid Skjerve, psykologspesialist, Voss DPS - NKS Bjørkeli



Sju Minutter-Testen

– en kort test for vurdering av kognitiv svikt og demens hos eldre

Kognitive tester i demensutredningen

Kognitive tester har en sentral rolle i undersøkelse av eldre pasienter med kognitiv svikt og demens både i spesialisthelsetjenesten og hos allmennpraktikere. En skal aldri stille en demensdiagnose bare ut fra resultater på en kognitiv test, men denne typen tester kan gi informasjon som sammen med andre opplysninger er viktig i det diagnostiske arbeidet. Testene er nyttige i en første fase av en demensutredning, for å gi en generell vurdering av grad av kognitiv svikt og for å kunne avgjøre om det er behov for videre undersøkelser. De kan også brukes for å vurdere progresjon av kognitive symptomer og for å evaluere behandlingseffekt. Den mest brukte kognitive testen både i Norge og internasjonalt er Mini-Mental Status (MMS) (1). En av svakhetene ved testen er imidlertid at den ikke så godt fanger opp dem med mild demens; en pasient kan ha en høy skåre på MMS, men likevel ha demens. Videre gir MMS et generelt mål på kognitiv svikt med lite informasjon om hvilke kognitive funksjonsområder som er rammet. Det fins en rekke korte kognitive tester som er mer treffsikre i forhold til tidlige symptomer ved demens enn MMS, og som gir mer informasjon om hvilke kognitive områder som er svekket (2). Disse kan gi viktig tilleggsinformasjon til MMS. Et eksempel på en slik test er Sju Minutter-Testen (7MT).

Sju Minutter-Testen 7MT

Testen ble utviklet som et hjelpemiddel for allmennpraktikere i demensutredning (3). Den er satt sammen av fire deltester: Orientering, Hukommelse, Klokke-

tegning og Ordflyt (Verbal fluency), se tekstboks 1. Den viktigste forskjellen fra MMS er nok at hukommelsestesten i 7MT gir et bedre og mer pålitelig mål på hukommelse enn den som er i MMS. I MMS skal tre ord huskes, i 7MT er det 16 ord som skal huskes etter at de er innlært. Dette er viktig med tanke på at hukommelsesvansker ofte er det mest fremtredende ved begynnende demens. På bakgrunn av resultater på deltestene beregnes en sumskåre i form av en sannsynlighetsverdi. Dette gjøres med en kalkulator som ligger ved testmateriellet, og som også finnes på internett (www.memorydoc.org). En verdi på over 0.70 indikerer høy sannsynlighet for demens.

Den første undersøkelsen med 7MT ble publisert i 1998 og var gjort med eldre amerikanske pasienter med Alzheimers sykdom (3). Undersøkelsen viste at 7MT skilte godt mellom pasienter med Alzheimers sykdom og en normalgruppe av friske eldre. Senere er det kommet forskningsresultater om testen blant annet fra Hellas og Nederland (4, 5). Disse resultatene bekrefter resultatene i originalundersøkelsen, og i tillegg viser de at 7MT er bedre enn MMS til å skille pasienter med demens fra personer uten kognitiv svikt.

Norsk undersøkelse

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens tok for noen år tilbake initiativ til klinisk utprøving av 7MT og to andre kognitive tester Syndrom Kurztest (SKT) og Cognistat (6, 7). Undersøkelsen ble gjort i samarbeid med Institutt for klinisk psykologi ved Universitetet i

Tekstboks 1 Deltestene i 7MT

Deltest	Hvordan administreres og skåres deltestene?	Hvilke kognitive funksjonsområder er deltesten ment å måle?
Orientering	Pasienten får spørsmål som gjelder orientering for tid. Det beregnes poeng i forhold til type feilsvar	Tidsorientering
Hukommelse	Pasienten øver på å lære 16 objekter som blir presentert på fire plansjer, og skal gjenkalle objektene først uten stikkord, deretter med stikkord. Det gis poeng for korrekte svar	Visuell hukommelse: fri gjenkalling og gjenkalling med stikkord
Klokketegning	Pasienten blir bedt om å tegne en klokkeskive med tall, og deretter om å tegne inn viserne etter et angitt klokkeslett. Det gis poeng for korrekt tegning etter en skåringsskala	Ulike kognitive funksjoner, med primært visuospasiale funksjoner
Ordflyt	Pasienten blir bedt om å nevne så mange ord som mulig innen en gitt kategori i løpet av 1 minutt. Det gis ett poeng for hvert riktige ord	Ordproduksjon, eksekutive funksjoner

Bergen. Undersøkelsens første mål var å få norske normaldata for 7MT, SKT og Cognistat for personer 65 år og eldre. Dette er data som vil være viktige som en referanse når en skal vurdere hvordan pasienter gjør det på testene, og gir også en indikasjon på om de norske versjonene av testene gir resultater som er sammenlignbare med internasjonale resultater. De norske normaldataene baserte seg på et utvalg med 66 eldre personer som ble rekruttert i forbindelse med en opinionsundersøkelse, dette for å få et mest mulig representativt utvalg av eldre 65 år og mer. Ingen pasienter hadde lavere MMS-skåre enn 26, og pasienter der en mistenkte kognitiv svikt eller demens ble utelatt fra undersøkelsesmaterialet.

Undersøkelsens andre mål var å se hvor godt testene identifiserer eldre med mild demens i klinisk sammenheng. Dette ble undersøkt hos pasienter fra et utvalg geriatrike og alderspsykiatriske poliklinikker i Norge. Alle pasientene hadde en MMS-skåre på 22 til 30, det vil si at ingen hadde moderat eller alvorlig demens. Til sammen 95 pasienter ble inkludert, og pasientene ble diagnostisert med mild demens (68 pasienter) eller kognitiv svikt uten demens (27 pasienter). Det var en «uavhengig» ekspertgruppe som diagnostiserte pasientene etter ICD-10 kriterier. Gruppen kjente ikke til resultater fra de tre testene og heller ikke resultater fra andre kognitive tester. Sykepleierne og ergoterapeutene som gjennomførte testingen med de tre testene, kjente heller ikke til utredningsresultatene. Denne typen «blindet» undersøkelsesdesign ble brukt for å få en mest mulig uavhengig vurdering av testene.

I avsnittene under vil hovedfunnene som gjelder 7MT, beskrives.

Hva var normale 7MT-resultater for eldre?

Undersøkelsen viste at de fleste eldre som var friske og uten kognitiv svikt, fikk maksimale skåre på alle deltestene (8). Dette sees som høye gjennomsnittsskåre. Resultatene viste videre at den norske versjonen av 7MT gav sammenlignbare resultater med kontrollgruppene i den amerikanske, greske og nederlandske undersøkelsen. Testresultatene var i relativt liten grad påvirket av alder og utdanning.

Hvor god var 7MT til å skille mellom pasienter med og uten demens?

Undersøkelsen så videre på testens diskriminative styrke, det vil si evnen til å skille mellom de to pasientgruppene som ble beskrevet innledningsvis. En utregningsmetode som kalles Likelihood Ratio (LR) ble brukt. LR beregnes ut fra testens sensitivitet og spesifisitet. Sensitivitetsnivået var på 0.72, det betyr at 7MT identifiserte korrekt 72 prosent av pasientene som ble diagnostisert med demens. Spesifisitetsnivået var 0.74 – testen identifiserte korrekt 74 prosent av pasientene som ikke ble diagnostisert med demens. Dette gav en LR-verdi på 2.8, noe som er lavt, men tilstrekkelig høyt til å kunne si at testen i akseptabel grad skilte mellom de to gruppene. Det betyr at testen vil kunne bidra til å sikre en korrekt diagnose, men at den alene ikke er tilstrekkelig for å konkludere med en sikker diagnose.

I de tidligere undersøkelsene for 7MT var verdier for sensitivitet og spesifisitet på over 90 prosent (3-5), altså mye høyere. Hvordan kan dette forklares? De tre tidligere undersøkelsene sammenlignet to relativt forskjellige grupper, kognitivt sett: én gruppe med demens og én gruppe eldre uten kognitiv svikt. Siden gruppene i utgangspunktet var så forskjellige, sier det seg selv at de presterte svært forskjellig på testen. I den norske undersøkelsen ble to grupper som var relativt like kognitivt sett, sammenlignet: én gruppe pasienter som ikke fylte kriteriene for demens, men som hadde varierende grad av kognitiv svikt, og én gruppe pasienter med mild demens. Begge gruppene var tatt fra samme kliniske utvalg. Designet på den norske undersøkelsen og resultatene er derfor mer representative for klinisk arbeid enn de tidligere undersøkelsene. De noe svakere resultatene i den norske undersøkelsen var derfor ikke uventet.

Andre resultater fra undersøkelsen

Undersøkelsen så også på «resultatprofilen» for de fire 7MT-deltestene for pasienter med Alzheimers sykdom, noe som gir en indikasjon på om de ulike kognitive funksjonene er intakte eller svekket. Fra nevropsykologiske undersøkelser vet man at ved begynnende Alzheimers sykdom vil pasientene som oftest ha større vansker med oppgaver som gjelder hukommelse enn for oppgaver som gjelder andre kognitive funksjonsområder, som språklige, eksekutive (oppmerksomhets- og utføringfunksjoner) og visuo-spatielle (rom-retning) funksjoner. Et lignende mønster så vi i 7MT, selv om testen er kort og lite detaljert sammenlignet med nevropsykologiske testbatterier. Pasienter med Alzheimers sykdom hadde vansker først og fremst i forhold til deltesten Hukommelse og Orientering, og i noe mindre grad med Klokketegning og Ordflyt. Ved å se på profilen kan en dermed få en indikasjon på om resultatene er typiske for Alzheimers sykdom eller ikke. Dersom en pasient eksempelvis får en svak skåre på Klokketegning og Ordflyt, men normal skåre på Hukommelse og Orientering, vil dette være utypisk for Alzheimers sykdom.

Hvor anvendelig er 7MT?

Den norske undersøkelsen viser at 7MT kan være nyttig i en klinisk sammenheng for å identifisere pasienter som har demens i en tidlig fase. I tillegg til å gi en sannsynlighetsverdi, kan den gi informasjon om prestasjoner i forhold til ulike kognitive funksjonsområder. Den har ikke hundre prosent treffsikkerhet når det gjelder å identifisere personer med kognitiv svikt tilsvarende demens, men det er det ingen kognitive tester som har, og en skal som nevnt aldri basere en demensdiagnose på bare ett testresultat.

7MT har vært prøvd ut i Hukommelsesklinikken ved NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus i Bergen i over ett år. Testen brukes rutinemessig sammen med et par andre kognitive tester i den første vurderingen av pasienten, i tillegg til somatisk og nevrologisk undersøkelse. På bakgrunn av resultater fra 7MT og undersøkelsesresultater for øvrig, vurderer klinikkteamet om det er aktuelt å gå videre med mer detaljerte undersøkelser, slik som nevropsykologisk testbatteri og bildediagnostikk. Erfaringsmessig blir 7MT greit akseptert av pasientene, også av pasienter med mer alvorlig demens.

Referanser

1. Folstein MF, Folstein SE et al. 1975. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Psychiatry Research* 12: 189-98.
2. Lorentz WJ, Scanlan JM et al. 2002. Brief screening tests for dementia. *Canadian Journal of Psychiatry* 47: 713-714.
3. Solomon PR, Hirschhoff A et al. 1998. A 7 Minute neurocognitive screening battery highly sensitive to Alzheimer's disease. *Archives of Neurology* 55: 349-355.
4. Tsolaki M, Iakovidou V et al. 2002. Greek validation of the seven-minute screening battery for Alzheimer's disease in the elderly. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 17: 139-148.
5. Meulen EFJ, Schmand B et al. 2004. The seven minute screen: a neurocognitive screening test highly sensitive to various types of dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 75: 700-705.
6. Erzigkeit H. 1989. The SKT - a short cognitive performance test as an instrument for the assessment of clinical efficacy of cognitive enhancers. In M Bergener and B Reisberg (Eds.) *Diagnosis and Treatment of Senile Dementia* (pp. 164-174). Berlin: Springer.
7. Kiernan R, Mueller J et al. 1987. The Neurobehavioral Cognitive Status Examination: A brief but differentiated approach to cognitive assessment. *Annals of Internal Medicine* 107: 481-485.
8. Skjerve A, Nordhus IH et al. 2007. Seven minute screen performance in a normal elderly sample. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 22: 764-769.



Torhild Bjørge, sykepleier, konsulent/prosjektleder Bærum kommune

Friminutt for pårørende

«Det er grunn til å anta at avlastningstilbudet har bidratt til at noen har kunnet bo hjemme lenger.»

I Bærum kommune ble tilbud om avlastning for pårørende til hjemmeboende personer med demens startet som prosjekt i februar 2000 og varte ut juli 2002. Avlastningen skulle foregå i hjemmet. Fra august 2002 gikk dette over til å bli et fast tilbud.

Mål for prosjektet: Pårørende til hjemmeboende personer med demens skal sikres nødvendig støtte og oppfølging slik at den syke kan bli boende i vante omgivelser så lenge det er forsvarlig og ønskelig.

Prosjektleder tok tidlig kontakt med Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. De tilbød veiledning mot at det ble skrevet ned erfaringer og samlet inn bestemte data i prosjektperioden. Erfaringene er samlet i rapporten *Friminutt for pårørende* (1).

Det har ikke vært mulig å oppspore andre norske kommuner enn tidligere Sem kommune i Vestfold som har et tilsvarende tilbud om avlastning (2). Der ble ordningen ikke videreført, blant annet på grunn av omorganisering og sammenslåing av kommuner.

Kartlegging

Tidlig i prosjektperioden ble det gjort en enkel kartlegging blant annet av når pårørende ønsket fri. Resultatene viste at de fleste ønsket fri hverdager på dagtid.

I prosjektperioden ble det anbefalt å gjøre MMS (Mini Mental Status)-kartlegging av personen med

demens. Hos pårørende brukte vi Pårørende Stress Skala (3). Begge kartleggingene ble anbefalt utført to ganger i løpet av prosjektperioden. Det ble registrert kjønn og alder på pårørende og personen med demens (tabell 1).

Vi ser av tabellen at det i prosjektperioden ikke er personer med demens i aldersgruppene over 90 år, og bare et lite antall i de yngste aldersgruppene. I den andre registreringsperioden er det flere av de eldste enn av de yngste. Dette gjenspeiler trolig fordelingen av demenstifeller i befolkningen ellers. Vi ser at det er klart flest registrerte mellom 75-89 år i begge registreringsperiodene.

Aldersspredningen hos pårørende er stor, men med flest i aldersgruppen 75-84 år. Dette er sannsynligvis ektefeller. I de yngste aldersgruppene er det barn eller barnebarn, noen av disse bor sammen med personen med demens, de fleste gjør det ikke.

Det ble registrert om personene med demens bodde alene, varighet på avlastningstilbudet og sluttårsak. Det ble i tillegg anbefalt å registrere hvilke tilbud de hadde i tillegg til avlastning og i hvilken kombinasjon disse forekom.

Søknadsprosedyre og saksbehandling

I forbindelse med oppstart ble det bestemt at søknad skulle være skriftlig og vedtak fattes etter lov om sosiale tjenester § 4-2, bokstav B. Pårørende har i utgangspunktet ingen juridisk rett på hjelp, men får det idet vedtak er fattet. Vedtaket ble fattet på pårørende, og pårørende var derfor søker. Tilbudet er et lavterskeltilbud. Avlastning hjemme vurderes på lik linje med avlastning i institusjon og skal av den grunn være gratis.

Informasjon til aktuelle mottakere ble gitt gjennom gratisavisen Bæringen som sendes til alle husstander i kommunen en gang per måned. Det ble utarbeidet brosjyre som ble distribuert til hjemmetjenestene, habiliterings- og rehabiliteringstjenesten, alle fastlegekontorer, eldresentrene, bibliotekene, støtteforeringen for pårørende og sykehuset. Informasjonen ble dessuten gitt i form av muntlig presentasjon i ulike møter.

Tabell 1

Alder – personer med demens

	Prosjektperioden okt. 2000-mars 2002		apr. 2002-okt. 2006	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
under 65 år	1	5	2	2
65-69 år	0	0	2	2
70-74 år	1	5	5	4
75-79 år	7	35	23	19
80-84 år	4	20	41	34
85-89 år	7	35	25	21
90-94 år	0	0	12	10
95-99 år	0	0	8	7
Total	20	100	118	99

Ansettelse

Avlasterne ble ansatt som oppdragstakere, som er en mellomting mellom ansatte og selvstendig næringsdrivende. Det gir oppdragstakeren stor grad av selvbestemmelse om når vedkommende vil jobbe, men gir ikke pensjonspoeng eller rett til sykepenger og feriepenger. Kommunens utgifter er timelønn og arbeidsgiveravgift.

Organisering

Tilbudet har vært organisert under hjemmebaserte tjenester og er et eget ansvarsområde. Daglig leder har vært ansatt i 50 prosent stilling siden oppstart. En koordinator ble tilknyttet tjenesten i 50 prosent stilling. Daglig leder fikk nye oppgaver i 25 prosent av sin stilling på samme tidspunkt.

Tilbudet koster i gjennomsnitt ca kr. 4 000 i måneden per mottaker, med utgangspunkt i 30 timer per måned og en timelønn på kr. 134. Tilbudet er brukervennlig og enkelt å tilpasse i praksis, og det ser ut til å være et godt supplement til andre tjenester kommunen yter. Det er grunn til å anta at avlastningstilbudet har bidratt til at noen har kunnet bo hjemme lenger.

Avlasterne

For å rekruttere avlastere annonseres det i Bæringen. Mange har meldt seg hver gang vi har annonsert, og de har vært godt egnet for oppgaven.

Avlasterne jobber det antall timer per måned som vedtaket lyder på og får lønn etterskuddsvis etter innsendte timelister. Noen jobber under 15 timer, andre opp mot 90 timer per måned. I gjennomsnitt jobber de mellom 20 og 30 timer per måned. De ulike avlasterne er enten pensjonister, uføretrygdede eller personer uten annet arbeid som ønsker å ha en liten jobb.

Kvalitetssikring av tjenesten

I det første møtet med tjenesten får avlastere en grundig innføring i hva arbeidet innebærer. De blir gjort kjent med at arbeidet er selvstendig, ansvarsfullt og forpliktende. Det forventes at de følger kurs på Pårørendeskolen, enten før de begynner i tjenesten eller like etter at de har startet. Dersom de har begynt som avlastere, får de timelønn for deltagelse på Pårørendeskolen.

Avlasterne har tilbud om veiledning 1 1/2 time én gang per måned og plikter å delta minimum annenhver måned. De får timelønn for deltagelsen. Veiledningen gis av en hjelpepleier med videreutdanning i geriatri, psykiatri, veiledning og pedagogikk. Hun har erfaring fra arbeid med personer med demens på et tilrettelagt dagsenter, og har mange års erfaring fra hjemmebaserte tjenester.

Det arrangeres samlinger både faglig og sosialt én til to ganger årlig. Avlasterne plikter å rapportere minimum fire ganger per år.

Det er ugreit å skifte avlastere ofte, både for pårørende og for personen med demens. Derfor er det viktig å ha så god informasjon om personen med

demens som mulig, slik at avlasterne vet hva de går til.

Pårørendeskolen

Pårørendeskolen i Bærum ble etablert som opplæring for avlastere i forbindelse med oppstart av prosjektet høsten 2000. I tillegg ble dette tilbudet gitt til interesserte innbyggere i kommunen. Til nå har omkring 150 pårørende deltatt i opplæringen. Tilbakemeldingene på kurset er svært gode. Til sammen har 39 avlastere deltatt. Kurset arrangeres én gang per år, og det er mellom 15 og 30 deltakere per kurs. Pårørendeskolen er nå et fast tilbud til pårørende, avlastere og andre interesserte. Enkelte ansatte i kommunen og på sykehuset har også deltatt.

Tilbudet i praksis

Når vedtak er fattet, går det beskjed fra saksbehandler på tildelingskontoret til koordinator av tjenesten. Pårørende blir kontaktet for å avklare behov, så man kan finne egnet avlastere. Koordinator av tjenesten og en avlastere går deretter på hjemmebesøk for å igangsette tilbudet. I prosjektperioden og i videreføring av tilbudet har pårørende fått tilbud om mellom 15 og 40 timer avlastning per måned, som fordeles med tre til syv timer per gang. Avlastningen planlegges i nært samarbeid med pårørende, og tidspunkt for når timene skal benyttes er en avtale mellom pårørende og avlastere. Oppgavene avlastere utfører er forskjellige ut fra den sykes funksjonsnivå. Mange går tur, tilbereder enkle måltider sammen, leser aviser, blader eller bøker, legger puslespill, går på handletur eller besøker muséer.

Hvor lenge mottas tilbudet?

Av dem som hadde tilbudet i 41 uker eller mer i prosjektperioden, hadde tre personer en MMS-skåre mellom 0-11/30. I registreringen fra april 2002 og ut oktober 2006 hadde nesten halvparten av disse hjelp i inntil 20 uker, ca 40 prosent hadde hjelp i inntil 80 uker. Få har hjelp utover dette. Vi foretar ikke lenger MMS-kartlegging, men inntrykket er at vi nå i mange tilfeller kommer inn tidligere i utviklingen av sykdommen. Likevel ser vi at noen er kommet så langt i utviklingen av sykdommen at vi bare er inne med avlastning i en kort periode før innleggelse i institusjon.

I begge perioder er sluttårsaken at personen med demens kommer på sykehjem, en del som følge av at ektefellen er svært sliten, dør eller blir så syk at det blir umulig å ha omsorgen hjemme. I få tilfeller har behovet opphørt. Årsakene har vært at personene med demens har fått dagsenterplass fem dager per uke eller at andre pårørende har vært mer hos dem. I enkelte tilfeller har vi ikke klart å etterkomme pårørendes ønsker (tabell 2).

Hjemme – hvor lenge?

En viktig faktor i vurderingen av hvor lenge en person med demens kan bli boende hjemme, er belastningen

Tabell 2
Sluttårsak

	Prosjektperioden okt. 2000-mars 2002		apr. 2002-okt. 2006	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Sykehjem	12	50	71	60
Behov opphørt	2	10	14	12
Død	6	25	9	8
Har fortsatt hjelp	4	15	25	20
Total	24	100	119	100

pårørende opplever. En kritisk faktor for å komme på institusjon ser ut til å være at personen med demens begynner å snu døgnnet og i tillegg blir inkontinent for urin og spesielt avføring.

Halvparten av pårørende oppgir at tilbudet har gjort det tryggere å ha personen med demens boende i hjemmet. Registreringer i prosjektperioden viste at stressbelastningen for pårørende samlet sett hadde økt lite til tross for at funksjonsnivået hos brukerne var blitt vesentlig redusert. I hele perioden fikk vi mange positive tilbakemeldinger i direkte kontakt med pårørende. De opplevde det som godt å forholde seg til en fast person som kom til faste tider.

Pårørende ga tydelig uttrykk for at de hadde et stort og udekket behov for å ha noen å snakke med om den vanskelige situasjonen de befant seg i. Evaluering av prosjektet viste at tilbudet var godt tilrettelagt, men samtidig oppga om lag fire av ti at tilbudet i liten grad dekket deres behov. Erfaringene i prosjektperioden viste at det var flere pårørende som hadde så stor omsorgsbyrde at situasjonen var vanskelig uansett hvor mye hjelp de fikk. Disse pårørende har påtatt seg et stort ansvar og ønsket av ulike grunner ikke å søke institusjonsplass, og hadde på den måten selv valgt å ha personen med demens boende hjemme. De sa allikevel at avlastningen hadde vært til god hjelp. Pårørende som ikke så ut til å nyttiggjøre seg andre tilbud fra kommunen, fortalte at avlastningen hadde vært nyttig.

Registrering av avlasterne april 2002 - oktober 2006

Totalt har 39 avlastere vært engasjert, hvorav 17 var med i registreringen i prosjektperioden. Av disse 17 jobber fortsatt syv avlastere, mens 21 av 39 har sluttet av forskjellige årsaker. Ti avlastere har gått over i annen jobb, to har flyttet, ni har sluttet på grunn av helse eller høy alder. Det er relativt lett å rekruttere nye avlastere, men noe vanskeligere å rekruttere menn enn kvinner. Av de 39 har det vært syv (18 prosent) menn og 32 (82 prosent) kvinner.

Erfaringer etter prosjektets slutt

Tilbudet gikk over til å bli et fast tilbud i kommunen fra 1. august 2002. Siden da er praksis endret i forhold til hvem som skal være søker. I prosjektperioden ble det vurdert som juridisk riktig at pårørende skulle

være søker. Nå er det personen med demens som må skrive under søknad på samme måte som ved søknad om andre tilbud, og søker altså avlastning på vegne av sin pårørende. Begrunnelsen er at dokumentasjon bare skal gjelde personen med demens. Dette er imidlertid problematisk juridisk sett, med tanke på at tilbudet er til pårørende. I tillegg var det enkelt for pårørende å være den som skrev under, for å slippe en mulig diskusjon med personen med demens.

Det utøves stor grad av skjønn i vurderingen av om personen med demens har samtykkekompetanse, og det vurderes individuelt om pårørende skal skrive under søknader om de ulike tjenestene.

For mottager er tilbudet fremdeles gratis. Utgiftene for kommunen har ikke endret seg nevneverdig siden oppstart av prosjektet. Lønn til avlasterne er regulert fra kr. 105 per time ved oppstart av prosjektet, til kr. 134 per time i januar 2007.

Det er vanskelig å vurdere hva som er riktig informasjonsnivå til personen med demens i forbindelse med oppstart. Hvis vedkommende ikke har innsikt i sin situasjon, sier vi ikke mye om bakgrunnen for å sette i gang avlastning. Vi sier at kommunen tilbyr hjelp til eldre og syke mennesker som har behov for det. Dersom vi har fått epikrise fra sykehuset og diagnosen er demens, kan den brukes som grunnlag for at kommunen tar kontakt og tilbyr tjenester.

Antall pårørende som tar kontakt for individuell veiledning, samtale og råd, enten ved personlig fremmøte eller på telefon, har økt siden oppstart i oktober 2000. Ved årsskiftet 2006/07 var det mellom fem og ti per måned. Det er daglig leder av avlastningstjenesten som gir dette tilbudet.

Hva nå?

Organiseringen av tjenesten er endret i 2007. Tilbudet var tidligere organisert under hjemmebaserte tjenester, men er flyttet til forebyggende eldreomsorg våren 2007. Tjenesten har til dels vært både økonomisk, administrativt og faglig usynlig, slik organiseringen har vært. Det er sannsynlig at tjenesten kommer nærmere bruker og på den måten blir mer synlig når den legges under forebyggende eldreomsorg.

Til slutt er det svært oppmuntrende at det er både politisk og administrativ vilje til å satse videre på avlastningstilbudet i kommunen. Budsjett for 2007 ble økt med kr. 400 000, noe som tilsvarer en økning på 30 prosent. I praksis betyr det 150 timer ekstra per måned, og at fem til seks flere familier kan få hjelp.

■ torhild.bjorge@baerum.kommune.no

Referanser

1. Bjørge, T (2004) Friminutt for pårørende. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
2. Eek, A & Kjeldsberg, AB (1988) Når hukommelsen svikter, 2.utg. Våle: Eget forlag.
3. Utredningsverktøy for leger og sykepleiere. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Pris for DEMENSPLAN

Nasjonalforeningens Demenspris 2007 ble i Bergen gitt til to personer som har stått sentralt i arbeidet med kommunens demensplan: nylig avgått byråd Trude Drevland og overlege Finn Markussen. Nasjonalforeningens Demenspris blir utdelt flere steder i landet på den offisielle Alzheimerdagen 21. september.



Demensprisen gikk til tidligere byråd Trude Drevland og overlege Finn Markussen.

I grunngivningen for prisen i Bergen heter det blant annet:

«Den eine prismottakaren (Finn Markussen, red. anm.) har gjennom eit omfattande utgreiingsarbeid med aktivt og open deltaking frå mange ressurspersonar i utøvande tenester i Bergen, lagt grunnlaget for det som kan vise seg å verte Bergen kommune sin nye kurs for forbetra demensarbeid.

Den andre prisen går til ein person som har gjennomføringskraft og har vist å nytte den. Med genuin interesse og kompetanse kring demens i mange slags funksjonar har ho sett dette arbeidet inn i den heilskaplege løysinga for eldreomsorga i Bergen.»

OMFATTENDE PLAN

Demensplanen for landets nest største kommune er omfattende. Det overordnede prinsippet er å satse på en omsorgskjede. Tiltakene omfatter blant annet lokale hukommelsesteam, felles retningslinjer for hjemme-sykepleie, hukommelsesteam og fastlege, sikring av at hjemmehjelp og hjemmesykepleie gir koordinerte tjenester, etablering av pårørendeskole og andre tiltak for pårørende, målretting og tilrettelegging av dag-senteraktiviteten, tilrettelegging av flere korttidsplasser i sykehjem for personer med demens og etablering av byomfattende akuttavdelinger i sykehjem. Personer med utagerende atferd er tiltenkt omkring 20 boenheter i forsterkede skjermede enheter. Yngre personer med demens skal etter planen få egen boform som skal omfatte alle bydelene. En egen byomfattende enhet med ansvar for kompetanseutvikling skal etableres, og man skal tilstrebe at personer med spesiell kompetanse innen demens gir tjenester til denne pasientgruppen. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten er tatt opp i eget punkt, det samme gjelder bruk av tvangstiltak.

Som kjent er det budsjettene som bestemmer hva som kan gjennomføres. Trude Drevland var på tidspunkt for prisutdelingen byråd for helse og omsorg, og sa i sin takketale:

– Planen forplikter. Budsjettet for 2008 er allerede lagt, og jeg tror ikke postene som gjelder demensplanen er de som lettest blir strøket.

I mellomtiden er Drevland gjennom det politiske spillet blitt fjernet fra byrådsstolen og gjort til varaordfører i Bergen. Vi krysser fingrene for at det finnes tilstrekkelig av andre i det politiske miljøet som ser verdien av å utvikle en solid omsorgskjede for personer med demens.

*Demens&Alderspsykiatri gratulerer
Trude Drevland og Finn Markussen med Demensprisen 2007!*



Arvid Fikseaunet, p.t. overlege ved Alderspsykiatrisk poliklinikk, Ålesund sjukehus

I lovens navn: Pasienten eier diagnosen

Aase-Marit Nygård skrev i Demens & Alderspsykiatri nr 2-2007 om demensdiagnosen: hvem eier den, og hvordan formidle den og følge opp eiere. I overskriften har hun gitt det viktigste svaret selv, eieren er den personen som har fått diagnosen. Det har ikke alltid vært slik. Helsepersonell (da hovedsakelig leger) har tidligere betraktet diagnose og alle opplysninger om pasienter som sin eiendom, og vi kjenner vel alle de karikerte fremstillingene av leger og annet helsepersonell som i sin distanse til pasientene har omtalt dem som å være de diagnosene de har.

Å kommentere etter Aase-Marit Nygård blir som å hoppe etter Wirkola, men på samme måte som hoppporten ikke stagnerte for 40 år siden, må også tenkning og praksis rundt dette viktige feltet gjentas, ses fra forskjellige vinkler og kritisk vurderes, og kanskje kommer det andre grunnleggende tanker til ved senere korsveier.

Pasientrettigheter

Selv om jeg ikke har Aase-Marit Nygårds fartstid, har jeg vært med noen år og sett utviklingen gå i retning av mer og mer pasientfokus, utvidelse av pasientrettigheter osv.

I min studietid på 1970-tallet kom en av de største omveltningene. Da avgjorde Høyesterett at pasienter hadde rett til å lese sin journal. Det var mange betenkeligheter rundt dette i det medisinske miljøet. «Verden» har ikke blitt den samme etterpå, men når man først fikk innstilt seg på at slik skulle det være, har det gått seg til slik mye pleier å gjøre. Senere har journalforskriftene blitt slik at inntrykket lett kan bli at det viktigste med journalen ikke lenger er å være helsepersonalets arbeidsredskap, men at den skal være et redskap for kontrollørene. Det er imidlertid en annen sak.

Senere har det kommet lovendringer og nye lover. Jeg synes det er greit å bruke lovverket som utgangspunkt for tenkningen rundt praksis, og da spesielt Pasientrettighetsloven.

Helsepersonell forholder seg til en rekke lover, og det kan være lett å se på lovene som «hår i suppa»,

altså noe som er til mer ergrelse enn til gagn. Etter gjennom mange år å ha sett forskjellige lovforslag, bakgrunns materialet til dem og det arbeidet som gjøres før lovene (i alle fall de som angår helsetjenester) blir vedtatt og trer i kraft, har jeg fått mer og mer respekt for alt arbeidet som ligger bak. Aase-Marit Nygård drøfter i sitt innlegg forskjellige etiske tilnærminger til problematikken, og lovforarbeidene inneholder i tillegg til mye jus, også vesentlige etiske betraktninger.

Pasientrettighetsloven sier at pasienter har rett til medvirkning. For at dette ikke skal bli en papirbestemmelse, har de også rett til nødvendig informasjon. Hvis forholdene tilsier det, skal nærmeste pårørende ha informasjon. Har pasienten ikke samtykkekompetanse, har nærmeste pårørende rett til å medvirke til behandlingen. Loven sier uttrykkelig at hvis pasienten er over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av forskjellige tilstander (herunder er demens nevnt spesielt), har både pasienten og nærmeste pårørende rett til informasjon. Klarere kan det knapt sies at en ikke skal omgå pasienten.

Pasienter har i tillegg rett til journalinnsyn, og dermed rett til å få alle opplysninger som angår dem selv, inkludert diagnoser. Unntaksbestemmelsen som tillater nekting av innsyn for å unngå alvorlig helse-skade, bør etter min mening være en nesten sovende bestemmelse. Bestemmelsen som gir rett til å holde unna enkelte opplysninger av hensyn til nærstående personer, er også meget sjeldent aktuell å bruke. Jeg mener å huske at jeg har brukt den midlertidig én gang i forhold til en demenspasient.

Mer komplisert er det å forholde seg til lovbestemmelsen som sier at informasjon ikke skal gis mot pasientens uttrykte vilje. Enkelte pasienter sier at de ikke vil høre, men signaliserer på andre måter at de vil vite likevel. Her ligger det utfordringer. Videre har vi de tilfellene der pårørende ber oss om å ikke si noe til pasienten. Det kan vi jo vanligvis ikke etterkomme, men informasjonen må da overbringes med ekstra følsomhet. Det må tas høyde for at det de pårørende sier, oftest er uttrykk for deres egen usikkerhet eller vansker med å forholde seg til realitetene, og dermed

et signal om at i alle fall pårørende her har et spesielt behov.

Diagnoseformidling

Å formidle en diagnose kan være lett – og uendelig vanskelig.

Har man et mekanisk syn på demenssykdommen og dermed på diagnosen, kan det være lett. Ser man på pasienten og miljøet rundt som en helhet, med individuelle tanker og følelser, familie- og gruppedynamikk og så videre, er det mye som må tas i betraktning. Ut fra flere års erfaring er min oppfatning at de fleste pasienter og pårørende tross alt oppfatter det å få diagnosen som en lettelse. Mange har selv vært inne på tanken om demens, og har de fryktet den, har de også på en måte forberedt seg.

Diagnose er én ting, prognose er noe annet, og der blir det vanskeligere. Vi vet jo at de degenerative demenssykdommene utvikler seg i én retning, men det er langt fra alltid vi kan se for oss med hvilken hastighet progresjonen skjer. Her vil behandlerens usikkerhet lett komme til uttrykk under samtalen. Statistisk sannsynlig forløp er ikke det samme som det individuelle forløpet, og i formidlingen kan det være riktig en rekke ganger å formidle håp. Ikke falske forhåpninger om å bli bra, men håp om et rikt liv i flere år også etter at diagnosen er satt.

Aase-Marit Nygård har vært inne på mange sider/ begrunnelser for å fortelle eller ikke fortelle «sannheten». I vårt land er vel de aller fleste nå innstilt på å gi informasjon slik lovverket forutsetter. Spørsmålet er når det skal skje. Selv der en ser for seg at formidlingen blir positivt eller nøytralt mottatt, må en regne med at det kommer emosjonelle reaksjoner hos pasient eller pårørende. Når en da i de aller fleste kliniske situasjoner har et visst tidspress, kan det gå galt. Tar en dessuten i betraktning lovers og forskrifters retningslinjer for mengde informasjon som skal gis og for dokumentasjon av at den er gitt, kan de fleste behandlere få problemer med å leve opp til dette. Det fins knapt muligheter til å gi så mye informasjon som loven krever, være sikker på at den blir forstått og i tillegg dokumentere dette, i hver eneste pasientkontakt man har.

Ved sikker diagnose er det naturlig å formidle den, men av og til kan det være riktig å bruke omskrivinger. Er det for eksempel riktig å bruke ordet Alzheimer til alle som antas å ha Alzheimers sykdom? Noen takler bedre ordet demens/aldersdemens i første omgang. Så får en heller bruke noe tid på å forklare hva ordet demens beskriver. De fleste pasientene vil da som regel kjenne seg igjen. Omskrivinger for å sky begrepet demens når demens er sikker diagnose, blir imidlertid feil.

Ved usikker diagnose kan belastningen på pasient og pårørende bli større enn når diagnosen er sikker. Usikkerheten betyr ofte at en må observere forløpet over tid (måneder, kanskje et år) for nærmere avklaring, og noen pasienter/pårørende trenger ekstra oppfølging i denne tiden.

Diagnoseformidling er teamarbeid

Siden det er vanlig å innkalle pårørende eller andre nærstående i forbindelse med utredningen, er det også naturlig å ha dem til stede når konklusjon/diagnose etc formidles.

I min praktiske hverdag gjennom en rekke år har det i utgangspunktet vært en selvfølge at vi er to behandlere til stede ved formidlingen, selv om det ikke alltid lar seg gjennomføre. Dette fordi man vet at det er mye enklere å forholde seg til et par, en familie eller en gruppe når to behandlere går sammen om oppgaven. Da kan den ene (som regel lege eller psykolog) formidle fakta og konklusjoner, mens den andre, som har en minst like vanskelig oppgave, er med for å fange opp de følelsesmessige reaksjonene som kan komme.

I samtalen må man finne ut hvordan oppfølgingen skal være for pasient og pårørende. Er utredningen gjort i primærhelsetjenesten, vil jo samme lege følge opp, og fastlegene har ofte fordel av at de kjenner pasientens bakgrunn og miljø bedre enn det en gjør i spesialisthelsetjenesten. Hvis utredningen er gjort i spesialisthelsetjenesten og det er meningen at pasienten skal tilbakeføres til primærhelsetjenesten umiddelbart, må man sikre seg at oppfølgingen vil skje.

Det er imidlertid ofte naturlig for den som har utredet å holde kontakten med pasient og pårørende, enten pasienten skal ha medisinsk oppfølging eller ikke. I mange tilfeller er dette nødvendig en tid fremover. Som i de fleste former for klinisk virksomhet må oppfølgingen tilpasses individuelt. Ingen pasienter eller pårørende er like eller har helt identiske behov. Dessverre opplever jeg, og sikkert mange med meg, at ressursknapphet ikke sjelden er til hinder for en så god oppfølging som ønskelig, men gjennom samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjeneste og frivillige organisasjoner (demensforeninger) er det mange muligheter.

Og vi kan alle bli bedre, lære av hverandre, av pårørende, og av dem som lærer oss mest, nemlig pasientene.

■ arvid.fikseanet@helse-sunnmore.no



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Kanal for ventilering og læring: Samtalegrupper gjennom tjue år

Tor Erling Dahl er klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie og daglig leder ved Hukommelsesklinikken ved Ullevål universitetssykehus. Allerede for tjue år siden startet han samtalegruppe for pårørende til personer med demens, og var dermed pioner på feltet.

– Starten var beskjeden, med to pårørende, men vi begynte å rekruttere pårørende blant dem som hadde pasient på datidens psykiatriske sengepost på Ullevål. Poliklinikken kom først i 1990, og dette var i 1987.

Flere pårørende kom til etter hvert, og siden har det vært samtalegruppe ved Hukommelsesklinikken. Møtene arrangeres en gang i måneden og varer i to timer. Deltagerne er ektefeller, barn, nevøer og nieser, og de fleste er kvinner. Deltagerantallet er fra fem til ti personer hver gang.

Hjelp og mangel på hjelp før og nå

Fra 1987 til i dag har Tor Erling Dahl registrert store forskjeller i hvordan hjelpeapparatet har taklet oppgavene.

– I de tidligste årene kunne enkelte oppleve å få sin ektefelle eller forelder med demens i retur fra sykehjemmet, fordi omsorgen for vedkommende var for krevende. Jeg kan vanskelig se at dette kunne skjedd i dag. Nå klager imidlertid pårørende over at de får avslag på søknad om sykehjemsplass, så den syke ikke engang kommer innenfor dørene!

Er dette avslag du som fagperson har problemer med å forstå grunnlaget for?

– I noen tilfeller har det vært uforståelig at søknaden kunne avslås. Dette har angått pasienter vi har hatt i poliklinikken her på Ullevål, der vi kjenner personen og sykdommen og der vi i mange tilfeller har anbefalt søknaden om sykehjemsplass. Vi har grunn til å tro at avslagene ikke alltid er faglig fundert, men bunner i økonomi og at det er for få sykehjemsplasser i kommunen.

Tor Erling Dahl,
klinisk spesialist i
psykiatrisk sykepleie



Likevel er det innlysende at det gis flere tilbud til personer med demens i dag enn for tjue år siden. På den tiden var det stort sett snakk om sykehjemsplasser, og hjemmetjenesten var ikke særlig godt utbygget. Dagsentre begynte å komme på slutten av 1980-tallet og begynnelsen av 1990-tallet.

– Fra år 2000 er imidlertid antallet tilrettelagte dagsenterplasser for personer med demens blitt redusert. Men pårørende står på, og mange benytter seg av muligheten til å klage når de ikke får de tilbudene de har behov for.

Hva opplever du er det største udekkede behovet for denne gruppen?

– Svært mange forteller at det er vanskelig å nå frem i systemet. Det kan være på grunn av byråkratiske hindringer, men også på grunn av hyppig skifte av personer i den kommunale saksbehandlingen. Bestiller-utfører-modellen (BUM) har ført til økt byråkratisering, og mange pårørende savner direkte

kontakt med den eller de personene i bydelen som kan svare på spørsmål og eventuelt sørge for at de får hjelp. Hvor skal de ringe, hvem kan de kontakte for å få hjelp og hvordan kan de få hjelp til å anke avslag på søknader?

Dessuten er det stor mangel på oppfølging av personer med demens og deres pårørende. Mange blir ikke kontaktet hvert halvår, slik vi på Hukommelsesklinikken anbefaler. De blir gående med samme tjenestetilbud over lang tid, selv om demenssykdommen utvikler seg. Pårørende er ofte fortvilet over primærhelsetjenestens manglende forståelse og innsats, men vi hører heldigvis også om tilfredshet over hjelpetilbud og avlastning.

Samtaler med nytteverdi

Tor Erling Dahl har fulgt gruppene i alle år og observert både endringer og likheter i problemstillingene som tas opp. De første årene handlet det mye om følelser hos pårørende.

– Det var mye skam omkring demens på den tiden, over den sykes problemer og atferd som kunne virke upassende. Mange følte dessuten skam når de ikke lenger klarte omsorgen og måtte søke om sykehjemsplass for den syke. I dag er demenssykdom mer kjent og akseptert, og det er heldigvis ikke så mye skam knyttet til den lenger.

I dag handler gruppesamtalene mindre om følelser. Deltagerne går raskt over til å snakke om praktiske og økonomiske følger av demens og hvordan man kan få løst hverdagens problemer. Søkning om hjelp og det faktum at primærhelsetjenesten overprøver spesialisthelsetjenestens anbefalinger om tjenestetilbud, er viktige emner. Også spørsmål omkring bilkjøring og førerkort er et hyppig tema, og mulighetene som ligger i bruk av demensmedisiner.

– Det som er likt fra 1987 til i dag, er at pårørende snakker mye om rolleendringene som skjer når en person i familien får demens. Pårørende får andre roller og oppgaver, og ektefeller får omsorgsoppgaver i forhold til en person som tidligere har klart seg selv. Mange sørger over tap av person og relasjon. Holdninger til personer med demens er også et viktig

tema, ikke minst når den som er syk har en atferd som kan virke underlig eller utfordrende for andre. Vi holder frem betydningen av å informere omgivelsene, slik at de kan opptre på en hensiktsmessig måte. Enkelte kan for eksempel glemme å betale for varer i butikken, og hvis ikke butikkpersonalet vet om sykdommen kan de tro at de prøver å stjele. Noen kan skape underlige situasjoner i selskapslivet eller i familiesammenhenger, og da er det greit at alle involverte kjenner til årsaken. Det gjør gjerne krisene mer håndterbare.

Hva er det viktigste pårørende kan få med seg ved å delta i en slik gruppe?

– De sier selv at det er godt å treffe andre i samme situasjon. Det er godt å se at deres utfordringer og opplevelser ikke er så annerledes enn det andre pårørende kan fortelle om. Da kan de lettere slå seg til ro med at egne følelser og reaksjoner er ganske vanlige i den situasjonen de er kommet i. Dessuten klarer de fleste å lære metoder og måter å tenke på som gjør at de bedre kan løse problemer selv og forholde seg til den syke på en mest mulig hensiktsmessig måte. Dette utgjør en vesentlig del av det vi snakker om i gruppen.

Satsningsområde

Pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende til personer med demens er utpekt som satsningsområde i Omsorgsmeldingen (St.meld. 25: 2005-2006), og gjennom Demensplan 2015 «Den gode dagen» vil regjeringen sikre spredning av slike tilbud gjennom et treårig utviklingsprogram. Hvordan ser Tor Erling Dahl for seg arbeidet med «sin» gruppe i årene fremover?

– Jeg ser for meg at Lærings- og mestringssenteret på Ullevål universitetssykehus overtar driften av gruppene, så kan jeg stille meg til disposisjon som gruppeleder hvis de ønsker det. Jeg lærer stadig mye av gruppene, så jeg pleier å si at jeg har arrangert samtalegruppene like mye for min egen del som for pårørendes del.



Astrid Elisabeth Andersen, fagkonsulent/ergoterapispesialist i eldres helse, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Teknikk & Demens i Norden

Prosjektet *Teknikk & Demens i Norden* startet i 2006 og varer til 2008. Det er finansiert av Nordiskt utvecklingscenter för handikapphjälpmedel, NUH, og en rekke nordiske institusjoner innen hjelpemiddel- og demensområdet. I Norge er prosjektet støttet av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, hvor de to norske prosjektmedarbeiderne Torhild Holthe og Astrid Andersen arbeider som fagkonsulenter. *Teknikk & Demens i Norden* er det første prosjektet innen fagområdet demens hvor alle de nordiske landene deltar.

Bakgrunn

Demenssykdom påvirker utførelse av daglige gjøremål. For de fleste starter sykdommen med hukommelsesproblemer, og man trenger hjelp til å huske avtaler, fødselsdager, gjøre innkjøp, ta medisiner og lignende. Etter hvert påvirkes evnen til å utføre sammensatte handlinger og benytte tekniske installasjoner. Det oppstår problemer med å lage mat, vaske klær, betale regninger, benytte telefon og kjøre bil, for å nevne noen av de daglige gjøremålene som vanskeliggjøres underveis i sykdomsforløpet.

Dette prosjektet dreier seg om hjelpemidler som støtter hukommelse og orientering, for eksempel elektronisk kalender, huskeklokke, dagsplanlegger og lomme-pc med påminnelsesfunksjon. Kognitive hjelpemidler har vært på markedet i over 20 år, men det er fortsatt få som har kunnskap om hvordan personer med demens kan ha nytte av denne type hjelpemidler. Det er viktig at hjelpemidler til personer med demens er enkle å forstå, bruke og vedlikeholde. Pårørende og helsepersonell er viktige støttespillere i opplæring og oppfølging, og derfor ønsker vi deres erfaringer med i prosjektet.

Mål

Hensikten med det nordiske prosjektet er å samle kunnskap om hvilke teknologiske hjelpemidler som kan være til nytte for personer med demens og deres pårørende i hverdagen. Videre søkes det kunnskap om hvordan de får tak i hjelpemidlene og hvilken opplæring og oppfølging de får.

Et annet mål er å få kjennskap til hva de ulike landene har gjort på dette området og hvordan formidling av hjelpemidler til personer med demens foregår i de nordiske landene.

Materiale og metode

En intervjuguide ble tidlig utarbeidet, og 25 personer med demens, deres pårørende og de som har formidlet hjelpemiddelet er blitt intervjuet. Dataene er skrevet inn i en felles mal og de danske prosjektmedarbeiderne foretar nå en kvalitativ tematisk analyse.

Resultatet skal samles i en bok (både papir- og nettoutgave) og formidles til alle som kommer i kontakt med personer med demens i arbeid, familie eller som frivillig hjelper.

Hvilken nytte kan personer med demens ha av hjelpemiddelet?

Det er de gode eksemplene som skal beskrives i prosjektet, slik at personer med demens, pårørende og helsepersonell kan bli inspirert til å ta denne type hjelpemidler i bruk. Den endelige rapporten er ikke ferdig, men nedenfor beskrives et eksempel på en nyttig erfaring som er hentet fra Danmark. Det viser hvordan en person med en demenssykdom kan nyttiggjøre seg en GPS (Global Position System), et elektronisk peilesystem som er koblet sammen med en enkel mobiltelefon.

Peder Olsen er 62 år og fikk for et år siden diagnosen Alzheimers demens. Han har tidligere vært en aktiv sportsutøver og er sunn og frisk. Det viktigste

for ham er å kunne gå ut alene og føle seg trygg. En dag gikk han seg bort, noe som medførte at både han og hans kone ble utrygge. Kommunens demenskoordinator anbefalte en GPS. Den har han nå på seg hele tiden. Hvis Olsen ikke kommer hjem til ventet tid, kan hans kone ringe vaksentralen og få vite hvor han befinner seg. Peder Olsen selv trenger ikke slå et telefonnummer, han kan bare trykke på en stor blå knapp, så går meldingen til vaksentralen som kontakter et familiemedlem og forteller hvor Olsen er. Hans familie kan også ringe Olsen og høre hvordan han har det. Olsen synes at GPS-systemet er et godt hjelpemiddel, og det minner ham om den personsøkeren han alltid hadde på seg på jobben.

Dette har ført til at hans kone føler seg trygg, og han kan fortsatt gå sine daglige turer alene.

Utfordring for Norge

I Norge har vi hatt problemer med å få informanter til prosjektet. Dette var en utfordring vi ikke hadde regnet med. For å få kontakt med personer med demens og deres pårørende, måtte vi gå gjennom fagmiljøene, og vi har tatt kontakt med de ansvarlige for teknologiske hjelpemidler på Hjelpemiddelsentralene i Østfold og Vestfold, sendt ut forespørsel til fylkeskontakter for ergoterapeutene i Østfold, Vestfold, Telemark, Aust-Agder, Vest-Agder og Buskerud og kontaktet det ergoterapeutiske nettverket for eldres helse. Ingen av disse henvendelsene førte frem. Da vi på kurs for personell i demensomsorgen fortalte om prosjektet og oppfordret deltakere til å la seg intervju, fikk vi til slutt fire informanter. Den femte fikk vi via en forhandler av tekniske hjelpemidler. Vi har undret oss over hva årsaken er til at vi i Norge (og Finland) har hatt problemer med å finne informanter, mens dette har vært helt uproblematisk i de andre landene. Kan årsaken være at det er liten tradisjon for bruk av denne type hjelpemidler i Norge? Har vi kontaktet feil steder/personer? Vet ikke formidlerne om hjelpemiddelet er i bruk fordi de ikke følger opp over tid? Dette er et spørsmål som ligger utenfor prosjektet, men som vi likevel kommer til å ta opp når de enkelte lands erfaringer legges frem i prosjektgruppen i november 2007.

■ astrid.andersen@aldringoghelse.no



Eva Anfinnsen, hovedbibliotekar,
Nasjonalt kompetansesenter for
aldring og helse

Litteraturtjenesten/ Biblioteket ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Telefonen ringer

...– Jeg er student og skal skrive oppgave om kommunikasjon med personer med demens. Kan dere hjelpe meg med hvor jeg kan finne stoff? Jeg trenger forskningsartikler også.

...– Jeg tar videreutdanning om demens og skal skrive oppgave om yngre personer med demens og pårørendes situasjon. Har dere en brosjyre, kanskje?

...– Kommunen vår planlegger en ny enhet for personer med demens. Vi trenger kunnskap om momenter vi må ha med i planleggingen. Kan dere hjelpe?

...– Avdelingen skal omorganiseres, og jeg lurar på hvordan det er med retningslinjer for personale til skjermet enhet.

...– Jeg er lærer i videregående skole og skulle gjerne hatt en film om demens å vise elevene.

Vi åpner e-posten

...«Kan dere hjelpe med stoff om medikamentbruk til personer med demens? Noe om virkninger og erfaringer...»

...«Kan dere sende følgende artikler og bøker:- (oppgitt: forfattere, titler- -kanskje- - -)»

...«Vi ønsker noe stoff om sanseterapi. Vet dere hvor vi kan finne noe om det?..»

Dette er en vanlig dag i biblioteket ved Kompetansesenteret. En vet aldri hva dagen vil bringe av detektivarbeid.

Heldigvis finnes det mange hjelpemidler. «Fingeravtrykk» og «spor» kan være forfattere, emner, titler, og vi kan bruke søkebasen, manuell leting, egen hukommelse...

Kompetansesenteret har bygget opp et innholdsrikt spesialbibliotek og registrert dette i en bibliotekbase. Den er også søkbar på nettet via Kompetansesenterets hjemmeside, klikk «Bibliotek»:
<http://bibliotek.nordemens.no/>



Ny bokkatalog for 2007

Tlf.: 33 34 19 50

E-post: post@aldringoghelse.no

www.aldringoghelse.no

Ansatte i biblioteket Aldring og helse
Eva Anfinnsen, Vigdis Knutsen (Kompetansesenterets bibliotek)
Brit Døvre Larssen (PiV-biblioteket)

www.aldringoghelse.no/bibliotek.html
bibliotek@aldringoghelse.no
+47 33 34 19 54 / 33 34 19 65

Er det treff her, finnes litteraturen tilgjengelig hos oss. Men før en får svar, må en vite hva en skal lete etter, og det er ikke alltid umiddelbart enkelt ut fra problemstillingene.

I tillegg til bibliotekfaglig utdanning har vi som arbeider i biblioteket/litteraturtjenesten kunnskaper innen Kompetansesenterets ansvarsområder, noe som er nødvendig for å kunne yte service og hjelp med å finne frem i litteraturjungelen.

Hvordan kan vi hjelpe?

Den aktuelle problemstilling kartlegges, og det velges ut litteraturbaser å søke i. Det kan være viktig å vite noe om mottakerens kunnskaps-/utdanningsnivå og språkkunnskaper.

Den som kontakter vår litteraturtjeneste får tilbud om disse alternativene:

- a)** Vi kan plukke ut litteratur som synes relevant fra biblioteket, det være seg bøker, tidsskriftartikler i kopi eller annen litteratur som er tilgjengelig her, og sende dette direkte til låneren. Vi opplyser om at vi fakturerer for porto. Ofte velges denne varianten. Da kommer stoffet ganske raskt frem til mottaker.
- b)** Vi tilbyr dessuten å gjøre litteratursøk og sende resultater fra søket, fortrinnsvis på e-post. Vedkommende kan da selv velge ut fra dette og skaffe det enten gjennom sitt nærmeste bibliotek, eller det kan skaffes herfra.
- c)** Ofte ønskes innhenting av artikler ut fra gitte referanser. Dersom vi ikke har artiklene selv, kan vi benytte oss av et fjernlånsnettverk. Gjennom dette kan vi spore opp den ønskede tidsskriftartikkelen og få den tilsendt. Dette er som oftest en tjeneste man må betale for, litt ulikt etter hvor man henvender seg, men som regel er det rimeligere enn direktehandel av internasjonale tidsskriftartikler på nett via store indexbaser.

Mange av henvendelsene til Kompetansesenteret krever dobbelt kompetanse: Det kan være konkrete spørsmål som andre på senteret kan svare bedre på enn bibliotekarene. Motsatt kan det være henvendelser til andre medarbeidere som involverer biblioteket.

Det kan også komme spørsmål hvor svaret ikke nødvendigvis er litteratur, men som kan besvares med henvendelser videre til institusjoner, ressurspersoner utenfor Kompetansesenteret eller til nett-adresser.

Alle kan henvende seg hit med bibliotekfaglige spørsmål. Dermed blir bredden ganske stor både yrkesmessig og på fagmessig nivå, fra professorer til pårørende uten bakgrunnskunnskaper, eller elever/studenter som skal skrive oppgaver i ulike skole-/utdanningsammenhenger.

Biblioteket er ikke et typisk besøksbibliotek.

Beliggenheten er noe utenfor allfarvei i Kompetansesenterets lokaler i Psykiatrien i Vestfolds (PiVs) fylkesavdeling på Granli, Sem utenfor Tønsberg. Allikevel er det noen som finner veien hit. Det er et pluss å vite når det kommer besøk, for da å kunne legge vekk andre arbeidsoppgaver og ha mulighet til å forberede besøket ved å gjøre søk, og kanskje også hente frem relevant litteratur på forhånd. Det er ikke så god plass til publikum i de små lokalene, derfor er det en fordel for både bibliotekarene og de besøkende at de melder fra på forhånd.

Biblioteket har redaksjonsansvar for Kompetansesenterets nettsider www.aldringoghelse.no

Helsebiblioteket (www.helsebiblioteket.no)

Helsebiblioteket er en elektronisk formidlingskanal for oppdatert faglig kunnskap fra norske og internasjonale fagmiljøer.

Dette er en tjeneste helsepersonell i Norge bør kjenne til. Mange søkebasen er tilgjengelige der, som ellers er svært dyre å abonnere på og derfor ikke mulige for små enheter å betale seg inn i. Helsebiblioteket har forhandlet seg frem til en konsortieavtale som sikrer norsk helsepersonell gratis tilgang til en rekke av disse kunnskapsdatabasene.

Foruten søkebasene ligger et stort utvalg tidsskrifter tilgjengelige i fulltekstutgaver. I tillegg er her emnebibliotek, retningslinjer, oppsummert forskning med mer. Dette er et godt hjelpemiddel som det anbefales leseren å bli kjent med.

Sosial- og helsedirektoratet og de fire regionale helseforetakene er eiere av Helsebiblioteket, som driftes av og i Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten.

:aktuell informasjon – debatt



:neste nummer

vol. 11 – nr. 1 – 2008

- ◆ Alderspsykiatrisk sykehjem – er det dagens løsning?
- ◆ Frontotemporallappsdemens – en utfordring for pasient, pårørende og hjelpeapparat
- ◆ Individuell plan – er det noe å mase med?
- ◆ Når demensen flytter inn



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

ISSN: 0809-3520

Medlem av:

Fagpressen



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

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

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

www.aldringoghelse.no