



vol. 12 – nr. 4 – 2008

Demens&Alderspsykiatri

- ◆ Bivirkninger av kolinesterasehemmere
- ◆ Statsbudsjettet: God lesning – og dårlig
- ◆ Stigmatisering ved demens – historien om "demenssauen"
- ◆ Demens er en sosial konstruksjon!



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter



Demens&Alderspsykiatri

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

Utgiver

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

Layout/trykk

BK Gruppen, Tove Aasrum, Sandefjord

Det redaksjonelle arbeidet er avsluttet 24. oktober 2008.



Retningslinjer for publisering i fagtidsskriftet Demens&Alderspsykiatri

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

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

Demens&Alderspsykiatri tar gjerne imot leserinnlegg og 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
Mobil: 915 39 065
ragnhild.kruger@aldringoghelse.no

Redaksjonssekretær:

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

Ansvarlig redaksjonskomité:

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

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

Geir Selbæk, Phd
Sykehuset Innlandet HF, Tlf. 96 88 35 35

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

Faglige medarbeidere:

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

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

Abonnement:

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

www.aldringoghelse.no

Fagpressen



- 4 Statsbudsjettet:
God lesning – og dårlig
- 6 Lovtekst trer i kraft 1. januar 2009:
Helsehjelp til pasienter uten
samtykkekompetanse som
motsetter seg helsehjelpen
Øyvind Kirkevold
- 9 Bivirkninger ved bruk av
acetylkolinesterasehemmere
Harald A. Nygaard
- 13 Kognitive og emosjonelle utfall
etter hjerneslag
Brynjar Fure
- 16 Musikk som behandlingstiltak til
personer med demens
Bente Marie Skogum
- 21 Brukerundersøkelser i alders-
psykiatri – gjennomførbare og
nyttige?
Marianne Holm
- 25 Forskning og fagutvikling i
sykehjem. Samhandlingsprosjekt
mellom Alderspsykiatrisk
kompetansesenter, SIHF og syv
kommunale sykehjem i Hedmark
og Oppland
Irene Røen
- 30 Bedre hverdag for personer med
demens
Anne Marie Mork Rokstad
- 31 Eldreomsorgens ABC – en julegave
til kommunene!
- 35 Stigmatisering ved demens
Christine E. Swane
- 38 Demens er en sosial konstruksjon!
Intervju med Peter Whitehouse
- 40 Fagskoleutdanning i helse- og
sosialfag
Janne Johannessen
- 41 Om å være en person.
Et kritisk blikk på Tom Kitwoods
arbeid
Per Erik Solem

Mye skjer, noen venter fremdeles

Det skjer mye positivt på demensfeltet. Forslaget til statsbudsjett viser at *Omsorgsplan 2015* og *Demensplan 2015* skal følges opp, og i dette nummeret kan vi rapportere både om utviklingsprogram for miljøbehandling og nystartet fagskole. Hva usikkerheten på finansfronten vil bety for kommunenes prioriteringer er imidlertid faktor x i skrivende stund.

Med tanke på velviljen demensarbeidet nå møter på sentralt hold er det bemerkelsesverdig at alderspsykiatrien nok en gang er totalt fraværende i et så viktig dokument som statsbudsjettet er. Den demografiske utviklingen er ingen hemmelighet, og den har konsekvenser som turde være kjent for alle med beslutningsmyndighet i helse- og sosialpolitikken.

Opptappingsplan for psykiatrien har handlet om å gi tilbud til barn, unge og voksne. Etter at planen nå er ført til ende, konsentreres oppmerksomheten om rusproblematikk, vold og traumatisk stress foruten barn og unge. Sikkert betimelig, men det er påfallende at eldre med psykiske helseplager ikke nevnes. Kan det foreligge en misforståelse på overordnet plan, om at eldre er godt hjulpet med de samme tilbudene som andre voksne? Eller kan det tenkes at psykiatere flest ikke er overvettens interessert i å tilegne seg fagkunnskap for å behandle gamle mennesker, og ikke skaper den nødvendige oppmerksomhet om fagfeltet?

Vi kjenner det alderspsykiatriske fagmiljøet som et med mange ildsjeler. Må de selv ut og skape blest om fagets betydning, slik at det økende behovet for psykiatrisk helsehjelp til gamle mennesker kan bli møtt med den samme politiske velvilje som er blitt demensarbeidet til del?

Overlege Eivind Aakhus på Alderspsykiatrisk avdeling, Sykehuset Innlandet HF, svarer i dette nummeret av *Demens&Alderspsykiatri*. Og tidsskriftet er gjerne med på en diskusjon om hva som skal til for å få fagfeltet inn på den politiske dagsorden.

Ragnhild M. Eidem Krüger

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



Tekst: Ragnhild M. Eidem Krüger

Statsbudsjettet: God lesning – og dårlig

Forslaget til statsbudsjett for 2009 viser at satsningen på demensomsorg bebudet gjennom *Demensplan 2015 «Den gode dagen»*, skal føres videre.

«Tjenestetilbudet til mennesker med demenslidelser og deres pårørende skal bygges ut. Det skal legges spesiell vekt på dagtilbud, avlastning, kompetanse og tilpassing av bo- og institusjonstilbud.»

Regjeringen hevder at den foreslåtte veksten på 4,7 mrd. kroner i kommunenes frie inntekter skal gi rom for at kommunene kan starte oppbyggingen av dagtilbud for personer med demens i 2009. Finanskrisen skaper imidlertid et usikkerhetsmoment vedrørende kommunenes disposisjoner.

Det foreslås å bevilge til sammen 24,5 mill. kroner til *Demensplan 2015*, deriblant 15,6 mill. kroner til følgende tiltak i 2009:

- Styrking av Demensforbundets¹⁾ lokale arbeid og veiledning til pårørende
- Informasjons- og opplysningskampanje
- Utvikling av opplæringspakke om demens for personell uten fagutdanning, frivillige og pårørende
- Etablering av nettbasert erfaringsbank og emnebibliotek om demens
- Utvikling av gode samhandlingsmodeller for utredning og diagnostikk av demens
- Spredning av tilbudet om pårørendeskoler og samtalegrupper til alle kommuner
- Utvikling av gode modeller for dagtilbud, miljøbehandling og miljøterapi (se side 30)
- Nordisk utviklingsprogram om yngre personer med demens og om minoritetsspråklige med demens.

For 2008 ble det bevilget 3,5 mill. kroner til videreutdanning innen geriatri og demens og 5 mill. kroner til forskning på demens. Disse bevilgningene foreslås videreført i 2009.

Demensplan 2015 er en delplan til *Omsorgsplan 2015*, og mange av punktene under omsorgsplanen vil også gjelde tiltak for personer med demens. Blant de konkrete tiltakene finner vi

- tilsagn til ca 1000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger med en samlet statlig bevilgning på om lag 500 mill. kroner over de neste fire årene
- fagskoleutdanningen innenfor helse- og sosialfag styrkes med 25 mill. kroner og blir fullfinansiert fra høsten 2009 (se side 40)
- et prosjekt med undervisningshjemmetjenester etter mønster av undervisningssykehjemmene tilgodeses med 15 mill. kroner
- Det foreslås 5 mill. kroner for å kvalifisere ansatte i omsorgstjenesten som er uten relevant fagutdanning.

Men hvor ble alderspsykiatrien av?

I sin rapport «Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser» i 2007, pekte Helsetilsynet ut eldre med psykiske plager som en gruppe det er grunn til å være særlig oppmerksom på. «Mange får ikke diagnose og kan ende opp med et for dårlig tilbud, og noen får ingen hjelp,» står det i rapporten (s. 20). Ikke desto mindre finner vi heller ikke i år alderspsykiatrien i forslaget til statsbudsjett. Det står riktignok at kommunene må sørge for å gi psykologhjelp til eldre som trenger det, men ellers er det barn, unge, vold og traumatisk stress samt rusproblematikk som nevnes særskilt. D&A har bedt avdelingsoverlege Eivind Aakhus på Alderspsykiatrisk avdeling, Sykehuset Innlandet HF, om kommentar. Aakhus er medlem av Utvalg for alderspsykiatri – et organ under Norsk Psykiatrisk Forening.

¹⁾ Demensforbundet hører inn under Nasjonalforeningen for folkehelsen. (red.)

– Regjeringen har anerkjent veksten i antallet eldre og signaliserer vekst i eldreomsorgen i kommunene. Satsning på økt samhandling mellom nivåene i helsevesenet er positivt. Det samme gjelder dagsentre for personer med demens, men når midlene ikke øremerkes tror jeg denne gruppen lett kan tape i kampen om de frie midlene.

Det regjeringen ikke tar høyde for er at økning i eldrebefolkningen vil føre til flere eldre med psykiske vansker. Vi tror antallet med behov for psykiatrisk helsehjelp vil øke mer enn eldrebefolkningen generelt. Grunnen er blant annet den forventede økte levealder. Vi vet at risiko for psykiske lidelser øker med alderen. Dessuten vil flere eldre overleve alvorlig sykdom, noe som vil medføre økt risiko for psykiske vansker. Vi som arbeider i fagfeltet har derfor et ansvar for at bevissthet om alderspsykiatrien får en mer sentral plass i politikernes bevissthet.

Hvorfor må eldre ha et særskilt tilbud innenfor psykiatrien?

– Sykdomsårsakene hos eldre er ofte mer sammenhengende enn hos den øvrige voksne befolkningen. Både somatisk sykdom, tap av nære relasjoner, endring i sosial rolle, eksistensielle vansker, funksjonshemninger og polyfarmasi kan ligge bak eldres psykiske vansker og må tas hensyn til i behandlingen. Dette krever spesialkunnskap hos behandlerne.

Antallet døgnplasser for voksne i psykiatrien er kraftig redusert gjennom Opptappingsplanen. Psykiatriske sykehjem er så godt som avviklet. Samtidig forteller SINTEF Helses rapport (1) fra april at personer over 70 år nesten er fraværende ved de distriktpsykiatriske sentrene (DPS-ene).

Aakhus peker på de helsepolitiske føringene som sier at DPS-ene skal behandle eldre, men mener at det noen steder mangler alderspsykiatrisk kompetanse.

– Spesialisthelsetjenesten har en oppgave i å øke kompetansen ved DPS-ene. Vi må diskutere om dette best kan gjøres gjennom undervisningspakker og/eller hospitering, eller om det må lages formelle samarbeidsmodeller på tvers av nivåene. Det som er sikkert er at DPS-ene må akseptere at eldre skal behandles på lik linje med andre. Vi vet av erfaring at der DPS-ene har alderspsykiatrisk kompetanse, øker også andelen eldre pasienter.

Hva trengs for å løfte alderspsykiatrien frem i en tid med et voksende antall eldre, slik at feltet kan bli tilgodesett i kommende statsbudsjetter?

– Fagfeltet har et eget ansvar for å få andre til å forstå betydningen av det vi arbeider med. Dette er en pedagogisk utfordring, både for Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, vårt utvalg og alle som jobber i feltet. I og med at to av hovedsatsningene i helse- og omsorgspolitikken er eldre og kroniske lidelser, burde politikerne lettere kunne se at vi er en viktig del av helsevesenet. Kanskje vi bør samhandle mer med organisasjoner som jobber for eldre, slik at vi blir mer synlige?

Referanse

1. Gråwe RW, Hatling T, Ruud T (2008) Bidrar utbyggingen av distriktpsykiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet? Resultater fra undersøkelser gjennomført i 2002, 2005 og 2007. SINTEF A6169 Rapport. SINTEF Helse.

Knut Engedal



ISBN 978-82-8061-084-3

kr. **300,-**
296 sider



Aldring og helse
Forlaget

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

Lærebok – Alderspsykiatri i praksis

Et viktig læreverk for alle med tilknytning til demens og demensomsorg

Alderspsykiatri i praksis er en revidert og oppdatert utgave av Norges første lærebok i alderspsykiatri (Urunde hjul, 2000), skrevet av professor dr.med. Knut Engedal. Han presenterer alderspsykiatriens utvikling som fag og tar for seg de viktigste psykiske lidelsene i alderdommen, klassifikasjon, diagnostikk og utredning.

Boka tar opp spesielle utfordringer ved legemiddelbehandling av psykiske lidelser hos eldre og drøfter etiske og juridiske problemstillinger ved behandling av denne pasientgruppen. Ny kunnskap er inkludert, men forfatteren har videreført sin praktiske tilnærming med bruk av mange kasuistikker. Læreboka er beregnet på en tverrfaglig leserkrets som ønsker å fordype seg i psykiske lidelser som opptrer i eldre år.



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

Lovtekst trer i kraft 1. januar 2009: Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen

Demens&Alderspsykiatri har tidligere omtalt kapittel 4A i pasientrettighetsloven «Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.» (nr.2/2006 og nr.4/2007). Kapittel 4A i pasientrettighetsloven skulle opprinnelig trådd i kraft 1.1.2008, men dette ble utsatt et år for å kunne forbedre implementeringen grundigere. Vi lovet for et år siden å komme med en fyldig omtale av dette arbeidet.

Det har ikke kommet nærmere regler eller forskrifter til loven, men i sommer utga Helsedirektoratet rundskrivet «Lov om pasientrettigheter kapittel 4A» (IS-10/2008) hvor de forskjellige lovbestemmelsene i kapittelet er nærmere kommentert. Samtidig med rundskrivet ble det utgitt et studiehefte med eksempler og forslag til løsninger på situasjonene beskrevet i eksemplene. Det er også utarbeidet en informasjons- og opplæringsplan som omtales senere i artikkelen.

Litt om innholdet i kapittel 4A

Hele loven vil ikke bli gjennomgått i detalj her, men noen sentrale paragrafer vil bli referert og kommentert (hele loven ligger på Helsedirektoratets hjemmesider, se referanse side 8). Det er viktig å merke seg at kapittel 4A i pasientrettighetsloven «Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.» ikke er en «demenslov», men omhandler alle som mangler samtykkekompetanse og motsetter seg nødvendig helsehjelp. Hensikten er ikke å gjøre det lettere å bruke tvang eller å legalisere uheldig praksis. Tvert imot. I § 4A-1 står det:

«Formålet med reglene i dette kapitlet er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helse-skade samt å forebygge og begrense bruk av tvang.»

Videre i § 4A-2:

«Kapittelet kommer til anvendelse når helsepersonell yter helsehjelp til pasienter over 16 år som mangler samtykkekompetanse, jf. kapittel 4, og som motsetter seg helsehjelpen.

Undersøkelser og behandling av psykiske lidelser uten eget samtykke kan likevel bare skje med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 62 om psykisk helsevern»

To forhold må da avklares:

- 1) Hvem vurderer og hvordan vurderes det om en person mangler samtykkekompetanse?
- 2) Hva regnes som motstand mot helsehjelp?

Kapittel 4 i pasientrettighetsloven (i gjeldende lov) omhandler samtykke til helsehjelp, og i § 4-3 står det:

«...Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.

Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke etter annet ledd. Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp, jf. § 3-5.

Avgjørelse som gjelder manglende samtykkekompetanse skal være begrunnet og skriftlig, og om mulig straks legges frem for pasienten og dennes nærmeste pårørende. Mangler pasienten nærmeste pårørende, skal avgjørelsen legges frem for helsepersonell som angitt i § 4-8...»

En demenstilstand kan være en av årsakene til at det vurderes at en person mangler samtykkekompetanse, men det er viktig å merke seg at kravet er at «pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå». Dette tilsier at helsepersonellet må være overbevist. Er helsepersonellet i tvil, er hovedregelen at pasienten skal anses å ha samtykkekompetanse (rundskrivet). At en person mangler samtykkekompetanse på enkelte felt innebærer ikke at personen automatisk mangler slik kompetanse på alle områder. Det må foretas en vurdering av hvilke områder pasienten ikke har samtykkekompetanse på.

Hvem avgjør?

Det er ikke satt krav til hvem som skal avgjøre om en person har samtykkekompetanse. Det holder at det er helsepersonell, men det er et klart krav at avgjørelsen skal være begrunnet og skriftlig, og både pasienten og pasientens nærmeste pårørende skal informeres om at vurderingen er at pasienten mangler samtykkekompetanse.

I rundskrivet er det nevnt fire områder som bør ses på når samtykkekompetanse skal vurderes:

- Evnen til å uttrykke et valg
- Evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp
- Evnen til å anerkjenne denne informasjonen i egen situasjon, spesielt i forhold til ens egen lidelse og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsalternativene
- Evnen til å resonnerer ut fra relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsalternativene.

Å avgjøre om en person yter motstand eller ikke, kan være vanskelig. I rundskrivet til kapittel 4A står det:

«Pasientens motstand kan komme til uttrykk verbalt eller fysisk. Uttrykksformen er ikke avgjørende. Å avgjøre om pasienten motsetter seg helsehjelpen, blir i mange tilfelle et spørsmål om å tolke reaksjonene til pasienten. Dette krever gjerne god kjennskap til vedkommende. Utgangspunktet for kapittel 4A er at pasienter i størst mulig grad skal få den helsehjelpen som de antas å ville ha takket ja til dersom de hadde hatt samtykkekompetanse. I denne sammenhengen er det viktig å understreke at også en pasient uten samtykkekompetanse kan ha rasjonelle grunner til å motsette seg helsehjelpen. (...) I vurderingen av om pasienten viser motstand må det også tas hensyn til pasientens evne til å vise motstand. Hvorvidt pasienten viser motstand, må baseres på et konkret skjønn. Dersom helsepersonell er i tvil, må det legges til grunn at pasienten motsetter seg hjelpen, og helsehjelpen må ytes etter reglene i kapittel 4A.»

Hva er tillitskapende tiltak?

Når ovennevnte vilkår er innfridd stiller kapittel 4A klare vilkår for at helsehjelpen kan gjennomføres. Disse er gjengitt i § 4A-3 «Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg»:

«Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette.

Opprettholder pasienten sin motstand, eller vet helsepersonellet at vedkommende med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom

- a) en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og*
- b) helsehjelpen anses nødvendig, og*
- c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen.*

Selv om vilkårene i første og andre ledd er oppfylt, kan helsehjelp bare gis der dette etter en helhetsvurdering fremtrer som den klart beste løsningen for pasienten. I vurderingen av om slik helsehjelp skal gis, skal det blant annet legges vekt på graden av motstand samt om det i nær fremtid kan forventes at pasienten vil kunne gjenvinne sin samtykkekompetanse.»

Hva som er tillitskapende tiltak kan være vanskelig å definere og vil variere fra tilfelle til tilfelle. Tillit skapes over tid og betinger at tjenesten er slik at tillit kan oppstå. Rundskrivet påpeker flere forhold som vil gi grunnlag for å skape tillit. Eksempler på slike forhold er at det i tjenesten er en helhetlig tenking med gode miljøtiltak, at personalet kjenner pasientene, at personalet får veiledning og oppfølging, at personalet har tilstrekkelig tid til pasientene og at det er et nært samarbeid med pårørende.

Da kapittel 4A ble behandlet i Stortinget understreket helse- og omsorgskomiteén «...at tvang aldri skal brukes som følge av manglende ressurser i helse- og omsorgstjenesten. Bruk av tvang forutsetter tvert imot god ressurstilgang, blant annet i form av kvalifisert personell som kan finne frem til frivillige hjelpetiltak og foreta gode faglige vurderinger av behovet for bruk av tvang.» Jeg tolker det dithen at Stortingets helse- og sosialkomité forutsetter at god ressurstilgang og kvalifisert personell er en del av tillitskapende tiltak.

Alle vilkårene må være oppfylt. Det betyr at både punkt a), b) og c) må være til stede. Det er viktig å merke seg at vilkåret er «helseskade for pasienten». Det vil si at det å gjennomføre helsehjelp, for eksempel i form av medisiner, mot en pasients vitende eller vilje fordi pasienten forstyrrer eller er til sjenanse for andre pasienter, ikke er en god nok grunn.

Videre har kapittel 4A regler for gjennomføring av helsehjelpen, vedtak og underretning. Som hovedregel skal både pasienten og pasientens pårørende underrettes om vedtak fattet etter dette kapittelet. Et unntak er «dersom underretningen vil medføre fare for at helsehjelpen ikke kan gjennomføres» (§4A-6). Da er det tilstrekkelig at pasienten underrettes i etterkant.

Til slutt innholder kapittel 4A regler for klage, overprøving, kontroll og domstolsprøving.

Implementering

Hovedgrunnen til at ikrafttreddelsen av loven ble utsatt var behovet for opplæring av helsepersonell. Det er utarbeidet en opplæringsplan med hovedmålsetting at helsepersonell, ledere og personell i helseadministrasjonene skal kjenne til det nye regelverkets ikrafttredelse, formål og grunnvilkårene for når tvang kan brukes.

På en konferanse 11. og 12. september i år fikk fylkesmannsembetene opplæring i nytt kapittel 4A i pasientrettighetsloven. Konferansen samlet

100 deltakere fra alle embetene, samt pasientombudene. Fylkesmannsembetene skal deretter drive opplæring av helsetjenestene utover høsten 2008. Målgrupper er ledere og opplæringsansvarlige/nøkkelpersoner i kommunene, helseforetakene og fylkeskommunene.

Kommunene har ansvar for opplæring av eget personell. Helsedirektoratet har utarbeidet forskjellig materiale til bruk i opplæringen:

- Rundskriv som inneholder lovteksten med kommentarer
- Studiehefte med eksempelsamling
- Informasjonsfolder til pasienter og pårørende
- Informasjonsfolder til helsepersonell
- Opplæringsforelesning
- E-læringsprogram.

Alt materiale er tilgjengelig på Helsedirektoratets hjemmeside: <http://www.shdir.no/kapittel4a>

■ oyvind.kirkevold@aldringoghelse.no

Omsorgsforskning – et satsningsområde

Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Norges første konferanse om omsorgsforskning ble arrangert av Høgskolen i Gjøvik 27. og 28. oktober og samlet ca 140 deltakere fra hele landet.

Senter for omsorgsforskning ved Høgskolen i Gjøvik ble i 2006 utnevnt som det første regionale forsknings- og utviklingssenter for omsorgsforskning, og jobber mot kommunene i gamle Helse Øst. Som en oppfølging av St.melding nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening* opprettes det nå ytterligere fire sentre i Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst.

Konferanseprogrammet omfattet blant annet etiske dilemmaer i sykehjem, eldre arbeidstakere i skvis mellom arbeidsliv og omsorg for gamle foreldre, medisinske utfordringer i sykehjem, virkninger av bestiller-utførermodellen på tidsbruken i hjemme-tjenestene, samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste, omsorg for personer med demens og frivillighetssentralenes plass som supplement til offentlige tjenester.



Hva er omsorg? Og hva er omsorgsforskning?

Et foredrag om Søren Kierkegaard som omsorgstenker fikk det til å summe i pausen, og professor Marit Kirkevold ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, UiO, stilte det betimelige spørsmålet: Hva er omsorgsforskning? Hva bør det være?

Les mer om dette på våre nettsider:
www.aldringoghelse.no



Harald A. Nygaard, professor emeritus,
NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus

Bivirkninger ved bruk av acetylkolinesterasehemmere

Demens er et samlebegrep for lidelser som er kjennetegnet ved kronisk, reversibel og vanligvis progredierende svekkelse av kognitive funksjoner. Alzheimers sykdom er den vanligste formen for demens (omkring 70 prosent). Skjønt nytten av behandling har vært omdiskutert (1) er bruken av acetylkolinesterasehemmere i dag allment etablert, men den har kun forbigående og symptomatisk effekt.

Behandling med acetylkolinesterasehemmere regnes som trygg, den tolereres vanligvis godt og de fleste bivirkningene er lette eller moderate og ofte forbigående. Nedenfor følger en oversikt over enkelte bivirkninger som er mindre hyppige, men som er viktige og som man må ha i tankene ved bruk av disse medikamentene. I oversikten omtales ikke psykiske bivirkninger.

Alzheimers sykdom er en degenerativ lidelse som er forårsaket av skade på nervecellene slik at de ikke lenger fungerer normalt. Skadene fører til celledød. Impulsoverføring mellom nerveceller skjer ved hjelp av signalstoffer. Ved Alzheimers sykdom fører skadene på nervecellene til nedsatt produksjon av flere signalstoffer, for eksempel acetylkolin som blant annet er viktig for kognitive funksjoner. Normalt blir noe acetylkolin nøytralisert i den smale spalten mellom to nerveceller – synapsen, før det når frem til stedet hvor impulsoverføringen skjer. Det inaktiverende stoffet kalles acetylkolinesterase. Aktiviteten av acetylkolinesterase reduseres ikke i takt med redusert produksjon av acetylkolin. Konsekvensen er at konsentrasjonen av acetylkolin i synapsen blir ytterligere redusert og impulsoverføringen svekkes. Tidlige forsøk på å stimulere hjernen til økt produksjon av acetylkolin førte ikke frem. Behandling av Alzheimers sykdom med kolinesterasehemmere (donepezil (Aricept®), galantamin (Reminyl®) og rivastigmin (Exelon®)) er basert på hemming av aktiviteten av acetylkolinesterase. Dette fører til økt konsentrasjon av acetylkolin i synapsen og bedring av impulsoverføringen mellom nervecellene. De tre legemidlene hemmer alle acetylkolinesterase. Galantamin og

rivastigmin har også andre virkeområder, men hemming av acetylkolinesterase står i forgrunnen. Prinsipielt er bivirkningsprofilen identisk for de tre medikamentene, mulige forskjeller mellom dem vil ikke bli diskutert.

I tillegg til å påvirke sentralnervesystemet, påvirker acetylkolin gjennom det perifere nervesystemet funksjonen i mange organer og vev i kroppen. I hjerte- og karsystemet fører acetylkolin til vasodilatasjon (utvidelse av blodårene), ledningshastighet i hjertets ledningssystem nedsettes og kontraktiliteten (pumpekraften) svekkes. I mage- og tarmtrakten øker spenningen og kontraksjonen i tarmmuskulaturen og gir økt sekresjon av mage- og tarmsekret. Dette ledsages ofte av kvalme, brekninger og mageknip. I urinveiene fører acetylkolin også til sterkere kontraksjoner og kraftigere blærekontraksjon.

Hva er bivirkninger?

Med bivirkning forstås i denne sammenheng en uønsket effekt etter inntak av et legemiddel. Ved behandling av Alzheimers sykdom med en acetylkolinesterasehemmer er målsettingen å øke konsentrasjonen av acetylkolin i hjernecellene. Man kan imidlertid ikke unngå samtidig å utløse økt stimulering i perifere organer. Dette er ikke tilsiktet og oftest uønsket. Opplysninger om hyppigheten av de enkelte bivirkningene varierer både mellom de tre medikamentene og fra undersøkelse til undersøkelse av samme legemiddel.

De fleste opplysningene om bivirkninger skriver seg fra legemiddelforsøk hvor aktivt stoff sammenlignes med placebo. En samleoversikt fra 2008 viser at 7-29 prosent av pasientene som får aktiv behandling avbryter

Tabell 1

Sannsynligheten for å få bivirkninger ved bruk av kolinesterasehemmere (aktiv behandling i forhold til placebo) ¹⁾

	<i>Aktiv prosent</i>	<i>Forekomst av bivirkninger Placebo prosent</i>	<i>Sannsynlighet (ganger hyppigere enn for placebo, avrundet)</i>
Muskelkramper	8	1	13
Vonde drømmer	9	0	5
Kvalme	31	9	5
Oppkast	21	5	5
Tretthet	8	2	4 ½
Svimmelhet	8	2	4
Dårligere appetitt	12	4	3 ¾
Vekttap	11	4	3
Generell svakhet	10	5	2 ½
Magesmerter	11	6	2
Diaré	14	8	2
Ørhet/ustøhet	15	8	2
Hevelse i bein	24	13	2
Synkope (plutselig bevisstløshet)	3	2	2
Skjelving	6	1	2
Hodepine	14	10	1 ½
Søvnløshet	9	6	1 ½

¹⁾ Resultatene er ikke ensbetydende med hyppighet. Muskelkramper forekommer heller sjelden, men er likevel atskillig vanligere hos personer som fikk en kolinesterasehemmer. Forekomst av bivirkninger varierer noe mellom forskjellige studier og de enkelte legemidlene. Dette er en samleoversikt. Antall bivirkning varierer mellom studiene, beregningsgrunnlaget for forekomsten av bivirkninger varierer betydelig (2).

behandlingen på grunn av bivirkninger. Det samme er tilfelle for 7-18 prosent av dem som får placebo! Pasientene som inngikk i den nevnte oversikten fikk behandling i minst seks måneder. I alt ble det rapportert 47 forskjellige bivirkninger, de viktigste fremgår av tabell 1 (2). I det enkelte tilfelle kan man ikke med sikkerhet avgjøre om en bivirkning virkelig er forårsaket av legemiddelet eller ei. Som vist i tabell 1 forekommer samtlige bivirkninger hos personer som får aktiv behandling og hos personer som får placebo. Tallene sier noe om sannsynligheten for å få en gitt bivirkning. Mange legemidler, som for eksempel acetylkolinesterasehemmere, virker på flere organer. Snakker man om virkning av en behandling tenker man først og fremst på den tilsiktete virkningen. Med hensyn til acetylkolinesterasehemmere tenker man på innvirkning på kognitive funksjoner. I den grad andre organer stimuleres snakker man om «bivirkninger», selv om det dreier seg om en effekt som ikke er uventet.

Enkelte legemidler har den egenskapen at de hemmer eller stimulerer nøytraliseringen av andre legemidler. Dersom en person bruker det antidepressive

middelet Seroxat® og samtidig tar det kodeinholdige Paralgin forte®, vil omdanningen av kodein til det virksomme stoffet morfin bli hemmet. Den forventede effekten av Paralgin forte® uteblir. Karbamazepin, som brukes blant annet til å forebygge epilepsi, stimulerer leverenzymene som kan nøytralisere andre legemidler. Nedbrytingen går raskere og den forventede effekten uteblir. For eksempel reduseres den blodfortynnende effekten av Marevan®.

Bivirkninger fra hjerte- og karsystemet ved bruk av acetylkolinesterasehemmere

Bivirkninger fra hjerte- og karsystemet er fryktet og kan være farlige, for eksempel rytmeforstyrrelser og synkoper (plutselig besvimelse). Tilstedeværelse av kardiale ledningsforstyrrelser er i Felleskatalogen angitt under forsiktighetsregler. Stundom hører man fra hjertespesialister at de jevnlig opplever situasjoner hvor behandling med acetylkolinesterasehemmere avsluttes grunnet synkoper eller alvorlige forstyrrelser av hjerterytmen. Selv om oversiktsartikler om bivirkninger konkluderer med at synkoper og rytmeforstyr-

elser synes å være sjeldne, foreligger flere enkelt-meddelelser om disse reaksjonene (3-6).

I en studie ble 30 pasienter som startet behandling med donepezil undersøkt før oppstart og senere fulgt i åtte måneder (7). Hos personer som på forhånd brukte medikamenter som hemmet ledningshastigheten i hjertet inntrådte det ingen ytterligere endring, mens man hos personer som ikke brukte tilsvarende medikamenter fant at ledningshastigheten ble langsommere. Samtidig ble også hjertefrekvensen redusert. I løpet av observasjonstiden fikk én person synkope. Den var forårsaket av ortostatisk blodtryksfall (blodtryksfall i stående stilling) (7). En annen studie omfattet 16 personer som ble innlagt i sykehus med mistanke om synkope (8). Alle ble behandlet med donepezil. Tre av pasientene fikk synkope kort tid etter at de hadde begynt behandling med donepezil. Hos 11 personer ble det påvist andre hjerterelaterte årsaker til at vedkommende hadde hatt en synkope. Bortsett fra én pasient (som hadde hjernesvulst) fortsatte alle med donepezil. Den viktige konklusjonen på denne studien er at årsakene til synkope hos personer med demens, enten de bruker en acetylkolinesterasehemmer eller ei, ikke skiller seg fra det man finner hos andre eldre personer og at de må utredes grundig. Rytmeforstyrrelser og synkoper kan forekomme ved alle tre acetylkolinesterasehemmerne som er registrert i Norge (9). Om acetylkolinesterasehemmeren i det enkelte tilfelle virkelig er syndebuggen kan man ikke si med sikkerhet, men all den stund acetylkolin kan bidra til slike episoder, må nytten av behandling alltid vurderes opp mot den potensielle risikoen som behandlingen medfører.

Andre bivirkninger

Flere undersøkelser har vist at personer med Alzheimers sykdom har større sannsynlighet for å utvikle underernæring enn andre eldre (10, 11). Vekttap er også en vanlig rapportert bivirkning i forbindelse med behandling med kolinesterasehemmere (2). Nedsatt appetitt er en hyppig bivirkning. Imidlertid ser det ut for at vekttapet minsker hos personer som har brukt kolinesterasehemmere mer enn et år (12). Det fremgår ikke i hvilken grad disse personene i oppstartingsfasen var plaget med kvalme. Blødninger fra mage- og tarmtrakt kan være livstruende. Dette er angitt som mulig komplikasjon i Felleskatalogen for de registrerte tre legemidlene. Imidlertid fins det lite systematisk dokumentasjon over hvor ofte dette forekommer. For det meste dreier det seg om kasuistikker (13).

Urininkontinens er ikke uvanlig hos svake eldre personer, og hyppigere hos personer med demens (14). Som nevnt ovenfor stimulerer acetylkolin blæremuskulaturen, og dette kan føre til eller forverre urininkontinens. Legemidler som hemmer acetylkolin er i

vanlig bruk ved urininkontinens og de har negativ innflytelse på kognitive funksjoner (15). Behandling av urininkontinens med antikolinerge legemidler nøytraliserer effekten av kolinesterasehemmere. I en undersøkelse som omfattet nærmere 45 000 personer med demens var det et markant økt forbruk av antikolinerge legemidler etter at de begynte behandling med kolinesterasehemmer (16). Man kan gå ut fra at kolinesterasehemmere i slike tilfeller ikke lenger har noen effekt på kognitive funksjoner.

Ved endringer i konsentrasjonen av signalsubstanser i hjernen er det ikke utelukkende den absolutte endringen av en signalsubstans som er avgjørende for symptomene pasienten utvikler. Ofte er det balansen mellom to eller flere signalsubstanser som er avgjørende. Ved parkinsonsymptomer er balansen mellom acetylkolin og signalsubstansen dopamin av betydning. Omkring 50 prosent av personer med Alzheimers sykdom har også ekstrapyramidale (parkinsonistiske) symptomer (17). Antipsykotiske legemidler som gjerne brukes ved atferdssymptomer (for eksempel risperidon (Risperdal®) eller Haldol®) kan forskyve balansen mellom de to signalsubstansene, og ubalansen forsterkes ytterligere ved inntak av acetylkolinesterasehemmere. Denne interaksjonen kan føre til utvikling eller forverring av ekstrapyramidale symptomer (18). Ved kombinasjonen donepezil og risperidon er det dessuten beskrevet tilfeller av såkalt malignt nevroleptikasyndrom (19). Det er kjenne-tegnet av høy feber, ekstrapyramidale symptomer, nedsatt bevissthetsnivå og forstyrrelse i de autonome funksjoner, blant annet svingende blodtrykk, hjerte-arytmier, åndenød, svette og inkontinens.

Også andre interaksjoner mellom legemidler kan være av betydning i denne sammenhengen. Karbamazepin kan bidra til raskere nøytralisering av donepezil og forventet effekt svekkes. På den annen siden hemmer antidepressive legemidler som paroxetin (Seroxat®) og fluoxetin (Fontex®) nøytraliseringen av donepezil slik at konsentrasjoner av donepezil blir høyere enn forventet.

I 2006 meddelte produsenten av donepezil at en studie hvor donepezil ble utprøvd hos personer med vaskulær demens viste høyere mortalitet blant dem som fikk aktiv behandling enn blant personer som fikk placebo (20). Produsenten av galantamin er kommet med en tilsvarende melding etter at det i en studie med personer med lett kognitiv svikt viste høyere mortalitet hos personer som fikk galantamin enn i placebogruppen (21). Det understrekes imidlertid at retningslinjer for bruken av disse legemidlene på godkjent indikasjon, Alzheimers sykdom, ikke endres².

²) I Norge er ingen av de tre acetylkolinesterasehemmerne godkjent til behandling av vaskulær demens.

Konklusjon

Til tross for at lette og moderate bivirkninger er vanlige ved bruken av acetylkolinesterasehemmere, regnes disse legemidlene generelt som «sikre», det vil si med lite alvorlige bivirkninger. I en del tilfeller avsluttes behandlingen grunnet bivirkninger, oftest fra mage- og tarmtrakt, kort tid etter oppstart. Det ser ut for at disse bivirkningene er mindre uttalte dersom dose-økning skjer langsomt. Bivirkningene er oftest forbi-gående. Det er viktig å ha de omtalte bivirkningene i

tankene, og man må alltid være forberedt på uventete reaksjoner. Det gamle prinsippet gjelder fortsatt: uønskede eller uventede symptomer/fenomener som inntreffer i tilslutning til nylig oppstart av legemiddel-behandling, har med stor sannsynlighet sammenheng med legemiddelbehandlingen.

■ harald.a.nygaard@isf.uib.no

Referanser

1. AD2000 CG. Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD2000): randomised double-blind trial. *Lancet* 2004; 363: 2105-2115.
2. Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No. CD005593. 2008; DOI: 10.1002/14651858. CD005593.
3. Bordier P, Garrigue S et al. Significance of syncope in patients with Alzheimer's disease treated with cholinesterase inhibitors. *Europace* 2003; 5: 429-431.
4. Bordier P, Colsy M et al. Prevalence of positive carotid sinus massage and related risk of syncope in patients with Alzheimer's disease. *Europace* 2007; 9: 829-834.
5. Kayrak M, Yazici M et al. Complete atrioventricular block associated with rivastigmine therapy. *American Journal of Health-System Pharmacy* 2008; 65: 1051-1053.
6. Suleyman T, Tevfik P et al. Complete atrioventricular block and ventricular tachyarrhythmia associated with donepezil. *Emergency Medical Journal* 2006; 23: 641-642.
7. Bordier P, Garrigue S et al. Cardiovascular effects and risk of syncope related to donepezil in patients with Alzheimer's disease. *CNS Drugs* 2006; 20: 411-417.
8. Bordier P, Lanusse S et al. Causes of syncope in patients with Alzheimer's disease treated with donepezil. *Drugs Aging* 2005; 22: 687-694.
9. Pakrasi S, Mukaetova-Ladinska E et al. Clinical predictors of response to acetyl- cholinesterase inhibitors: experience from routine clinical use in Newcastle. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2003; 18: 879-886.
10. Singh S, Mulley G et al. Why are Alzheimer patients thin? *Age and Ageing* 1988; 17: 21-28.
11. Wolf-Klein G, Silverstone F. Weight loss in Alzheimer's disease: an international review of the literature. *International Psychogeriatrics* 1994; 6: 135-142.
12. Gillette-Guyonnet S, Andrieu S et al. Outcome of Alzheimer's disease: potential impact of cholinesterase inhibitors. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 2006; 61A: 516-520.
13. Cholongitas E, Pipili C et al. Recurrence of upper gastrointestinal bleeding after donepezil administration. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 2006; 20: 326.
14. Hunskaar S, Østbye T et al. The prevalence of urinary incontinence in elderly Canadians and its association with dementia, ambulatory function, and institutionalization. *Norwegian Journal of Epidemiology* 1998; 8: 177-182.
15. Jewart R, Green J et al. Cognitive, behavioral, and physiological changes in Alzheimer's disease patients as a function of incontinence medications. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2005; 13: 324-328.
16. Gill S, Mamdani M et al. A prescribing cascade involving cholinesterase inhibitors and anticholinergic drugs. *Archives of Internal Medicine* 2005; 165: 808-813.
17. Londos E, Paasant U et al. Clinical Lewy body dementia and the impact of vascular components. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2000; 15: 40-49.
18. Liu H, Lin S et al. Extrapyramidal side-effect due to drug combination of risperidone and donepezil. *Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2002; 56: 479.
19. Matsumoto T, Isojima D et al. Neuroleptic malignant syndrome induced by donepezil. *International Journal of Neuropsychopharmacology* 2004; 7: 101-103.
20. Esai report results from latest donepezil study in vascular dementia. <http://www.eisa.co.jp/enews/enews200609.html> (19.09.2008).
21. Sikkerheten av galantamin (Reminyl, Janssen-Cilag) revurderes i EU. http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage___16099.aspx (19.09.2008).

Nye priser på Demens&Alderspsykiatri



Abonnement koster pr. år: Norge: kr 320 Norden for øvrig: kr 390

Utgivelser fra tidligere år koster kr 40 pr stk + porto.

Nye priser gjelder fra 1. januar 2009

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



Brynjar Fure, spesialist i nevrologi, indremedisin og geriatri.
Seksjonsoverlege ved Seksjon for hjerneslag, Ullevål universitetssykehus

Kognitive og emosjonelle utfall etter hjerneslag

Norske slagenheter har i løpet av det siste tiåret utviklet gode rutiner for diagnostikk og oppfølging av sensorimotoriske utfall ved hjerneslag. Innføringen av trombolytisk (proppløsende) behandling ved akutt iskemisk hjerneslag har dessuten medført at diagnostikken utføres mer systematisk enn tidligere, særlig ved hjelp av den slagnevrologiske skalaen National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) (1).

En del kognitive og emosjonelle utfall ved hjerneslag diagnostiseres også rutinemessig i de fleste slagenheter. Dette gjelder i hovedsak utfall som enten er synlige ved nevrologisk undersøkelse eller avdekkes ved hjelp av enkle screeningsinstrumenter.

Visse kognitive og emosjonelle utfall oppdages først etter en mer omfattende nevropsykologisk utredning. Slagrammede har selv, ikke uten grunn, omtalt en del utfall som «usynlige». Dette er symptomer som ikke diagnostiseres rutinemessig under oppholdet i slagenheten, men som blir tydelige først etter at pasienten er kommet hjem og skal forholde seg til dagliglivets aktiviteter. Slike utfall kan medføre betydelig handikap og være plagsomme, både i familielivet og ikke minst i jobbsituasjonen når pasienten er i yrkesaktiv alder.

Kognitive utfall

Begrepet kortikale utfall benyttes ofte om kognitive utfall knyttet til skader i hjernens grå substans (korteks cerebri). I dominant hjernehalvdel (vanligvis venstre hemisfære) omfatter kortikale utfall særlig afasi, apraksi og agnosi, mens kortikale utfall i ikke-dominant hemisfære er av typen neglekt, rom-retningsvansker og endret virkelighetsoppfatning, spesielt nedsatt innsikt i egen situasjon¹⁾.

Kognitive, kortikale utfall blir i de fleste tilfeller diagnostisert under oppholdet i slagenheten. Afasi og neglekt vil oftest avdekkes av lege allerede under screening med NIHSS på undersøkelsesbenken. Afasi er trolig det hyppigst forekommende kortikale symptomet, og ses hos 25-30 prosent av pasienter med akutt hjerneslag (2). Norske slagenheter har introdusert spesifikke diagnostiske hjelpemidler for å påvise eventuell apraksi, agnosi og rom-retningsvansker. Disse testene utføres av ergoterapeut, logoped, sykepleier, nevropsykolog eller lege. Kortikale utfall fremkommer dessuten i stell og ved kartlegging av Activity of Daily Living (ADL) funksjoner via sykepleie- eller ergoterapitjenesten. Adekvate rehabiliteringsinnsatser kan derfor iversettes, både i slagenheten og i hjemmemiljøet etter utreise fra sykehus eller rehabiliteringsinstitusjon.

Det er særlig kognitive utfall relatert til mindre, subkortikale skader som risikerer å bli oversett i slagenheten. Ved lakunære hjerneslag²⁾ forekommer ifølge tradisjonell tenkning rene motoriske eller rene sensoriske utfall uten ledsagende kortikale utfall eller synsfeltutfall (3-5). Pasienter med lakunære slag risikerer derfor å bli raskt utskrevet så snart lammelsen eller den sensoriske forstyrrelsen har gått tilbake. En rekke publikasjoner påpeker imidlertid at nettopp disse pasientene ofte utvikler nedsatt eksekutiv evne etter slaget (6).

¹⁾ Afasi: Nedsatt språkfunksjon

Apraksi: Nedsatt evne til å gjennomføre viljestyrte, målrettede handlinger selv om motorisk funksjon er intakt

Agnosi: Nedsatt gjenkjenningsevne

Neglekt: Halvsidig nedsatt oppmerksomhet.

²⁾ En liten propp dypt i hjernevevet.

Eksekutiv evne handler om evnen til å planlegge, igangsette, gjennomføre og avslutte en handling på en tidsmessig adekvat måte. Lakunære infarkter påvirker forbindelsen mellom basalgangliene og kortikale, frontale sentra, noe som på sikt og ved gjentatte lakunære skader kan resultere i subkortikal, vaskulært betinget demens. I tillegg til nedsatt eksekutiv evne, kjennetegnes denne tilstanden av nedsatt psykomotorisk tempo, parkinsonisme, depresjon og andre emosjonelle symptomer.

Nedsatt eksekutiv evne er ikke nødvendigvis synlig i slagenheten, og spesielt pasienter med små hjerneslag bør derfor testes med tanke på slike utfall. I norske slagenheter benyttes Trail Making Test A og B (7, 8) samt ordflyt (verbal fluency) tester (9) for å påvise svikt i eksekutiv evne. Alle disse testene er enkle å utføre og tar bare noen minutter å gjennomføre.

Når nedsatt eksekutiv evne påvises, bør pasient og pårørende få nøye informasjon om hvordan utfallene kan påvirke dagligliv og jobbsituasjon. Pasienter med nedsatt eksekutiv evne bør rutinemessig følges opp ved en slagpoliklinikk i løpet av de første uker til måneder etter slaget.

De kortikale utfallene skyldes vanligvis bakenforliggende storkarsykdom (stenoser i precerebrale eller intrakranielle kar) eller kardioembolisk sykdom (propp fra hjertet, spesielt som følge av atrieflimmer), mens lakunære slag i de fleste tilfeller er forårsaket av cerebral småkarsykdom (10, 11).

Emosjonelle utfall

Depresjon og angst er de vanligst forekommende emosjonelle utfall etter hjerneslag, og vil, når symptomene er uttalte, oftest være åpenbare for personalet i slagenheten. Depresjon forekommer hos 10-15 prosent (12) av pasientene i akutfasen, og hos opp mot 30-40 prosent (13) senere i forløpet. Angst er ifølge flere publikasjoner til stede hos ca 30 prosent av pasientene gjennom hele forløpet.

Både angst og depresjon innvirker på livskvaliteten hos pasienter med hjerneslag og deres pårørende. Like viktig er det at pasientenes prognose påvirkes negativt av depresjon, både med hensyn til nevrologisk handikap, kognitiv funksjon og dødelighet (14, 15).

Lettere tilfeller av depresjon er ikke alltid like enkle å diagnostisere, selv om personalet ofte vil mistenke en slik tilstand når det går tregt fremover i rehabiliteringssituasjonen. Med tanke på den alvorlige prognostiske betydningen av å ha en depresjon, er det derfor viktig at alle slagenheter rutinemessig screener for depresjonssymptomer. I Norge benyttes vanligvis Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) (16) og Geriatric Depression Scale (GDS) (17) for å screene på depresjon. Dersom man i stedet velger å bruke Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (18, 19), vil man i tillegg til å få informasjon

om depresjonssymptomer, også screene for angstsymptomer. Slagenheter som behandler en generell slagpopulasjon (underforstått hele aldersspekteret), bør benytte MADRS eller HADS, ettersom GDS primært er validert for kognitivt velfungerende, eldre personer (20-22). Afasi er et problem når man skal utføre screening for angst og depresjon, og pasienter med afasi er vanligvis ekskludert fra slike studier, ettersom screeninginstrumentene forutsetter intakt språkfunksjon. Det er i dag utviklet enkle pekehjelpemidler som kan benyttes for å screene opplevd livskvalitet hos pasienter med afasi (23).

I flere studier fra 1990-tallet er depresjon relatert til lesjoner i fremre, venstre hemisfære, særlig i tidlig fase etter slagdebut (24). Angst er hevdet å være mer hyppig forekommende ved skader i høyre hemisfære. Det er grunn til å være skeptisk til disse teoriene om topografiens betydning ved emosjonelle symptomer etter hjerneslag. Både klinisk erfaring og senere studier taler for at angst og depresjon kan forekomme ved skader i begge hemisfærer samt i bakre skalleghulen (25).

I tillegg til angst og depresjon forekommer emosjonell instabilitet, fatigue (utmattelse) og apati etter hjerneslag. Emosjonell instabilitet innebærer vanligvis ukontrollert gråt, men kan i sjeldnere tilfeller også ses som ukontrollert latter. Fatigue defineres som en tilstand med fysisk tretthet og manglende energi, mens apati kjennetegnes ved nedsatt motivasjon og dermed redusert målrettet adferd. Fatigue og apati er med stor sannsynlighet betydelig underdiagnostisert i norske slagenheter og rehabiliteringsinstitusjoner. Fatigue er, i likhet med depresjon, assosiert med dårlig prognose, særlig redusert ADL-funksjon, institusjonsbehov og kognitiv svikt (26). Det er også dramatisk at hele 40 prosent av pasientene som har overlevd hjerneslag, opplever fatigue som sitt verste symptom (27). Både fatigue og apati kan forekomme uavhengig av depresjon, og ingen av disse tilstandene er relatert til slagets størrelse. En rekke topografiske lokalisasjoner i CNS er forstått å være spesielt knyttet til fatigue og apati etter hjerneslag, for eksempel kapsula interna, thalamus, globus pallidus og spredte hvitsubstanslesjoner. Felles for disse er at slaglesjonene er lokalisert dypt i hjernens subkortikale, hvite substans.

Behandling ved emosjonelle symptomer etter hjerneslag har tradisjonelt vært hovedsakelig medikamentell. Psykoterapi, kognitiv adferdsterapi og sosial intervensjon er forsøkt, men har i studier så langt ikke hatt signifikant effekt. Også elektrokonvulsiv terapi (elektrosjokkbehandling, såkalt ECT) og repetitiv transkranial magnetisk stimulering (magnetstimuli mot hjernen, såkalt TMS) er prøvd, og har hatt effekt i noen studier.

Ved depresjon etter hjerneslag er det vist god effekt av både tricykliske antidepressiva (nortriptyline),

selektive serotonin reopptakshemmere (SSRI) og serotonin-noradrenalin reopptakshemmere (SNRI) (13). Effekten gjelder ikke bare reduksjon av depressive symptomer, men også økt overlevelse og bedret ADL-funksjon. Behandlingen bør trolig ikke starte for tidlig etter symptomdebut, ettersom mange pasienter opplever spontan tilbakegang av depresjonssymptomer i løpet av de første ukene. Det er holdepunkter for at depresjon som varer lenger enn seks uker etter hjerne-slaget oftere vil bli kronisk (28). I slike tilfeller er det sannsynlig at pasientene vil trenge medikamentell behandling. Når depresjon påvirker rehabiliteringsprosessen kan det imidlertid være aktuelt å starte med antidepressiv behandling på et betydelig tidligere stadium.

Noen studier har vist effekt av forebyggende behandling med antidepressiv medikasjon etter gjennomgått hjerneslag. Ifølge Cochrane Library foreligger det imidlertid ikke tilstrekkelig evidens for å gi antidepressiv behandling profylaktisk på generelt grunnlag. Eventuelt kan en overveie slik behandling hos pasienter som har anamnese på alvorlig depresjon før slaget.

Ved fatigue er amfetamin og amantadin forsøkt med viss effekt, men det er åpenbart nødvendig med flere vitenskapelige studier før disse preparatene eventuelt tas i generell bruk ved fatigue etter hjerneslag. Emosjonell instabilitet etter hjerneslag kan behandles svært effektivt med SSRI (29). I denne pasientgruppen har SSRI dessuten raskt innsettende effekt, ofte innen en uke (29).

Konklusjon

Kognitive, kortikale utfall etter hjerneslag utredes og behandles vanligvis på adekvat måte ved slagenheter i Norge. Nedsatt eksekutiv evne er derimot trolig oftere oversett. Alle slagenheter bør screene pasienter med hjerneslag med tester som kan avdekke svikt i eksekutiv funksjon, særlig hos pasienter med lette sensorimotoriske utfall som risikerer å bli utskrevet raskt.

Emosjonelle utfall bør også utredes rutinemessig med validerte skalaer. Når depresjon og angst påvirker rehabiliteringen, eller når symptomene er langvarige, bør pasientene tilbys medikamentell antidepressiv behandling.

I utgangspunktet bør alle pasienter med gjennomgått hjerneslag tilbys kontrolltime ved en slagpoliklinikk i løpet av de første månedene etter utskrivning. Ved slagpoliklinikken skal både somatiske aspekter og kognitive og emosjonelle utfall være i fokus. Dette skjer best i en tverrfaglig setting hvor ergoterapeut, fysioterapeut og logoped er delaktige i behandlingen sammen med lege og sykepleier.

■ bryfure@online.no

Referanser

- Goldstein LB, Bertels C, Davis JN. Interrater reliability of the NIH stroke scale. *Arch Neurol* 1989;46(6):660-2.
- Wade DT, Hower RL, David RM, Enderby PM. Aphasia after stroke: natural history and associated deficits. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1986;49(1):11-6.
- Fisher CM, Curry HB. Pure motor hemiplegia. *Trans Am Neurol Assoc* 1964;89:94-7.
- Fisher CM. Pure Sensory Stroke Involving Face, Arm, and Leg. *Neurology* 1965;15:76-80.
- Fisher CM. Lacunar strokes and infarcts: a review. *Neurology* 1982;32(8):871-6.
- Fure B, Wyller Bruun T, Engedal K, Thommessen B. Cognitive impairments in acute lacunar stroke. *Acta Neurol Scand* 2006; Online publication 21-Mar-2006.
- Lezak MD. *Neuropsychological Assessments* ed.2, 1983.
- Reitan RM. The relation of the trail making test to organic brain damage. *J Consult Psychol* 1955;19(5):393-4.
- Azuma T, Bayles KA, Cruz RF, Tomoeda CK, Wood JA, McGeagh A, et al. Comparing the difficulty of letter, semantic, and name fluency tasks for normal elderly and patients with Parkinson's disease. *Neuropsychology* 1997;11(4):488-97.
- Gordon DL, Bendixen BH, Adams HP, Jr., Clarke W, Kappelle LJ, Woolson RF. Interphysician agreement in the diagnosis of subtypes of acute ischemic stroke: implications for clinical trials. The TOAST Investigators. *Neurology* 1993;43(5):1021-7.
- Fure B, Wyller TB, Thommessen B. TOAST criteria applied in acute ischemic stroke. *Acta Neurol Scand* 2005;112(4):254-8.
- Fure B, Wyller TB, Engedal K, Thommessen B. Emotional symptoms in acute ischemic stroke. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21(4):382-7.
- Robinson RG. Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression. *Biol Psychiatry* 2003;54(3):376-87.
- Pohjasvaara T, Leppavuori A, Siira I, Vataja R, Kaste M, Erkinjuntti T. Frequency and clinical determinants of post-stroke depression. *Stroke* 1998;29(11):2311-7.
- Morris PL, Robinson RG, Andrzejewski P, Samuels J, Price TR. Association of depression with 10-year poststroke mortality. *Am J Psychiatry* 1993;150(1):124-9.
- Davidson J, Turnbull CD, Strickland R, Miller R, Graves K. The Montgomery-Asberg Depression Scale: reliability and validity. *Acta Psychiatr Scand* 1986;73(5):544-8.
- Leshner EL, Berryhill JS. Validation of the Geriatric Depression Scale—Short Form among inpatients. *J Clin Psychol* 1994;50(2):256-60.
- Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* 2002;52(2):69-77.
- Johnston M, Pollard B, Hennessey P. Construct validation of the hospital anxiety and depression scale with clinical populations. *Journal of Psychosomatic Research* 2000;48(6):579-84.
- Greenberg L, Lantz MS, Likourezos A, Burack OR, Chichin E, Carter J. Screening for depression in nursing home palliative care patients. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2004;17(4):212-8.
- Montorio I, Izal M. The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. *Int Psychogeriatr* 1996;8(1):103-12.
- Jongenelis K, Pot AM, Eisses AM, Gerritsen DL, Derksen M, Beekman AT, et al. Diagnostic accuracy of the original 30-item and shortened versions of the Geriatric Depression Scale in nursing home patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20(11):1067-74.

Referanseliste forts. s. 20



Bente Marie Skogum, spesialsykepleier,
seksjon for alderspsykiatri, STHF, Skien.

Musikk som behandlingstiltak til personer med demens og APSD

Seksjon for alderspsykiatri Sykehuset Telemark HF (STHF) gjennomførte i 2006 et pilotprosjekt ved utredningsenheten hvor det systematisk ble brukt musikk som behandlingstiltak rettet mot personer med demens og psykiatrisk og/eller atferdsmessig tilleggsproblematikk (APSD).

Vår hypotese var at musikk som behandlingstiltak kunne gi økt velvære og forebygge eller redusere APSD. I prosjektet ønsket vi å undersøke:

- Hensikten ved bruk av musikk til den enkelte pasient (målet for tiltaket)
- Hvilke konkrete musikktiltak som ble brukt, og effekten av tiltakene
- Hvordan musikk som behandlingstiltak kunne innpasses i postens eksisterende behandlingsopplegg.

Forskning på musikk og demens

I de senere år har det vært forsket en del på bruk av musikk for personer med demens og demens med APSD. Undersøkelsene tar for seg aspekter som for eksempel grad av deltakelse, gjenkalling av minner, evne til samhandling med andre, talespråk (1).

Allsang med kjente sanger har vist seg å gi forbedring i hukommelse, sosial evne og motivasjon hos pasienter med demens (2). Musikalsk sans kan være en av de mest pålitelige faktorer for å forutsi sannsynligheten for restitusjon av kognitive evner ved afasi (3).

Det er også gjennomført undersøkelser av hvordan musikk påvirker samhandling mellom dem som «gir» musikk og dem som «får» den. Disse forskningsrapportene viser at musikk bidrar til å bedre demensomsorgen. Noen av undersøkelsene konkluderer med at sang er den musikkform som har best effekt (4).

Musikk som miljøbehandling på egen arbeidsplass

Seksjon for alderspsykiatri har siden høsten 2003 aktivt brukt musikk som ett av flere miljøtiltak, både som gruppetiltak og individuelt tiltak. Hele personal-

gruppen har gjennomgått teoretisk undervisning og praktisk trening i bruk av musikk. Personalet har gruppevis sunget og trimmet sammen for bedre å kunne lede allsang og trimgrupper. Dette ut fra en grunn tanke om at det er den/de som til enhver tid er på vakt som skal ha et repertoar av metoder for å møte den enkelte pasient, herunder også musikk.

Det er laget brukervennlige sangpermer og trimkassetter tilpasset målgruppen. Det er kjøpt inn CD-spillere og musikk i de fleste kategorier for å ha et bredt utvalg, samt diverse rytmeinstrumenter. To gitarer og piano hadde seksjonen fra før.

Gruppetilbudet gjennomføres to ganger i uken – sangstund én ettermiddag og musikktrim én formiddag.

Etter hvert erfarte vi at musikk brukt på riktig måte og tilpasset den enkelte pasient, kunne ha svært god effekt. God effekt kan bety beskrivelser som «pasienten ser ut til å trives og ha det bra».

Med dette som utgangspunktet startet vi ved vår utredningspost for personer med demens og APSD høsten 2005 arbeidet med å innføre metoden *Individualisert musikk* (2). Vi ønsket å undersøke hvordan vi kunne bruke metoden systematisk som behandlingstiltak hos oss.

Individualisert musikk

Metoden består av tre nøkkelområder (2):

- 1) Kartlegge musikkpreferanse på individuell basis hos personen med demens
- 2) Iverksette musikkstund som systematisk tiltak for å øke velværet
- 3) Evaluere effekten av tiltaket.

Musikkpreferanse handler om at mennesker har ulike musikksmak. En sang eller en melodi kan vekke gode følelser og minner hos noen, mens den hos andre kan vekke dårlige minner eller følelser, i verste fall oppfattes som støy. For å få tak i hva den enkelte foretrekker av musikk kan Musikkpreferanseskjemaet brukes (5). Det er viktig at en samtale om musikksmak foregår uforstyrret og i en rolig atmosfære.

Før musikkstund iverksettes er det viktig med ro og konsentrasjon om det som skal gjøres. Personalet som bruker musikk må være observant på hvilke reaksjoner pasienten viser.

Musikkpreferansesamtalen gir pekepinn på hva personen foretrekker, men dagsform kan variere og dermed også opplevelsen av musikk. Det anbefales individualiserte musikktiltak ca 20-30 minutter to ganger i uken (6).

Det er individuelle behov når det gjelder tidspunkt for å høre musikk eller å synge selv. Personalet må vurdere når det er mest hensiktsmessig og meningsfullt. I siste del av metoden gjennomføres evaluering av musikktiltaket (2).

Det bød på utfordringer å evaluere om musikktiltaket økte velværet. Vi valgte å bruke et registreringsskjema utarbeidet ved enheten, *Musikk som tiltak* (7). I skjemaet ble hensikten med tiltaket, de konkrete musikktiltak og effekten registrert.

Evalueringen ble gjort av den enkelte ansatte eller i samarbeid mellom flere, og var avhengig av hvordan den ansatte vurderte at tiltaket virket/ikke virket. I tillegg var det ønskelig med utfyllende beskrivelser.

Organisering av pilotprosjektet

For systematisk å bruke musikk som behandlingstiltak var det hensiktsmessig å organisere arbeidet som et prosjekt. Spesialsykepleier som var prosjektleder fikk permisjon avtalte dager til forberedelser, gjennomføring av prosjektet, evaluering og bearbeiding.

Innledningsvis ble relevant litteratur gjennomgått, det ble utarbeidet plan for introduksjon av tiltaket i sengepost og personalet fikk gruppevis og individuell opplæring.

Prosjektet ønsket å prøve ut musikk som behandlingstiltak til 20 pasienter innlagt i utredningsposten. Inklusjonskriteriene var demens med APSD. Symptomer som var registrert ble markert på registreringsskjema av døgnrytme/atferd og registrert i 14 dager (8). Effekt av musikktiltak ble registrert/beskrevet for hver gang.

Avslutningsvis ble resultatene analysert og evaluert og rapport skrevet. Utover dette ble prosjektet presentert internt og eksternt.

Deltakere

Tolv kvinner og åtte menn deltok i prosjektet. De var innlagt på utredningsposten og hadde demens med APSD av forskjellig grad. To av mennene døde under oppholdet. En av pasientene ble overført til annen avdeling i løpet av prosjektiden. Gjennomsnittsalder var 82 år, den yngste var 58, den eldste 97. Gjennomsnittlig liggetid var 50 døgn. Minimum liggetid var 21 døgn, maksimum 94.

APSD delt inn i tre kategorier

- 1) Agitasjon, irritasjon, aggresjon, avvikende motorisk atferd. 11/20 har minst ett av disse symptomene
- 2) Angst, apati, depresjon, initiativløshet, søvnproblemer. 8/20 har minst ett av disse symptomene
- 3) Hallusinasjoner, vrangforestillinger. 1/20 har minst ett av disse symptomene.

Musikkpreferanser

I musikkpreferanseskjemaene svarte 15 av pasientene at musikk er svært viktig, eller nokså viktig. Fem svarte at musikk ikke er viktig for dem. Tre av pasientene svarte at de har egen musikk hjemme. Femten svarte ja på om de har likt å danse/synge. En av pasientene hadde spilt eget instrument.

Artister

James Last, Johnny Cash, Jim Reeves, Jonas Fjeld, Arve Tellefsen, Sissel Kyrkjebø, Cornelis Vreeswijk, Mari Boine, blant andre.

Musikkategorier som ble representert

Klassisk musikk, norsk folkemusikk, dansemusikk, Frem fra glemselen-viser, blant andre.

Hensikten med musikk som behandlingstiltak

Hensikten ble formulert etter pasientens behov slik systemet for dokumentasjon var lagt opp i posten fra før. Pasientens sykdom, bakgrunnshistorie, musikkpreferanse og APSD ble drøftet og pasientens behov for musikk som behandlingstiltak formulert så konkret som mulig. De fem hovedkategorier som fremkommer er resultat av drøfting på behandlingsmøtet:

- 1) Pasienten trenger hjelp til å falle til ro og oppnå trygghet (seks pasienter)
- 2) Pasienten trenger hjelp til å oppnå trivsel i hverdagen (syv pasienter)
- 3) Pasienten trenger hjelp til å venne seg til å være alene en liten stund daglig (én pasient)
- 4) Pasienten trenger hjelp til å lindre uro, angst og reisetrang (fire pasienter)
- 5) Pasienten trenger hjelp til å hvile dagtid/falle til ro til natten (to pasienter).

Konkrete musikktiltak som ble brukt

- 1) Lytte til egne CD-er på rommet. Tiltaket ble brukt 137 ganger og virket positivt der og da i 69 prosent av tilfellene
- 2) Lytte til CD i fellesmiljø. Ble brukt 29 ganger og virket positivt der og da i 69 prosent av tilfellene
- 3) Delta i sangstund sammen med personale og medpasienter. Ble brukt 63 ganger og virket positivt der og da i 81 prosent av tilfellene
- 4) Synge sammen med personale på eget rom. Ble brukt 12 ganger og virket positivt der og da i alle tilfellene
- 5) Nynne/synge Nordlandsnetter i stellesituasjonen. Ble brukt én gang og virket positivt der og da
- 6) Lytte på CD på eget rom sammen med personale. Ble brukt én gang og virket positivt der og da.

I evalueringsskjemaet ble det også registrert om tiltaket fortsatt hadde effekt etter to timer. Av de 179 gangene musikk virket der og da, var det i 30 av tilfellene (17 prosent) registrert effekt også to timer etter.

Beskrivelser av hvordan musikk som behandlingstiltak virket

Ved deltakelse i felles sangstund er det beskrivelser som at pasienten virket interessert, foreslo sanger, trampet takten, leste noen av versene høyt, at det så ut til at pasienten koste seg, at det ble god stemning.

Spontansang, det vil si at personalet begynte å nynne/synge på en kjent sang uten å ta frem sangpermer, har flere ganger vært beskrevet med overraskende god effekt.

Å lytte til CD på eget rom krever forståelse for og evne til å være alene. Vi så at musikk kunne ha effekt når denne forståelsen og evnen var tilstede.

I løpet av prosjekttiden så vi at det å spille musikk i fellesmiljø kunne være vanskelig på grunn av ulik tålegrense for støy og ulik musikpreferanse. Kombinasjonen av pasienter som ikke har evne til å være alene på rommet, men som gjerne ville høre på en spesiell musikk, bød på utfordringer fordi andre pasienter i fellesmiljøet oppfattet den samme musikken som støy.

Anbefalinger ved utreise

I løpet av prosjekttiden så vi mange måter å bruke musikk på. Ved utreise ble de fleste pasientene anbefalt å få tilbud om musikk som behandlingstiltak. Anbefalingene tok utgangspunkt i erfaringene med den enkelte i løpet av prosjektet. Eksempler på anbefalte musikktiltak ved utreise:

- Musikk kan brukes som trivselstiltak. La pasienten lytte til musikk 20-30 min daglig, i fellesskap, eller alene når vedkommende hviler. Pasienten liker svært godt klassisk musikk og Jonas Fjeld «Engler i snøen»

- Bruk av pasientens preferanse-CD som trivselstiltak for pasienten. Spill musikken 10-15 minutter på eget rom, maks 30 minutter. Dette tiltaket kan brukes flere ganger om dagen. Pasienten har stor glede av dette og slapper av og nyter musikken
- Musikk kan brukes til å hjelpe pasienten til å falle til ro inne på eget rom, enten alene eller sammen med personale. Pasienten har egne CD-er. Liker av og til å delta i sangstund i fellesmiljø, gir tydelig uttrykk hvis han ikke vil delta
- Pasienten er glad i sangstund. Husker mange sanger, har klar og flott stemme. Vær observant i forhold til lav tålegrense for støy. Tiltaket må avsluttes umiddelbart hvis pasienten viser tegn til uro.

Individualisert musikk skal passe for den enkelte, noe disse eksemplene viser.

Konklusjon

I prosjektet er det ikke noe som tyder på at MMS-skåre har betydning for resultatet, både de med lav og høy skåre kan ha effekt av musikk.

Det var interessant å registrere at alle pasientene som ikke hadde oppgitt at musikk var viktig for dem, hadde positiv registrert effekt av musikk som behandlingstiltak. For oss ga det en erfaring om at musikk er noe allmenngyldig. Musikktiltak er verd å prøve ut selv om en ikke er sikker på at vedkommende har vært spesielt glad i musikk.

Resultatene viste at de som oppga konkret musikksmak, hadde effekt av å lytte til egen musikk alene på rommet. Dette underbygger teorien om at individualisert musikk har best effekt (6).

Å tilstrebe økt velvære er et hovedmål i metoden *Individualisert musikk*.

Allsang er i forskning beskrevet som det tiltaket med best effekt. Tiltaket *Delta i felles sangstund* er brukt 63 ganger, og det er registrert at det hadde positiv effekt 81 prosent av gangene det ble brukt.

Det har vært lettere å observere og evaluere velvære enn forebygging/reduksjon av APSD.

Der hensikten har vært å redusere/forebygge APSD, har de konkrete formuleringene om hva musikk har vært rettet mot, vært beskrevet for eksempel slik: «Pasienten trenger hjelp til å være alene, til å lindre uro eller til å lindre reisetrang».

Registreringene kunne ikke vise at eksempelvis grad av uro ble redusert ved bruk av musikk. Likevel er det enkelte beskrivelser i prosjektet som kan tyde på at musikk også kan forebygge/reducere APSD: «Musikk hadde god effekt som avledning inne på rommet, mindre angst etterpå». «Pasienten var urolig, og det blir forsøkt sangstund. Satt rolig, var smilende, bladde i sangperm selv om hun ikke sang med».

Selv om resultatene ikke viser at vi kan konkludere med at APSD reduseres ved bruk av musikk, vet vi at pasienten har stort behov for velvære ved slike symptomer. Hvis man kan oppnå velvære/trivselsstunder med musikk som behandlingstiltak tross slike symptomer, må dette beskrives som svært positivt, selv om effekten er kortvarig.

Det var interessant at av de 179 gangene musikktiltak ble registrert med effekt, hadde tiltaket fortsatt effekt etter to timer i 17 prosent av tilfellene. Hvis musikk hadde blitt brukt som tiltak til disse pasientene utover de 14 dagene i prosjektet, kan en tenke seg at effekten hadde vært enda bedre. Dette ut fra at man vet at behandling ofte må gis over tid for å gi best mulig effekt.

Det har av og til vært vanskelig å konkludere med om det i hovedsak er musikken som virket, eller om det var andre samtidige tiltak. Blant annet kom det frem at pasientene ofte hadde tett personalkontakt mens musikk ble brukt, eller at generelle tiltak som å tilstrebe ro ble brukt samtidig.

Personalet har flere ganger bemerket at når musikk som behandlingstiltak har hatt effekt for pasienten, har dette også vært en god opplevelse for dem, noe vi vet er svært gunstig for samhandling.

Tilbakemeldingene fra pårørende har uten unntak vært positive. De har gitt uttrykk for glede over at musikk har vært brukt aktivt, og mange har kommet med musikkutvalg og bidratt til at musikkpreferanseskjemaene har vært innholdsrike og detaljerte.

De individuelle musikktiltak som ble utviklet i posen i løpet av prosjektperioden, ble i hovedsak sendt med som anbefalte tiltak for den enkelte ved utreise. Vi har ikke systematisk undersøkt om tiltakene ble fulgt opp. Et par tilbakemeldinger har gått ut på at personalet på sykehjemmet pasienten ble overført til, beskrev tiltaket som vanskelig å følge opp. Begrunnelsen var i hovedsak at personalet følte seg lite kompetente til å synge og spille/bruke musikk.

De mange gode beskrivelser vi har fått av tiltakene *å delta i sangstund*, og *å bli sunget for*, har økt vår interesse for å synge for og med pasientene. Tiltaket kan virke enkelt, men vi har i prosjektiden erfart at det krever trygghet og mot hos den som skal gjøre dette, og denne tryggheten har ikke hele personalgruppen.

De gangene musikk ikke har hatt effekt hadde det sammenheng med stor uro, høyt aktivitetsnivå, generell støy og konsentrasjonsvansker. Det ser ut til at musikk som tiltak er avhengig av en generelt rolig atmosfære. I tillegg har vi erfart at pasienter med eksempelvis stor uro har problemer med å konsentrere seg om å lytte til musikk eller være med å synge. I så fall er ikke tidspunktet rett for tiltaket.

Ut fra resultatene kan vi konkludere med at musikk som behandlingstiltak kan bidra til velvære/trivsel i

hverdagen for pasienter med demens og APSD.

Hovedfokus må være å gi en god opplevelse her og nå, og mindre at opplevelsen kanskje er glemt om en liten stund.

Vi har erfart at musikk kan bidra til å vekke gjenkjennelse og minner og gi gode følelser når det blir gitt på riktig måte til riktig tidspunkt. Det er så positivt at det er verdt å satse på selv om det bare oppleves her og nå. Med muligheter for effekt også etter en stund er musikk som behandlingstiltak noe som er kommet for å bli ved vår seksjon.

Hva skjer videre?

Tilbakemeldingene fra personalet har vært at det vil være behov for kontinuerlig undervisning og praktisk trening for at de kan være trygge nok til eksempelvis å lede sangstund eller starte spontansang. Det blir viktig å videreføre og vedlikeholde den kunnskapen vi nå har. Regelmessig internundervisning og gjentagende praktiske øvelser for personalet vil fortsette.

For å sikre at metoden blir ivarettatt og videreført mener vi at det er behov for en metodebok om musikk som tiltak. Et videre prosjekt med å lage en slik bok vil være aktuelt.

■ bente-marie.skogum@sthf.no

Referanser

1. Brotons M, Pickett-Cooper PK. The effect of music Therapy Intervention on Agitation Behaviors and Alzheimers disease Patients. J Music Ther. 1996.
2. Myskja A, Lyngroth SR. Individualisert musikk i eldreomsorgen. Et prosjekt ved tre sykehjem. Prosjektrapport nr.1/2002. Geria. Ressurscenter for aldersdemens/alderspsykiatri i Oslo kommune.
3. Bronken BA. Den fyrste song. En utforskende studie om bruk av sang og musikk i møte med mennesker med språkforstyrrelser etter hjerneslag. Hovedoppgave ved Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap. Mars 2001.
4. Gøtzell E. Singing, background music-events in the communication between persons with dementia and their caregivers. Stockholm 2003. Neurotic Department, Center of Excellence in Elderly Care Research, Karolinska Institutet, Huddinge Sweden. Department of health, Science and Mathematics, Blekinge Institute of technology, Karlskrona, Sweden.
5. Musikkpreferanseskjema. Skjema er videreutviklet og tilpasset norske forhold etter det standardiserte Assessment Personal Music Preference, et skjema utviklet av Gerdner A, Hartsock J, Buckwalter KC, 2000.
6. Gerdner L. Effects of individualized versus classical «relaxation» music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimers disease and related disorders. Int Psychogeriatr. 2000.
7. Registreringsskjema – Musikk som tiltak. Utarbeidet ved seksjonen etter undervisning/kurs i regi av Geria, Musikk som miljøbehandling, 2003. Registrerer bruk av musikk med dato, klokkeslett, og om det er effekt eller ikke, samt utfyllende beskrivelser av hvordan personalet vurderer hvordan tiltaket virket/ikke virket.
8. Registrering av døgnyttme/atferd. Utviklet på alderspsykiatrisk avdeling, Vardåsen, som vedlegg i prosjektrapport nr 1/2002.



Foto: Torggrim Rath Olsen, Nordlys

Kongens gull til Sigurd Sparr

Overlege Sigurd Sparr ved Medisinsk klinikk, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, ble tildelt Kongens fortjenstmedalje i gull den 9. oktober. Sparr får hederstegnet for sin innsats som frivillig i Nasjonalforeningen for folkehelsen gjennom 30 år. Han har løftet frem demensarbeidet gjennom opprettelsen av et eget utvalg for demens i Nasjonalforeningen, der han nå er leder. Sparr har dessuten vært en pådriver i prosjektet «Samer – demens og pårørendearbeid.»

Sigurd Sparr er leder for Demensforbundet Nasjonalforeningen og sitter i styret for Alzheimer Europe.

Demens&Alderspsykiatri gratulerer!

Referanser *fortsettelse fra side 15*

23. Stern RA. Assessment of mood states in aphasia. *Semin Speech Lang* 1999;20(1):33-49; quiz 49-50.
24. Shimoda K, Robinson RG. The relationship between post-stroke depression and lesion location in long-term follow-up. *Biological Psychiatry* 1999;45(2):187-92.
25. Carson AJ, MacHale S, Allen K, Lawrie SM, Dennis M, House A, et al. Depression after stroke and lesion location: a systematic review. *Lancet* 2000;356(9224):122-6.
26. Glader EL, Stegmayr B, Asplund K. Poststroke fatigue: a 2-year follow-up study of stroke patients in Sweden. *Stroke* 2002;33(5):1327-33.
27. Ingles JL, Eskes GA, Phillips SJ. Fatigue after stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 1999;80(2):173-8.
28. Andersen G, Vestergaard K, Lauritzen L. Effective treatment of poststroke depression with the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram. *Stroke* 1994;25(6):1099-104.
29. Andersen G, Vestergaard K, Riis JO. Citalopram for post-stroke pathological crying. *Lancet* 1993;342(8875):837-9.



Marianne Holm, seksjonsoverlege, seksjon for alderspsykiatri, Sykehuset Telemark HF

Brukerundersøkelser i alderspsykiatri – gjennomførbare og nyttige?

For å forbedre kvaliteten på de alderspsykiatriske tjenestene er det viktig å vite hva brukerne mener. Seksjon for alderspsykiatri ved Sykehuset Telemark HF har gjennom flere år gjennomført brukerundersøkelser for å forsøke å kartlegge dette nærmere.

Vi har spurt brukerne – våre samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten, pasienter, både polikliniske og inneliggende, og deres pårørende – om hva de synes om kvaliteten på tjenestene. Resultatene utgis i sin helhet i en rapport med bistand av psykologspesialist Per Kristian Haugen og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. I denne artikkelen beskrives kort undersøkelsene av tilfredshet hos inneliggende pasienter og deres pårørende.

Bakgrunn

Vi har gjennom flere år interessert oss for og prøvd ut brukerundersøkelser som redskap for evaluering og forbedring av våre tjenester. I forbindelse med et prosjekt for utbygging og omorganisering av avdelingen startet vi med en brukerundersøkelse overfor våre samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten i 1995. Vi gjentok denne da prosjektperioden var over i 1997 (1,2) og senere i 2002. Behovet for også å vite hva pasientene selv og deres pårørende mente, økte. I poliklinikken som hovedsakelig utreder og behandler personer med kognitiv svikt (med eller uten psykiatrisk tilleggspromblematikk) spurte vi derfor i 2003 både pasienter som kom til demensutredning, og deres pårørende, om tilfredshet. I 2002 gjennomførte vi en pasienttilfredshetsundersøkelse overfor alle innlagte pasienter, uansett kognitiv funksjon, etter en modifisert modell fra alderspsykiatrisk avdeling ved Blakstad sykehus (3). Svarprosenten var høy (78 prosent), men mange pasienter hadde store problemer med å svare og husket verken at de var på sykehus eller hva som hadde vært bra eller dårlig.

Metode og utvalg

Ledelsen ved psykiatrisk klinikk, Sykehuset Telemark HF, ønsket at alle seksjonene ved klinikken skulle benytte samme pasienttilfredshetsskjema. Vi gikk derfor fra 1. januar 2003 over til Pat Sat 30, et spørreskjema omarbeidet av overlege Pål Gjerden etter et opprinnelig svensk skjema utgitt i et veiledningshefte fra Helsetilsynet (4). Spørreskjemaet har 30 spørsmål om tilfredshet hvor svarene kvantiteres i en femdel skala fra svært dårlig til svært bra. To av spørsmålene er kvalitative og ber pasienten beskrive nærmere dersom de er blitt nedlatende eller respektløst behandlet og hva de var mest fornøyd med.

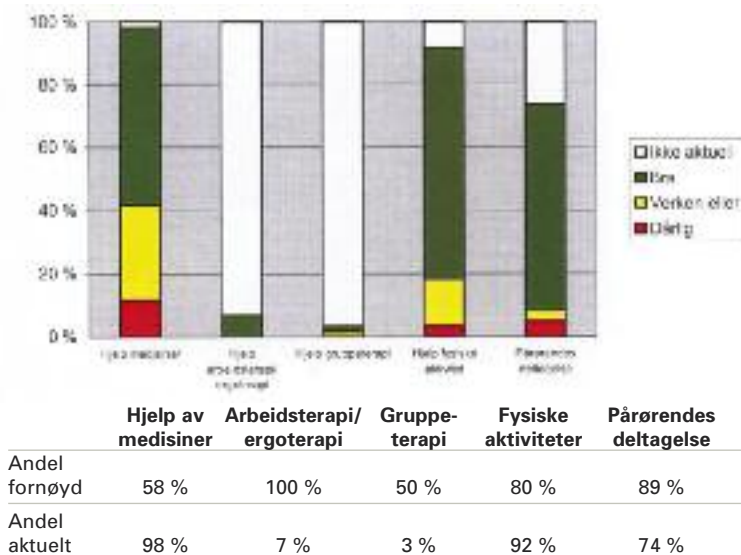
Undersøkelsen som refereres her går fra 1. januar 2003 til 1. september 2004, men Pat Sat 30 har vært kontinuerlig i bruk siden.

Problemene med å intervjuer personer med demens i våre tidligere undersøkelser ble diskutert. Vi besluttet ut fra erfaringene kun å spørre de pasientene som var forventet å kunne svare. Pasienter med betydelig kognitiv reduksjon og svekkelse av hukommelse, språkfunksjon eller forståelse ble ikke inkludert.

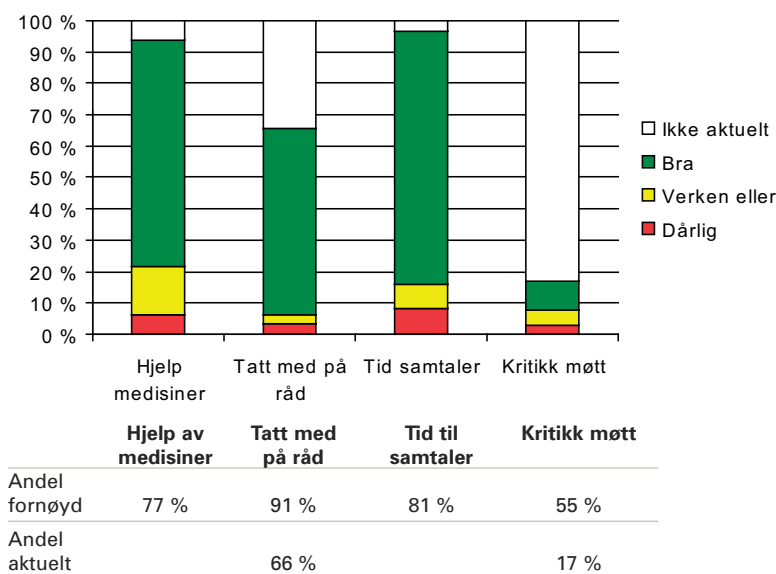
Pat Sat 30 er et selvutfyllingsskjema. Det er relativt mange av våre pasienter som av ulike grunner har problemer med selve utfyllingen. Disse ble intervjuet av ansvarlig sykepleier i stedet. Det kan argumenteres med at kjent intervjuer ikke gir ærlige svar fordi pasienten er høflig eller føler seg bundet. Imidlertid er det sykepleiernes erfaringer gjennom flere år at nettopp det å kjenne og å trygge pasienten gjør at svarene blir mer utfyllende. Nøytral intervjuer er ikke utprøvd. Undersøkelsen ble utført få dager før utskrivelse.

Det innkam i alt 63 svar i perioden. Det utgjør en svarprosent på 41 i forhold til det totale antall innlagte

Figur 1



Figur 2



pasienter (154), og 80 prosent hvis man regner ut fra pasienter uten kognitiv svikt, som jo var målgruppen.

Vi ønsket også å innhente pårørendes erfaringer og opplevelser og omarbeidet derfor Pat Sat 30 til en pårørendeundersøkelse. Vi beholdt spørsmålene så langt det lot seg gjøre, men la til spørsmål om informasjon og forventninger ved innkommst og nytte av utskrivningsmøte (nettverksmøte). Brev med spørreskjema ble sendt alle pårørende (kun én pårørende per pasient) etter utskrivelse. Det innkomm 67 svar, hvilket gir en svarprosent på 44. Vi valgte å ikke purre. Av de pårørende som svarte var 59 prosent barn, 29 prosent var ektefelle/samboer, resten var svigerdøtre.

Resultater

Hovedinnstillingen av spørsmålene i Pat Sat 30 og pårørendeundersøkelsen er *Informasjon, Samarbeid og behandlingstilbud, Rammer, Oppsummering ved utskrivelse samt to åpne spørsmål*.

Seksjonen sender inn svarene kvartalsvis til sykehusets ansvarlige for brukerundersøkelser og får tilbake tabeller. Figurene viser grønn søyle for svaralternativ *bra*, gul for *verken/eller*, rød for *dårlig* og hvit for *ikke aktuell*. Figurene er godt egnet som utgangspunkt for diskusjon i personalet om hva som fungerer og hva som bør forbedres.

Hovedinntrykket fra undersøkelsene er positivt, men det er områder som skiller seg ut og hvor forbedring trengs. Ett slikt område er *Informasjon*, hvor 56 prosent av pasientene svarer *bra* eller *svært bra* på informasjon om psykiske plager/diagnose, mens bare 34 prosent er fornøyd med informasjon om ulike behandlingsmuligheter. De pårørende er noe mer fornøyd, 67 prosent med informasjon om diagnose og 54 prosent med behandlingsmuligheter. På informasjon om klagemuligheter er skårene enda dårligere både for pasienter og pårørende (henholdsvis 38 og 23 prosent). Det fremkommer at informasjon om virkninger og bivirkninger av medisiner heller ikke er tilfredsstillende.

Svarene under *Samarbeid og behandlingstilbud* er betydelig mer positive. Pasientene uttrykker stor tillit til miljøkontaktene (*bra* eller *svært bra* (90 prosent)) og er fornøyd med hvor god tid miljøkontaktene har til samtaler med dem (79 prosent). I travle tider hvor personalet har vært frustrerte og følt at de ikke har strukket til overfor pasientene, har dette vært gode tilbakemeldinger å få. Omkring 70

prosent er likeledes fornøyd med hjelpen de fikk av psykiater/lege eller psykolog. Figur 1 viser blant annet tilfredshet med medisiner. Et lite flertall er fornøyd med hjelpen de fikk av medisiner. Som det fremgikk ovenfor var mange av de pårørende misfornøyd med informasjon om medisiner. Betydelig flere er fornøyd med hjelpen pasienten fikk av medisinerne (se figur 2). Med statistiske metoder fant vi ingen sammenheng mellom tilfredshet med *informasjon om medisiner* og tilfredshet med *nytte av medisiner*. Det fremkommer ønske om å bli rådspurt i større grad om behandlingen: Av de pårørende som sier at de ble tatt med på råd i behandlingen, er et overveldende antall positive.

Under *Rammer* er det blant annet spurt om mulighet til å få være for seg selv i avdelingen. En stor andel av pasientene, 93 prosent, svarer bra eller svært bra på dette. Når det gjelder opplevelser av begrensninger og tvang, gjelder dette et lite antall pasienter (et fåtall i utvalget er tvangsinnlagt). Svarene spriker, noen gir uttrykk for at dette har vært bra, andre det motsatte. Pårørende er betydelig mer positive enn pasientene, for eksempel svarer 72 prosent at begrenset bevegelsesfrihet har vært *bra* eller *svært bra*, mens 30 prosent av pasientene sier det samme.

Ved *Oppsummering ved utskrivelse* er vi ute etter om pasienten er bedre av sine psykiske plager og om de kan tenke seg reinnleggelse ved samme post hvis de skulle trenge innleggelse på ny. Det fremkommer i figur 3 at et flertall svarer *bra* eller *svært bra* på hvordan de har det med tanke på sine psykiske plager sammenlignet med før innleggelse. Pårørende er enige i det. Enda flere svarer at de kan tenke seg reinnleggelse samme sted, og av de pårørende svarer nesten alle positivt på dette (figur 4). For de fleste pasientene blir det holdt et utskrivningsmøte (nettverksmøte) med pasient, pårørende og representant for kommunehelsetjenesten til stede. Pårørende ble spurt om nytten av dette og 92 prosent uttrykker tilfredshet. Åttitre prosent er fornøyd med det som planlegges av tilbud etter utskrivelse, men det fremkommer i kommentardelen at færre er fornøyd med det tilbud som faktisk ble gitt i kommunen.

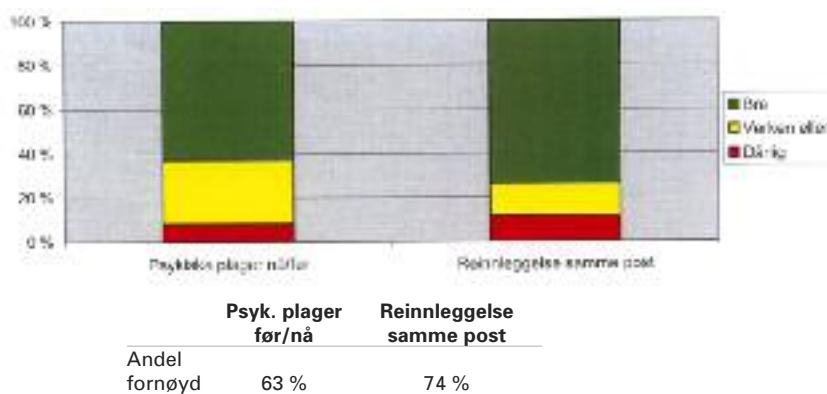
Tre pasienter har svart at de er blitt nedlatende eller respektløst behandlet. Dette handlet om ikke å bli hilst på av en av personalet og opplevelse av «skjenn» for å ha gått tur ut uten følge. Ingen av de pårørende har følt seg respektløst behandlet.

Diskusjon

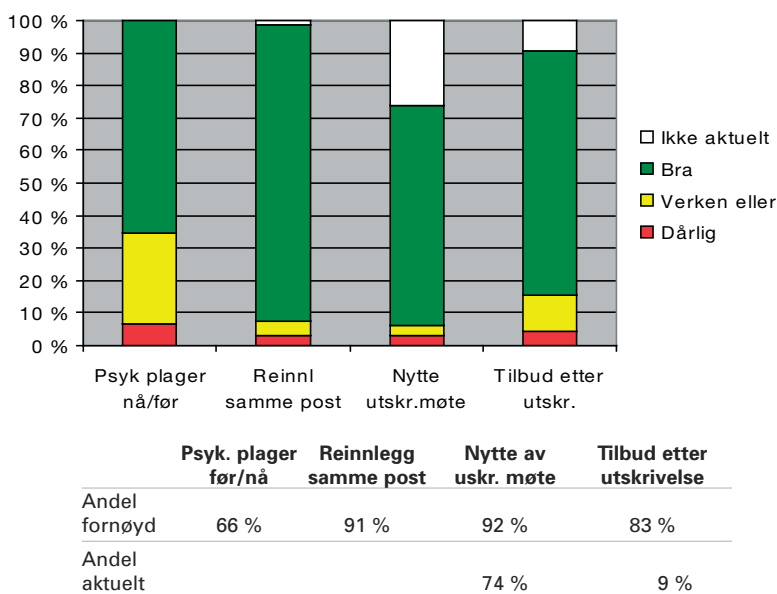
Hovedinntrykket er positivt, men det avdekkes også klare svakheter. Et flertall av pasienter og pårørende er fornøyd med samarbeid, behandlingstilbud og rammer, men mindre fornøyd med informasjonen som ble gitt. Det er ingen statistisk sammenheng mellom tilfredshet med informasjon og tilfredshet med selve behandlingen. Hvis man satser på forbedring av informasjonsrutiner, er det derfor ikke gitt at pasienter og pårørende blir mer fornøyd med behandlingen.

Vi har ansett spørsmålet om nedlatende eller respektløs behandling som et godt mål på holdninger,

Figur 3



Figur 4



atmosfære og profesjonalitet. Hvordan pasienter og pårørende møtes – uansett tid på døgnet, om det er få eller mange på jobb, og uansett hvor urimelige ønsker som måtte fremsettes – er viktig. At så få svarer «ja» på dette er vi glade for. Kommentarene fra pasientene viser hvor sårbare pasienter kan være og hvor «små» ting som kan oppleves som ydmykende og respektløst.

Innlagte alderspsykiatriske pasienter har ofte omfattende psykiske, somatiske og noen ganger sosiale problemer. Særlig somatisk problematikk vil kunne påvirke pasientens opplevelse av tilfredshet slik brukerundersøkelsene fanger det opp.

Svarprosenten (som prosent av totalt antall utskrevne pasienter) ved Pat Sat 30 var som forventet lav (41 prosent) fordi vi bevisst ekskluderte personer

med betydelig kognitiv svikt. Svarprosenten ser «penere» ut (80 prosent) hvis man kun regner med pasienter *uten vesentlig kognitiv svikt*. I en travel hverdag skjer det av og til at skjemaet blir glemt eller for eksempel at pasienten blir alvorlig somatisk syk og utskrives via en somatisk avdeling. Av dem som kunne intervjues sa svært få nei, men mange likte dårlig å skulle fylle ut skjemaet selv. Tilbud om å gjøre undersøkelsen som intervju har uten tvil økt svarprosenten. Det er vanskelig å vite sikkert om pasienter som intervjues er mer forsiktige med kritikk enn de som fyller ut selv. Intervjuet starter alltid med en klar oppfordring om å komme med både positive og negative kommentarer, og sykepleier legger vekt på at alle tilbakemeldinger er verdifulle. Utfyllingen skjer rett før utskrivelse og pasienten skulle således ha lite å tape på å være ærlig og direkte. Vi har ikke prøvd ut nøytral intervjuer. Også svarprosenten for pårørende er lav (44 prosent). Hvorvidt de som ikke svarte ville vært mer eller mindre fornøyde, er umulig å vite. De som svarte gjorde det samvittighetsfullt og grundig og med mange nyttige kommentarer på de åpne spørsmålene.

På alle spørsmål svarer pårørende gjennomgående mer positivt enn pasientene selv. Vi kan ikke ut fra undersøkelsen si noe om hva dette beror på. En stor andel av de spurte pasientene har depressive plager, en del har psykotiske symptomer, andre svært høy grad av angst. Selv om de ikke har kognitiv svikt er vårt inntrykk likevel at mange ikke fullt ut har oversikt over hvor alvorlig syke de var ved innkommst, hvor mye de har belastet pårørende, hvor bekymret pårørende har vært og hvor mye de faktisk har kommet seg. Pårørende har et annet overblikk, vurderer tilstanden og hjelpen kanskje mer realistisk, men er selvsagt også preget av egen situasjon.

Vår undersøkelse av pasienter omhandler bare personer uten vesentlig kognitiv svikt. Det er en utfordring å forsøke å få mer kunnskap om hvordan personer med demens opplever oppholdet og behandlingen.

Man kunne tenke seg å spørre pårørende hva de tror pasienten mener, men ut fra det vi ser av svarene vet ikke pårørende alltid så mye om hva som skjer på avdelingen. Man kunne intervju pasienten med demens sammen med pårørende. Uansett vil nok pårørendes egen situasjon kunne påvirke svarene. Noen pårørende er ekstremt slitne når det endelig er kommet til innleggelse, noen har konflikter med den syke eller har psykiske problemer eller kognitiv svikt selv. En mer indirekte innfallsvinkel kunne være å kartlegge avdelingsmiljøet/postatmosfæren og sammenligne det med hva vi mener å vite er bra ut fra kunnskap og erfaringer. *Ward atmosphere scale* (5) er et instrument utviklet for å måle og beskrive behandlingsmiljøet på poster for personer med

psykoseproblematikk, men instrumentet bør også kunne utprøves i en alderspsykiatrisk avdeling. Så vidt vites er dette ikke forsøkt.

Konklusjon

Undersøkelsene av tilfredshet hos pasienter, pårørende og kommunehelsetjenesten gir et omfattende og detaljert bilde av hva våre brukere mener om tilbudet som gis ved seksjon for alderspsykiatri. Resultatene vil bli publisert i en rapport i regi av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, som utgis i desember 2008. Svarene vil være viktige for forbedringsarbeidet fremover, både på kort og lang sikt. Etter vår erfaring er spørreundersøkelser direkte til alderspsykiatriske pasienter og deres pårørende både gjennomførbare og nyttige. Tiltak må imidlertid gjøres for å bedre svarprosenten og for å få mer kunnskap om hvordan personer med demens opplever tilbudet. Vår erfaring tilsier at stor bredde i hvem man spør er viktig. Det er et tankekors at de som er mest fornøyd med vårt tilbud er kommunehelsetjenesten, deretter pårørende og så pasientene. Ved kun å forholde oss til kolleger i helsevesenet eller slitne pårørende som er glade for endelig å ha fått hjelp, kan man få et for positivt inntrykk. Når det er sagt, må det sies at hovedinntrykket også fra pasientene er tilfredsstillende.

■ marianne.holm@sthf.no

Referanser

1. Nåvik M. et al. Med tomrestokk og fagbriller. Alderspsykiatri i endring. Telemark sentralsykehus 1994-1997. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 1999.
2. Holm M. et al. Erfaringer fra en alderspsykiatrisk avdeling gjennom seks år. Tidsskrift for den norske Lægeforening 2000; 120: 427-431.
3. Sand ET. Erfaringer fra brukerundersøkelse ved en alderspsykiatrisk avdeling. Tidsskrift for den norske psykologforening 1999; 36, 218-224.
4. Ruud T, Breimoen M. Evaluering av psykiatriske helse-tjenester – Praktisk veiledning i bruk av noen evaluerings-metoder. Helsetilsynet 1996. Spørreskjema om erfaringer fra opphold ved psykiatriske avdelinger omarbeidet/forenklet til Pat Sat 30 av overlege Pål Gjerden, Sykehuset Telemark.
5. Rossberg JI, Friis S. Patients and Staffs Perceptions of the Psychiatric Ward Environment. Psychiatric services 2004; 55, no 7, 798-803.



Irene Røen, geriatrisk sykepleier, prosjektkoordinator,
Alderspsykiatrisk kompetansesenter Sykehuset Innlandet HF (SIFH)

Forskning og fagutvikling i sykehjem

Samhandlingsprosjekt mellom Alderspsykiatrisk kompetansesenter, SIHF, og syv kommunale sykehjem i Hedmark og Oppland

Alderspsykiatrisk kompetansesenter, Sykehuset Innlandet HF, har startet et samhandlingsprosjekt mellom spesialisthelsetjenesten og syv kommunale sykehjem i Hedmark og Oppland. Prosjektet begynte i januar 2007. Det er etablert et forpliktende samarbeid om forskning og fagutvikling mellom SIHF og kommunene som deltar. Forskningsdelen tar utgangspunkt i kartlegging og utredning av pasientene, og det tilbys samarbeid om fagutviklingsprosjekter som personalet ved det enkelte sykehjem ønsker å sette i gang. Prosjektet avsluttes i desember 2009.

Mens undervisningssykehjemmene, som Sosial- og helsedirektoratet etablerte i alle helseregioner i 2004, har et bredere mål om «å bedre kvaliteten i sykehjemstjenesten» og «øke status og anseelse for faget geriatri» (1) har FoU-sykehjemsprosjektet fokus på forskning og fagutvikling innen fagområdet alderspsykiatri.

Alderspsykiatriske lidelser er hovedsakelig demens, depresjon, angst, og delirium (forvirringstilstander).

Bakgrunn

Utredning, behandling og omsorg for eldre med alderspsykiatriske lidelser er en utfordring for helsevesenet, og omtales av regjeringen i «Omsorgsmeldingen» (2) St.meld. nr. 25 (2005-2006) i Kap. 2.5.1 om kvalitetsutvikling, forskning og planlegging (s. 11):

«Utfordringene den lokale omsorgstjenesten står overfor forutsetter langsiktig planlegging av bygningsmessige investeringer, personellinnsats, kompetansebehov, utdanningskapasitet og tilrettelegging av fysiske og sosiale omgivelser. Planarbeidet må foregå både på kommunalt og statlig nivå, og forutsetter et tett samspill mellom statlige fagmyndigheter og kommunesektoren.»

Samme sted omtales også behovet for forsknings- og utviklingsarbeid i denne delen av helsetjenesten:

«Sett i forhold til omsorgstjenestenes størrelse og omfattende virksomhet, er det gjort svært lite forskning på feltet. Regjeringen ser det derfor som en sentral oppgave å styrke forsknings- og utviklingsarbeid knyttet til omsorgstjenestene og eldreomsorgen for å få:

- *bedre kunnskapsgrunnlag for å planlegge, utvikle og forbedre tjenestetilbudet*
- *økt kunnskap om brukernes bakgrunn, preferanser, levekår og helse til bruk i utvikling av nye metoder i forebygging og behandling*
- *heve omsorgstjenestenes status og skape faglig interesse for pasientgrupper med lav prioritet*
- *styrke kunnskapsgrunnlaget i helse- og sosialfagutdanningene og heve kompetansen i sektoren.»*

Alderspsykiatrisk kompetansesenter, Sykehuset Innlandet HF

Alderspsykiatrisk kompetansesenter er lokalisert i den gamle forvalterboligen på Sanderud sykehus i Stange kommune, like utenfor Hamar, og er knyttet til Alderspsykiatrisk avdeling ved Sykehuset Innlandet HF. Senteret satser på forskning og utviklingsarbeid og har «Bedre vilkår for personer med alderspsykiatriske lidelser» som visjon. Birger Lillesveen, psykiatrisk sykepleier MPH, er leder ved senteret, psykiater ph.d. Geir Selbæk er forskningsleder, og geriatrisk sykepleier Lisbeth Dyrendal Høgset er spesialkonsulent. Professor dr.med. Knut Engedal er ansatt i 20 prosent stilling. I tillegg er fem personer engasjert i ulike prosjekter. Samarbeidspartnere for senterets arbeid er Sykehuset Innlandet HF og kommuner i Hedmark og Oppland, samt frivillige organisasjoner.

Bakgrunn for FoU-sykehjemsprosjektet

Bakgrunnen for at prosjektet ble satt i gang er todelt. Den demografiske utviklingen tilsier at antall eldre over 67 år vil øke raskt, fra 614 000 i 2008 til ca 1,6 millioner i 2060. Dette er over dobbelt så mange som i dag (3). Økning i antall eldre totalt medfører flere eldre med sykdomstilstander, inkludert psykiske lidelser. En norsk undersøkelse hvor 1 163 pasienter i sykehjem ble kartlagt, viste at 80 prosent av pasientene hadde en demenstilstand (4). Bare 55 prosent av disse hadde fått en demensdiagnose. Samme undersøkelse kartla forekomst av psykiatriske symptomer og atferdsforstyrrelser. Nesten 40 prosent hadde psykotiske symptomer i form av vrangforestillinger og/eller hallusinasjoner, over 40 prosent hadde depressive symptomer og mange av pasientene hadde atferdsforstyrrelser.

Den demografiske utviklingen vil både kreve økt antall plasser i sykehjem og innebære økt behov for godt kvalifisert personale, som det i dag er mangel på i mange sykehjem (5).

Den andre årsaken til at prosjektet er satt i gang er at Alderspsykiatrisk kompetansesenter ønsker å gi noe tilbake til sykehjemmene. I løpet av de siste årene har det foregått flere forskningsprosjekter som har inkludert pasienter fra sykehjem i Hedmark og Oppland. FoU-sykehjemsprosjektet er designet slik at det både samler inn data for fremtidig forskning og initierer fagutvikling i det enkelte sykehjem som deltar.

Formål

Alderspsykiatrisk kompetansesenter ved Sykehuset Innlandet HF organiserer FoU-sykehjemsprosjektet. Formålet med prosjektet er å forbedre forholdene for alderspsykiatriske pasienter i sykehjem gjennom forskning og fagutviklingsprosjekter. Prosjektet vil gi kunnskap om forekomst og forløp av demenssykdom, psykisk sykdom og fysisk funksjon hos pasienter i sykehjem. Slik kunnskap er grunnleggende for videre fagutvikling og er en forutsetning for utredning og behandling.

Forskning

Forskningsdelen i prosjektet består av at det gjøres utredning og kartlegging av pasientene i forhold til demens, atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD), livskvalitet og fysisk funksjonsnivå. Første ordinære kartlegging er gjennomført i juni 2008, og skal gjentas hver fjerde måned, til sammen fem ganger hos hver enkelt pasient.

Deltagere

Prosjektet startet i januar 2007, finansiert med Alderspsykiatrisk kompetansesenters egne midler. Det ble tatt kontakt med sykehjem i syv kommuner; fire i Hedmark og tre i Oppland. Seks av kommunene ville

være med, hvorav den ene ønsket å ha med begge sine to sykehjem, slik at syv sykehjem nå deltar i prosjektet.

Det er inngått en gjensidig forpliktende samarbeidsavtale med kommunene. Det er opprettet prosjektgruppe, referansegruppe og styringsgruppe for organisering av prosjektet.

Psykiater ph.d. Geir Selbæk er prosjektleder for studien og veileder er professor dr.med. Knut Engedal, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og Alderspsykiatrisk kompetansesenter SIHF.

Metode

Datainnsamling

Målet er at alle pasientene i sykehjemmene inkluderes i prosjektet. De må ha bodd på sykehjemmet i minst fire uker før utredning og kartlegging utføres, og det må innhentes samtykke til deltagelse i prosjektet. Sykehjemslege og personale som kjenner pasienten godt, vurderer om vedkommende har kompetanse til selv å samtykke. Hvis ikke, gis det informasjon til pårørende som underskriver på at de ikke motsetter seg at pasienten inkluderes.

Hvert sykehjem har oppnevnt fra én til tre sykepleiere som prosjektmedarbeidere, til sammen 18 sykepleiere. Prosjektledelsen ba ledelsen ved sykehjemmene om å oppnevne sykepleiere som er faglig engasjerte og selvstendige. De skulle ha evne til «å få ting til å skje». Prosjektmedarbeiderne er ansvarlige for gjennomføring av kartleggingen i det enkelte sykehjem. De har fått felles innføring i prosjektmetoden og opplæring i bruk av kartleggingsredskapene.

Kartleggingen gjøres ved at prosjektmedarbeiderne intervjuer pasientene med MMSE (se nedenfor), og fyller ut de øvrige skjemaene sammen med annet personale. Kartleggingen kan også gjøres som et intervju av personale som kjenner pasienten.

Skalaene er utarbeidet i et eget datasett som behandles elektronisk og fylles ut for hver enkelt pasient som inkluderes i prosjektet.

Følgende standardiserte utrednings- og kartleggingsverktøy innføres for kartlegging og utredning av demenstilstand, APSD, fysisk fungeringsevne og livskvalitet hos pasientene som inkluderes i prosjektet:

- Mini Mental Status Examination (MMSE), en test som måler kognitiv funksjon (6)
- Klinisk demensvurdering (KDV), som vurderer kognitiv fungering/grad av demens (7)
- Neuropsykiatrisk vurderingsguide (NPI), for kartlegging av atferd og psykiatriske symptomer ved demens (8)
- Skala for dagliglivets aktiviteter (PADL-skala), som registrerer funksjonsnivå (9)
- Cornell skala for vurdering av depresjon ved demens (10)
- QUALID skala for måling av livskvalitet (11).



Geografisk oversikt over deltagende sykehjem i FoU-sykehjemsprosjektet.

Skalaene er velprøvde både i klinikk og forskning. QUALID er ikke tidligere oversatt til norsk. Den norske oversettelsen kan lastes ned fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse nettside: <http://www.aldringoghelse.no/QUALID.html>.

Oversettelse av skalaen, samt testing av reliabilitet og validitet, gjøres som en del av prosjektet.

Utredning og diagnostisering skjer i samarbeid med det enkelte sykehjems tilsynslege. I tilfeller hvor diagnosen er uklar, tilbys samarbeid med hukommelsesklinikken ved Alderspsykiatrisk avdeling, SIFH, om videre utredning.

Utvikling av algoritme (et sett med instruksjoner for å løse en oppgave) for utredning av demens og APSD hos pasienter i sykehjem planlegges i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Det er arrangert tre samlinger i prosjektet

Den første, i oktober 2007, markerte oppstarten på prosjektet. Temaer var informasjon om prosjektet, opplæring i kartleggingsredskapene og å bli kjent med hverandre.

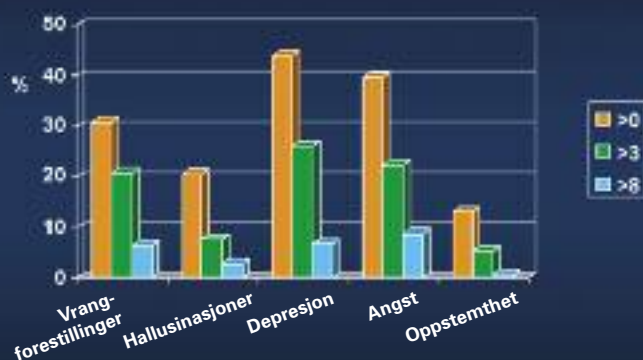
Hver enkelt deltager var på forhånd bedt om å fortelle litt om seg selv, om sykehjemmet og kommunen de representerte. Dette både for å bli kjent og for å trene på å stå frem og presentere noe, da det ville bli en del av jobben som prosjektmedarbeider.

Etter første samling ble en pilotundersøkelse gjennomført for at prosjektmedarbeiderne skulle få erfaring med bruk av kartleggingsredskapene og for å prøve ut datasettet.

Figur 1

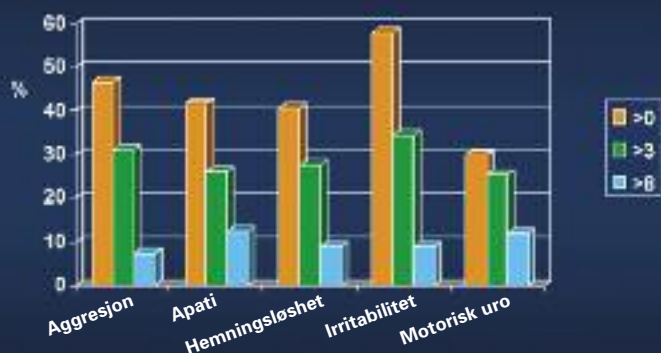
I pilotstudien ble 157 pasienter inkludert. Gjennomsnittsalder var 84,5 år (SD 6,5). 69 prosent var kvinner. PADL skår var 18,2 (SD 5,0) som antyder moderat redusert fungering i dagliglivets aktiviteter. 88 prosent hadde en demenstilstand målt ved Klinisk demens vurderingsskala (KDV $\geq$ 1), av disse hadde 40 prosent alvorlig demens (KDV=3). Gjennomsnittlig NPI-10 skår var 19 (SD 18,9). Se figur for symptomfordeling i forhold til alvorlighetsgrad.

Psyriske symptomer (n=157)


Figur 2

Angst og depresjon var de vanligste psyriske symptom, mens irritabilitet, aggresjon og apati var atferdssymptomene som forekom oftest. I gruppen alvorlige atferdssymptomer var apati og avvikende motorisk aktivitet symptomene som forekom hyppigst. Funnene i pilotstudien samsvarer i stor grad med funnene i en større norsk kartleggingsstudie som inkluderte 1 163 pasienter i sykehjem (2).

Atferdsforstyrrelser (n=157)



Den andre samlingen ble arrangert i mars 2008. Resultatene fra pilotstudien ble gjennomgått av prosjektleder Geir Selbæk. Se figur 1 og 2. Funnene stemte bra overens med resultatet fra hans sykehjemsundersøkelse *Psyrisk helse i sykehjem* (4).

Vurdering av samtykkekompetanse og innhenting av samtykke til deltagelse i studien ble gjennomgått og det ble gitt opplæring i to nye kartleggings skjemaer som ble innført i prosjektet.

Erfaringer med bruk av datasettet fra pilotundersøkelsen medførte endringer og derfor en tredje samling før første ordinære datainnsamling ble igangsatt i mai 2008.

Fagutvikling

Fagutviklingsdelen i prosjektet består av at Alderspsykiatrisk kompetansesenter tilbyr samarbeid om utforming av prosjekter som personalet ved det enkelte sykehjem ønsker å sette i gang.

Utvikling av delprosjektene har vært tema på alle samlingene, og planlegging av hva det enkelte sykehjem ønsket å ha som tema begynte etter første samling. Det oppsto mange idéer og tanker om fagutvekslingsprosjekter, og følgende prosjekter er under planlegging:

- Helsetunet, Løten kommune: *Funksjonsinndeling av to store sykehjemsavdelinger*
- Moratunet, Stor-Elvdal kommune: *Hvordan forstå og håndtere utfordrende atferd hos personer med demens i sykehjem*

- Brøttum bo- og aktivitetssenter, Ringsaker kommune: *En bedre hverdag for pasienter med alvorlig demens gjennom strukturert dagsprogram*
- Follebutunet, Gausdal kommune: *Funksjonsinndeling av en sykehjemsavdeling*
- Forsethunet, Gausdal kommune: *Trivsel/livskvalitet blant personalet – hvilken innvirkning har det på bomiljø for pasientene?*
- Nordbyen sykehjem, Gjøvik kommune: *Fysisk aktivitet og turer ut for pasientene*
- N.K.S. Skyrud demenssenter AS, Kongsvinger kommune: *Vurdering av effekt av korttidsopphold i sykehjem for hjemmeboende personer med demens.*

Prosjektledelsen har besøkt sykehjemmene flere ganger underveis, og det holdes jevnlig kontakt per telefon og e-post. Nyhetsbrev sendes regelmessig ut med e-post.

Ny og positiv erfaring

Tilbakemeldingene fra prosjektmedarbeiderne angående deltagelse i prosjektet er nesten uten unntak positive. Selv om prosjektet utgjør en ekstra arbeidsoppgave, oppleves deltagelse lærerikt og givende. De beskriver interessante erfaringer som har gitt ny innsikt i hva pasienter kan og ikke kan, og gode samtaler med kolleger underveis i innsamlingen av data. Ledelsen ved de syv sykehjemmene er støttende og fleksibel og legger forholdene til rette for prosjektmedarbeidernes arbeid.

En prosjektmedarbeider forteller fra samtale med en pasient på skjermet enhet:

«Han lyttet interessert til den informasjonen jeg ga ham, jeg omformulerte informasjonsskrivet i et mer «forståelig» språk. Fortalte at kartleggingen som blir utført er med på at han og de andre pasientene får bedre oppfølging av sine behov og dermed bedre kvalitet på hjelpen han får, samt at vi som jobber her får økt kunnskap.

Vedkommende sier da at «dette høres veldig fint ut, og så er vi jo med på å føre verden videre, vi da».

E-post fra prosjektmedarbeider etter MMS-intervju hos en pasient hvor hun var usikker på om intervjuet lot seg gjennomføre uten å provosere frem aggresjon:

«Så spennende! Vi tok MMS av den mest aggressive pasienten vi hadde i går – SÅ interessant, han samarbeidet bedre enn siste året til sammen!»

Tre av sykepleierne som er rekruttert til prosjektmedarbeidere har startet med videreutdanning, to på masternivå. Det samme gjelder prosjektkoordinator. Fordypnings- og masteroppgavene utgår alle fra FoU-sykehjemsprosjektet.

Den longitudinelle undersøkelsen er godkjent av Regional etisk komité og Personvernombudet. Sosial- og helsedirektoratet har gitt dispensasjon fra taushetsplikten.

Prosjektet støttes av Den norske legeforenings Kvalitetssikringsfond II, fond for standardisering og kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten, med kr 550 000 i 2007 og kr 650 000 i 2008, og fra Nasjonalforeningen for folkehelsen, Forskningsmidler demens 2008, med kr 180 000.

■ irene.mari.roen@sykehuset-innlandet.no

Referanser

1. Helsedirektoratet. Undervisningssykehjem. 2008 Juli 21 URL: www.undervisningssykehjem.no/?page_id=6
2. Helse- og omsorgsdepartementet, inventar; Stortingmelding nr 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgutfordringer. 2006.
3. Statistisk sentralbyrå. Befolkningsframskrivninger. Nasjonale og regionale tall 2008-2060. Statistisk sentralbyrå 2008 Juli 21 URL: <http://www.ssb.no/emner/02/03/folkfram/art-2008-05-08-01.html>
4. Selbaek G, Kirkevold Ø et al. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2007;22(9):843-9.
5. Forde R, Pedersen R et al. Får eldreomsorgen nok ressurser? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2006;126(15):1913-6.
6. Folstein MF, Folstein SE et al. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975;12(3):189-98.
7. Hughes CP, Berg L et al. A new clinical scale for the staging of dementia. *British Journal of Psychiatry* 1982;140:566-72.
8. Cummings JL, Mega M et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44(12):2308-14.
9. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9(3):179-86.
10. Alexopoulos GS, Abrams RC et al. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biological Psychiatry* 1988;23(3):271-84.
11. Weiner MF, Martin-Cook K et al. The quality of life in late-stage dementia (QUALID) scale. *Journal of the American Medical Directors Association* 2000;1(3):114-6.



Anne Marie Mork Rokstad, enhetsleder Demensenheten,
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Bedre hverdag for personer med demens

Utviklingsprogram for miljøbehandling innen demensomsorgen

I vår utlyste Helsedirektoratet midler til et treårig utviklingsprogram for miljøbehandling innen demensomsorgen i regi av *Demensplan 2015*. Programmet skal gå over tre år og har en økonomisk ramme på 5 mill. kroner. Etter felles søknad fikk Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS og Alderspsykiatrisk kompetansesenter ved Sykehuset Innlandet HF i høst klarsignal til å starte opp.

Programmet er planlagt med flere satsningsområder som blir gjennomført som åtte arbeidspakker.

1. Nasjonal kartlegging av kompetansemiljøer innen miljøbehandling i demensomsorgen blir gjennomført ved spørreundersøkelse blant landets høyskoler og universiteter, alderspsykiatriske enheter, undervisningssykehjem samt regionale og kommunale kompetansesentre.
2. Kartlegging av hvilke miljøterapeutiske metoder som er i bruk skal foretas gjennom en spørreundersøkelse blant et representativt utvalg av norske sykehjem.
3. Implementering av rammeverk for personsentrert omsorg prøves ut i to sykehjem. Personsentrert omsorg slik det i denne sammenhengen defineres, består av fire hovedelementer:
 - Anerkjennelse av menneskets absolutte verdi uavhengig av alder eller kognitiv funksjon
 - En individuell tilnærming som vektlegger det unike hos det enkelte menneske
 - Evnen til å forstå verden sett fra beboerens perspektiv
 - Tilrettelegging av det psykososiale miljø på en slik måte at den enkelte beboer kan oppleve trivsel og velvære.
4. Utvikling og implementering av systematisk bruk av Dementia Care Mapping (DCM) skal skje i tre sykehjem. DCM er en strukturert metode for kartlegging, evaluering og utvikling av demensomsorgen utviklet på bakgrunn av studier i britiske sykehjem. Metoden bygger på elementene i personsentrert omsorg.
5. Modell for aksjonslæringsmøter for ledere blir tatt i bruk ved noen av sykehjemmene som deltar i programmet. Aksjonslæringsmøtene skal være et faglig forum som fokuserer på og støtter opp under lederens rolle som tilretteleggere og pådrivere i fagutviklingsarbeide.
6. Det blir satset på systematisk bruk av Marte Meo-veiledning gjennom praktikerutdanning på tre til fire sykehjem og videreføring av Marte Meo-terapeututdanning nasjonalt. Marte Meo-metoden er en praktisk modell til utvikling av ferdigheter i daglig samspill og samhandling.
7. En vil prøve ut modell for etablering og drift av fylkesnettverk for å stimulere til bruk av miljøbehandling. Basert på de gode erfaringene man har opparbeidet med nettverksmodellen i Hordaland, mener en metoden kan være en effektiv måte å utvikle og spre kunnskap om miljøbehandling for personer med demens.
8. Implementering av strukturerte miljøbehandlingsprogrammer skal skje i to sykehjem i Hedmark. Ett av sykehjemmene vil differensiere og tilrettelegge i sykehjemsenheter etter pasientenes funksjonsnivå, behov for hjelp og grad av kognitiv svikt. Det andre sykehjemmet ønsker å iverksette strukturert miljøbehandling i en enhet for personer med langtkommet demens og utfordrende atferd.

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har ansvar for arbeidspakke en til fem, NKS Olaviken skal gjennomføre prosjektene beskrevet i punkt seks og syv, mens Sykehuset Innlandet iverksetter tiltakene under punkt åtte.

Det vil bli gjennomført prosessevaluering av prosjektene samt innhenting av data for å beskrive pasientgruppene og organisasjonene som blir med i programmet. Gjentatt kartlegging skal også kunne beskrive eventuelle endringer hos pasientene og personalet parallelt med prosjektene. Det legges opp til bred formidling av de erfaringer som gjøres i programmet.



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger



Foto: Vidar Askland

Eldreomsorgens ABC – en julegave til kommunene!

Hol kommune i Hallingdal satser sterkt på kompetanseheving i omsorgsyrkene. Det har blant annet resultert i at 40 ansatte i eldreomsorgen har tatt kurset Eldreomsorgens ABC. Undervisningskoordinator i Pleie og omsorg, sykepleier Inger Kolderup, mener at kurset er en julegave til kommunene. Ikke er det dyrt og ikke er det vanskelig å tilpasse jobbhverdagen, hevder hun. Resultatene er tydelige på Geilotun:

– Folk er blitt mye flinkere til å observere pasientene og sier at det er mer spennende å jobbe her etter at de har gått gjennom ABC-en.



Undervisningskoordinator Inger Kolderup

ABC for voksne

Studiematerialet Eldreomsorgens ABC er beregnet til bedriftsintern tverrfaglig opplæring i grupper. Kursmaterialet består av fem permener: Grunnmur, Reisverk, Geriatri, Demens og Funksjonshemming og aldring (se informasjon om Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC på www.aldringoghelse.no). Gruppedeltakerne bestemmer selv hvor ofte de skal møtes, og hver enkelt velger perm etter at de to første er unnagjort. Permene koster 450 kroner per stykke, men i Hol har de ansatte sluppet å betale permene selv.

Hol kommune

Hol kommune med omkring 4 500 innbyggere har to sykehjem: Geilotun og Høgehaug. I 2005 hadde kommunen midler til opplæring og valgte å bruke 18 000 kroner på ABC-permene, slik at de ansatte kunne få kurset gratis.

– Hadde deltakerne måtte kjøpe permene selv, hadde nok noen trukket seg, sier Inger Kolderup.

Det er skrevet kontrakt med alle avdelingslederne om at deltakerne kan ha gruppemøter i arbeidstiden. Det er satt opp timebank, slik at ansatte kan avspasere i de tilfellene hvor gruppemøtene går inn i fritiden.

Lærelyst over hele linjen

Det hele begynte med at Inger Kolderup tok videreutdanning i geriatri og fikk lyst til å spre kunnskap i omsorgsmiljøet i Hol kommune. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse arrangerte et seminar om ABC-kurset i kommunen, og Inger hadde tenkt at kanskje fem-seks ansatte ville være interessert i seminaret.

– Så viste det seg at over 40 ansatte møtte opp. Alle ansatte i eldreomsorgen fikk tilbudet. Det ble tre grupper på Høgehaug og fem på Geilotun.

Aldersspredningen blant deltakerne har vært fra ca 25 til 60 år, og både sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, aktivitører og assistenter har deltatt. Mange er nå i gang med fjerde perm.

A for ansvarliggjøring

Den økte kunnskapen kommer helt klart pasientene til gode, sier Inger Kolderup.

– Tidligere hadde vi mye pleieerfaring, men den faglige delen var ikke like sterk. Nå er de ansatte blitt flinke til å observere både virkning og bivirkninger av medikamenter, de vet mer om symptomer ved demens, at mange eldre mennesker har flere sykdommer samtidig og hvordan mange medisiner kan påvirke pasientene. Når pasienter kommer inn til observasjon fordi de er glemske – handler det om ernæring? Handler det om sykdom? Er det en begynnende demens? Vi



tar halvårskontroller av hver pasient – vekt, puls og blodtrykk og synsprøver. Vi forlanger at pasienter skal få fysioterapi for ikke å stivne og tape funksjoner. De ansatte er interessert i å finne ut om vi kan gjøre noe for at den enkelte pasient skal få det bedre. Alt dette kommer av at vi har kunnskap og vet at det nytter å gjøre noe.

At folk får kunnskap, ansvarliggjør også kommunen. Det er ikke så lett å kutte i eldreomsorgen når staben består av kvalifiserte, bevisste ansatte. Dette viste seg da kommunen foreslo å endre innholdet i tilbudet på de to sykehjemmene. Ansatte protesterte og sa at forslaget var urealistisk. Forslaget ble trukket.

– Hvis ikke kunnskapen om at pasientene er forskjellige hadde vært til stede hos de ansatte, kunne de ikke kommet med slike argumenter. Nå tør de si fra, for de vet hva de snakker om.

B for bevisstgjøring

Bruk av medikamenter er et tema på alle sykehjem, og i Hol er de blitt mye mer bevisste på å trekke inn lege, sier Inger Kolderup.

– Etter at vi har fått større kunnskap om virkninger og bivirkninger, bruker vi mindre medisin enn tidligere. Kontakten med legen er god. Vi observerer og tar nødvendige prøver og foreslår medisiner, og legen avgjør ut fra den informasjonen vi gir.

Er jobben blitt morsommere?

– Helt klart. Det er spennende, og jeg har forsøkt å formidle til alle at de må ha mye mer kunnskap her enn på en spesialavdeling der det er leger og andre

Alltid tid til en prat. Lill Slaatto og Harald Dypsjord er gamle kjente og har mye å snakke om

kolleger til stede døgnet rundt. Her må de bruke hodet hele tiden. Vi har få sykepleiere, og hjelpepleierne er en uunnværlig ressurs. De observerer endringer hos pasienter, og fordi de har kunnskap vet de når de skal kontakte sykepleier.

Nå tør de dessuten å komme med forslag til tiltak for enkeltpasienter. Vi snakker om bevisstgjøring på individplan. Dette er ikke et sted man jobber og går hjem.

Det kan ikke være greit å være ansatt på Geilotun og ikke ville gå på kurs? Spørsmålet ga Inger Kolderup en aha-opplevelse.

– Men jeg tror og håper jo at når de ser hva andre gjør og får igjen, får de lyst til å lære mer, de også. De som arbeider her må få faglig påfyll – sånn er det bare.

C for C-moment?

Ingen av dem D&A snakket med på Geilotun opplevde ABC-kurset som et C-moment. Tvert imot uttrykte de stor glede over å lære mer og over fellesskapet i gruppene. Inger Kolderup bekrefter inntrykket.

– Helt klart. Gruppene går på tvers av yrke og arbeidssted, og deltakerne er blitt nært knyttet til hverandre. Fordi de har kontrakter som de selv har skrevet, føler de et klart eierskap til gruppens opplegg.

Har jobbingen med kursene påvirket arbeidsmiljøet?

– Når alle får lov til å delta på det samme, oppstår det en fellesskapsfølelse. Det gir en positiv tone på jobben.

Det har ikke vært satt inn ekstra personalressurser for at gruppemøtene skal kunne foregå i arbeidstiden. Når middagen er servert klokken 13.30 overtar de som er igjen på avdelingen, slik at kursdeltakerne kan ha gruppemøte frem til klokken 15. Hver gruppe har valgt å ha en samling hver fjortende dag, og de er ikke lagt på samme dag.

– Det betyr at det er folk nok igjen i avdelingen til å hjelpe pasientene under middagen og frem til ettermiddagsvaken kommer. Det er ingen sure miner fordi noen går i gruppe.

Mange vil si at når vi har gått på kurs, vil vi ha mer lønn?

– Det er morsomt å svare på det. Vi har tatt opp spørsmålet med personalledelsen i kommunen. Svaret var at ABC-kurset er en betydelig kompetanseheving, og det skal man få betalt for. Vi vet ikke enda hvor mye, men det blir en etterbetaling i løpet av høsten.

Sonja Jevnliid Gunæs (til v.) og Vigdis Bæra satser på kvalitet: Begge tar ABC-kurset og begge er opptatt av riktig ernæring på Geilotun

Gøy å utvide horisonten!

En runde på Geilotun er rene lysløypen mellom motiverte og lærelystne medarbeidere.

Lill Slaatto er omsorgsarbeider og jobbet i hjemmetjenesten da ABC-kurset begynte. Nå er hun avdelingssekretær og dessuten faglig koordinator og faglig leder for lærlinger. Hun er sensor i prøvenemnda for omsorgslærlinger. Innimellom tar hun vakter i hjemmesykepleien.

Nå har hun begynt på fjerde ABC-permen og skal lære om aldring og funksjonshemning.

– *Det er gøy å lære nytt og utvide horisonten. Det gjør at jeg blir skjerpet og ikke går i samme tralten hele tiden. ABC-en er fin fordi den foregår i grupper. Dermed får vi andre synsvinkler på det vi gjør.*

Har du endret noen av dine rutiner?

– *Det tror jeg nok. Jeg er blitt flinkere til observere den enkelte. Jeg ser samspillet mellom bruker og hjelper klarere, og det er en viktig del av opplæringen av lærlinger og i mitt eget arbeid med eldre. Jeg bruker permene når det dukker opp spesielle utfordringer. Det er viktig å se hele mennesket, ikke bare sykdommen.*

Vi blir aldri utlært!

Vigdis Bæra har jobbet i helsevesenet omkring 20 år. Hun er hjelpepleier med spesiell interesse for ernæring. Hun grep sjansen da kommunen kom med tilbud om ABC-kurs og har ikke angret på det.

– *Når kommunen ga oss tilbudet, var det lett å si ja takk. Vi blir aldri utlært i vårt yrke.*

Vigdis jobber i 25 prosent palliativ stilling. Terminalpleie er et punkt i ABC-en og har vært et diskusjonstema i gruppen.

– *Å få forskjellige synspunkter på emner er nyttig. Etter hvert som kunnskapen øker, endrer man tankegang.*

Hun har valgt Aldring og funksjonshemning som fjerde perm.

– *Det er et tema vi har tenkt lite på og hørt lite om, og som vi gjerne vil lære mer om. Vi har hatt pasienter som har hatt polio i ungdommen, så vi har sett at aldring er en ekstra utfordring når man har hatt funksjonshemning i mange år.*

Er det blitt morsommere å gå på jobb når kunnskapene er blitt større?

– *Det er klart. Vi kan ta flere utfordringer etter hvert som vi lærer mer. Jobben blir mer interessant og vi blir sikrere på det vi gjør.*



Kunnskap om demens er kult!

Ragnhild Berg er pleieassistent og hadde jobbet syv år på Geilotun før kurset.

– *Gjennom kurset har vi vel simpelthen lært mest om oss selv. Hvordan vi opptre i forhold til beboerne, om holdninger og etikk. Jeg har flere ganger tenkt «Jeg har gjort sånn eller sånn, og det skal jeg kanskje ikke gjøre.» Kommunikasjon har vært et viktig punkt, og den er blitt bedre når vi har fått mer kunnskap.*

Gruppen har bestått av fem hjelpepleiere og Ragnhild som er assistent. Nå skal de begynne på den fjerde perm. Ragnhild har mest lyst på demens.

– *Tidligere tenkte jeg at alle med demens er like. De glemmer ting, vil hjem og gjør rare ting. Etter hvert har jeg lært at det ikke er så enkelt – at personer med demens er like mye individer som alle andre, at det er mange forskjellige symptomer og at demens ikke er én tilstand. Kjempespennende! Kult!*

Spøk og moro hører med i hverdagen.

Ragnhild Berg på besøk hos Berit Hamre



Nå går Ragnhild i 75 prosent stilling og har begynt på utdanning som helsefagarbeider på voksenopplæring for å lære enda mer.

– ABC-kurset har motivert meg til å lære mer.

Vi styrer energien inn mot noe positivt!

Avdelingsleder Jens Simonsen stiller seg hundre prosent bak satsningen på kompetanseheving.

– En av hovedgrunnene til at vi satser på et slikt kurs er at vi vil ha fokus på det som er viktig. Vi er mange mennesker som bruker mye tid på arbeidsplassen, så vi må styre hvordan tiden og energien brukes.



Avdelingsleder Jens Simonsen

La oss si at hver av oss bruker 95 prosent av tiden til det som har med jobben å gjøre. Da er det fem prosent igjen. Når vi bruker dette til faglig påfyll, gir det oss interessante emner å snakke om. Kanskje vi kan unngå enkelte personalproblemer som kan oppstå hvis folk bruker småpausene til negativt snakk.

Alle har behov for faglig påfyll. Det skjer noe i dette faget hele tiden. Og når så mange har felles opplevelser gjennom kurset, kan det brukes til å bygge organisasjonen.

Hva gjør dere for å folk til å begynne på kurs?

– Jeg tror hemmeligheten er at vi ga oppgaven til én person. Inger Kolderup fikk mandat og tid til å inspirere folk til å ta ABC-kurset. Hun har gjort en kjempejobb. Ellers har vi lagt til rette for at folk skal kunne ta kurset i arbeidstiden. Men selve grunnlaget ligger nok i at personalgruppen vår er interessert i faget og har lyst til å gjøre en god jobb.

Simonsen har vært ansatt på Geilotun i åtte år og mener han ser resultater av ABC-kurset.

– Jeg opplever at vi er blitt mer faglig fokusert. Folk her er dyktige og tar et stort ansvar.

Han klarer ikke å komme opp med negative synspunkter på kursopplegget.

– Vi får veldig mye igjen for veldig lite. Alle kommuner burde hive seg på dette. Hvis man vil, får man det til.

Arvid Skjerve – disputas

Tekst og foto: Knut Engedal



Psykolog Arvid Skjerve, kjent fra Olaviken alderpsykiatriske sykehus og Psykologisk fakultet i Bergen, disputerte for den psykologiske doktorgrad ved universitet i Bergen torsdag 23 oktober 2008. Hans doktorgradsoppgave hadde tittelen: *Assessing mild dementia – a study of brief cognitive tests*. Doktoranden har undersøkt om korte kognitive tester som «Seven minute screen» og «Syndrom Kurztest» kan anvendes i diagnostikken av pasienter med milde symptomer på demens, og som oppsøker en hukommelsesklinikk. I tillegg har han undersøkt faktorstrukturen på Anamnese-skjema for pårørende. Bedømmelseskomitéen har bestått av docent Ove Almkvist, Karolinska Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge, Stockholm, professor Anders Lund, Institutt for klinisk medisin, UiB og førsteamanuensis Kjersti Arefjord, Det psykologiske fakultet, UiB.



Christine E. Swane, kultursociolog, ph.d.
Direktør, EGV Fonden, Danmark

Stigmatisering ved demens

Stigmatisering berører helt centrale dimensioner af, hvad det vil sige at være et udsat menneske i en social sammenhæng; særligt et menneske med fysiske eller mentale begrænsninger. Denne artikel retter fokus på stigmatiseringsprocessen, med inddragelse af sociolog Erving Goffmans teori om begrebet stigma samt af forskning, som relaterer stigmatisering til demenssygdom.

Stigmatisering er både en kulturel og en social proces. *Kulturel*, fordi den har at gøre med vores forestillinger om, hvad der er normalt og unormalt. *Social*, fordi den foregår i mødet mellem mennesker og vores interaktion med hinanden.

Demenslidelsens kompleksitet

Demens, blandt andet Alzheimers sygdom, er hyppigst videnskabeligt beskrevet i et medicinsk perspektiv. Dette perspektivs kulturelle dominans indebærer, at sygdomskategorisering, symptombeskrivelser, behandlingsmuligheder med videre tager udgangspunkt i den viden, som er opnået i biomedicinsk forskning og udvikling inden for et sundhedsfagligt paradigme gennem de sidste hundrede år.

I de senere årtier har kulturvidenskabelig forskning bidraget med viden om, hvad det vil sige at være et menneske, der lever med en demenssygdom. Herved er det blevet tydeligt, at de negative konsekvenser af demenssygdom har oprindelse i neurologiske forandringer, men også i sociale og kulturelle forhold (1-3).

Reduktion til en medicinsk kategori

Stigmatisering af mennesker med demens indebærer, at den enkelte ikke blot lider af en demenssygdom, men også kategoriseres, opfattes og behandles som «dement» eller som en «Alzheimerpatient» (2, 4). Det betyder for eksempel, at vi i det sociale samvær af og til kommer til at opfatte et menneskes utilfredshed og vredesudbrud som reaktioner, der skyldes demenssygdom, uafhængigt af personlighed og den konkrete situation. I en psykiatrisk terminologi er følelses-mæs-

sige svingninger ved demens op gennem det 20. århundrede beskrevet som *emotional incontinens* (2). Hvis en sådan forståelse lægges til grund, bliver det fagligt set unødigt, måske meningsløst at søge intentioner og mening bag personens følelsesmæssige udtryk og handlinger.

Kulturforskning har dokumenteret, at der i en del situationer med (for omgivelserne) afvigende og problematisk adfærd som vrede, råberi, rastløshed, ubegribelig fortvivelse eller angst, kan findes årsager og trækkes linier til personens handlemønstre (1-3). Forståelsen kan skabes både ved et nærmere kig på de aktuelle sociale relationer – eller mangel på samme, og indsigt i personens livshistorie, fra før sygdommen satte ind. En sådan indsigt kan gøre den demenslidendes adfærd begribelig, måske endda meningsfuld for omgivelserne.

Social identitet

Begrebet stigma stammer fra de gamle grækere, hvor tegn på kroppen refererede til en persons usædvanlige eller dårlige moralske status (5). Her var der tale om et tegn, som blev påført kroppen, for eksempel slaver eller kriminelle personers kroppe. I dag tilskrives stigmatiseringen, ifølge Goffman, snarere selve den negativt opfattede og nedvurderede tilstand end et kropsligt bevis herfor.

I samfundet etableres specifikke forventninger til mænd og kvinders forskellige roller, til unge og gamles handlemuligheder osv. Her ligger grundlaget for vores sociale identitet: Som vi ses af andre. Disse forventninger bliver i et samfunds kultur selvfølgelig i en

grad, hvor de bliver til normative forventninger i sidste ende til krav, som den enkelte må opfylde, for at forblive socialt accepteret. I mødet med hinanden vurderer vi, om den anden falder inden- eller udenfor de etablerede roller og kategorier. Falder den anden udenfor, fordi vedkommende opfattes som for eksempel svag, syg eller umoralsk, etableres et nedvurderende syn på hele personen.

Omgivelsernes negative respons integreres i den stigmatiseredes selvopfattelse. Den stigmatiserede får negative forventninger til sig selv, lav selvfølelse – og reduceres i sin identitet og sociale rolle.

Sygdom og kultur

Undersøgelser af stigmatisering knyttet til en række sygdomme i forskellige socio-kulturelle kontekster har vist, at mennesker med sygdom, heriblandt HIV og sindslidelser, uanset sygdomskategori føler sig stigmatiseret i sundhedsfagligt regi såvel som i samfundet (6). Den oplevede stigmatisering i forbindelse med disse og andre alvorlige sygdomme er på baggrund heraf blevet inddelt i fire dimensioner: social forkastelse, økonomisk usikkerhed, internaliseret skam og social isolation (7). Disse dimensioner er altså erfaringsbaseret, det er sådan mennesker kan opleve stigmatisering på egen krop og sjæl.

Et amerikansk studie har specifikt undersøgt stigmatisering af mennesker med Alzheimers sygdom (og Parkinsons sygdom) ved brug af skalaer, som måler virkning og erfaringer (6). Sammenlignet med andre populationer af personer med kronisk sygdom, inklusive cancer, er stigmatiseringen ved Alzheimers sygdom tilsvarende eller større. Forfatterne foreslår flere forklaringer herpå. For det første at en række studier viser, at oplevelse og erkendelse af demenssygdommens indvirkning og konsekvenser fortsætter langt længere hen i sygdomsforløbet end tidligere antaget. For det andet at sygdommen oftest er en langvarig proces. For det tredje at der er tale om et mentalt handicap, og for det fjerde at der foregår en stigmatisering knyttet til alderdom og det at være gammel, hvilket demenslidende oftest er.

Ikke-vestlige kulturer

Tit henfører vi sociale udelukkelsesprocesser knyttet til sygdom og aldring til en vestlig kultur, hvor alderdom ikke er prestigefyldt. Men stigmatisering knyttet til sygdom, herunder Alzheimers sygdom, er ikke blot et vestligt fænomen. Et britisk studie af østeuropæiske og sydasiatiske familier i United Kingdom viser, at stigmatisering knyttet til demens er universel, men har specifikke kulturelle rødder (8).

Østeuropæerne i studiet har levet et liv præget af krig og forfølgelse, med en stærk følelse af fremmedhed i forhold til omgivelserne. Ved demens forekommer en høj grad af tabuisering og skamfølelse, idet de har

tradition for at søge at holde det private skjult i familien. For sydasiaternes vedkommende var stigmaet knyttet til religiøse og magiske forklaringer på årsagen til demens. Årsagerne rangerede fra en forståelse af demens som Guds straf til demenssymptomer som beviset på magisk forbandelse.

Afsmitning på de nærmeste

Hvor stærkt stigmatisering kan virke, kan vi måske bedst begribe, når vi indser, at stigmatisering ikke blot gælder den person, der afviger fra normerne. Udelukkelsen rammer også nærtstående, de pårørende – som potentielt er os selv. Denne proces, hvor også pårørende til psykisk syge, handicappede eller kriminelle personer rammes af den kulturelt ekskluderende proces, er også beskrevet af Goffman (5).

I studiet af østeuropæere og sydasiater beskriver omsorgsgivere fra begge etniske grupper, at stigmatiseringen opleves som ligeså vanskelig at håndtere som demenssygdommen i sig selv (8). Et studie af omsorgsgivere til personer med Alzheimers sygdom, primært ægtefæller, viser, at de har ca. halvt så mange venner som jævnaldrende, hvor der ikke er demenssygdom inde i billedet (9).

Forskydninger i billedet af demens

Hvad der opfattes som kulturelt (u) normalt og (u) acceptabelt, forandres over tid. Der er således sket forskydninger i forståelsen af demens inden for det medicinske perspektiv, hvor tab af kognitive funktioner tidligere blev beskrevet som en normaltilstand knyttet til høj alder, til nu hvor der eksisterer en lang række differentierede diagnoser, som ikke tilskrives aldringen i sig selv (2).

I den offentlige tilgang til demens, i faglige rapporter, medier, fokusering i social- og sundhedsvæsenet – har der gennem 80'erne og 90'erne været en tendens til fokusering på de personer med demens, som udviser en stærkt afvigende adfærd, og på dem som lider af demens i fremskreden grad. Dette har jeg beskrevet som en proces, hvor svær demens er blevet et skræmmebillede på demens (2). Den snævre fokusering har givet et forvredet og katastrofepræget kulturelt syn på demenslidende og deres nærmeste. Diskursivt, det vil sige sprogsbrug og måden at tænke på, har vi gjort det umuligt at bemærke de sociale og menneskelige kvaliteter hos mennesker, som lider af demens – og for eksempel kærlighed og glæde i samværet med dem.

I 2000'erne er italesættelsen af demens begyndt at være mere nuanceret. Der bliver skabt nye billeder af, hvad det vil sige at lide af demens, som blander sig med gamle forestillinger. Forskning og evalueringsstudier inddrager i dag hyppigere demenslidendes perspektiv, oplysningskampagner skal bidrage til, at tabuer og skamfuldhed knyttet til tab af kognitive

funktioner brydes, for at forsøge at komme både de syge og deres nærmeste til hjælp. Demenslidende skriver nu selv digte og bøger om livet med demens, optræder på konferencer og i bestyrelser. Herved er der skabt nye sociale roller at indgå i, når man lider af demens, som ikke blot er rollen som problemskabende, belastende og plejkrævende.

Det sociale miljø

Når vi alle, som professionelle, familie og som samfundsborgere generelt, via det sociale møde med mennesker med demens bidrager til, at personens værdighed og selvstændighed opretholdes – bidrager vi derigennem også til at bevare personens identitets- og selvfølelse så langt hen i demensprocessen, som det er muligt. Hvor langt det er, ved vi ikke nok om.

Omgivelsernes håndtering af mennesker med demens er afgørende for den enkeltes velbefindende og fortsatte glæde ved livet. Når omgivelserne – miljøet – omkring den demenslidende indrettes hensigtsmæssigt, overskueligt og positivt imødekommende, bliver der mulighed for ligeværd og gensidighed. Herved mindskes altså stigmatiseringen.

Sproget er et tveægget sværd

Men sproget er et tveægget sværd. Vi kan ikke komme uden om kategorisering og udgrænsning i kommunikation om og med mennesker med demens. Når vi søger – selv med de bedste intentioner – at organisere tilbud specielt til denne gruppe, udråber og udstiller vi dem samtidig som – demente.

Vi gør det for eksempel gennem (tidlig) diagnostisering, som set med sundhedsfaglige briller er hensigtsmæssigt og ønskværdigt. Men for det menneske, der skal skifte status til at være Alzheimerpatient og dement, til at blive opfattet som sådan af omgivelserne og forstå sig selv tilsvarende, er det ikke nødvendigvis en fordel. Derfor kan man møde modstand hos den enkelte mod det at blive undersøgt og få stillet en diagnose. En demensdiagnose er det samme som et stempel i den sociale verden.

Tilsvarende rummer sociale tilbud til mennesker med demens, demenstilpassede dagtilbud, samværsgrupper og så videre, muligheden for at blive mødt positivt og forstået – og dog er den sociale kontekst forskellig fra den, der definerer det normale liv. For eksempel har jeg i forbindelse med forskning i dagtilbud til mennesker med demens erfaret, hvordan en kvinde ikke ønskede at gå med gruppen på café eller i butikker, for ikke at blive genkendt i selskab med de andre demensramte (10).

Overkomme sproglige kategoriseringer kan vi ikke. Men vi kan forsøge at sætte os i de andres sted og være varsomme med ikke at objektgøre eller sprogligt udgrænse udsatte mennesker mere end højst nødvendigt. Jeg glemmer ikke reaktionerne i en samværs-

gruppe, da maden fra køkkenet en dag blev pakket ud, og en af metalboksene havde påklisteret et mærkat, hvorpå der stod demenssovs (11). Her var anledning til en klog, fornuftig men også følelsesladet snak blandt deltagerne om, hvordan Alzheimers sygdom, dårlig hukommelse og demens bliver opfattet af omgivelserne.

■ csw@egv.dk

Referanser

1. Lyman K. Bringing the Social Back in: A Critique of the Biomedicalization of Dementia. *The Gerontologist* 1989, 29; 4: 557-60.
2. Swane CE. Hverdagen med demens – billeder og hverdagserfaringer i kulturgerontologisk perspektiv. København: Munksgaard, 1995.
3. Kitwood, T. En revurdering af demens – personen kommer i første række. Frederikshavn: Dafolo, 1999 (oversat fra *Dementia reconsidered – the person comes first*, 1997).
4. Lyman K. Day In, Day Out with Alzheimer's. Stress in Caregiving Relationships. Philadelphia: Temple University, 1993.
5. Goffmann E. Stigma. Notes on the management of spoiled identity. New York: Simon & Schuster, 1963.
6. Burgener C, Berger B. Measuring perceived stigma in persons with progressive neurological disease. *Alzheimer's dementia and Parkinson's disease*. *Dementia* 2008, 7; 1: 31-53.
7. Falk G. Stigma: How we treat outsiders. Amherst, NY: Prometheus Books, 2001.
8. Mackenzie J. Stigma and dementia. East European and South Asian family carers negotiating stigma in the UK. *Dementia* 2006, 5; 2: 233-47.
9. Burgener C. Predicting quality of life in caregivers of Alzheimer's patients: The role of support from and involvement with the religious community. *Journal Pastoral Care* 1999; 53 (4) 433-46.
10. Buchvardt L, Swane CE. Fru Hansens Stue – aktivitets-tilbud til demensramte i Fåborg. Fåborg Kommune, 2002.
11. Swane CE. Skovdagcentret Eghjorten i Hillerød – naturens betydning i relation til eksisterende forskning. Hillerød Kommune, 2004.



Tekst og foto: Ragnhild M. Eidem Krüger

Peter Whitehouse



Demens er en sosial konstruksjon!

Den som søker på Peter Whitehouse på nettet, får litt av en bunke i fanget. Han er og har vært en av verdens ledende forskere innenfor feltet, fra han begynte å «samle på hjerner» for 25 år siden til han i dag samler på historier og stiller en rekke kritiske spørsmål til hvordan vi tenker omkring demens.

Den 18. Alzheimer Europe-konferansen som ble arrangert i Oslo i mai i år, hadde klart å få Peter Whitehouse som foredragsholder. Publikum fikk noe å tenke på, og Demens&Alderspsykiatri fikk et intervju.

– *Alzheimers sykdom ikke er fundamentalt forskjellig fra normal aldring. Vi er alle i et kontinuum der hjernens funksjon blir dårligere over mange år, sa Whitehouse fra talerstolen.*

Men enkelte får Alzheimers sykdom (AS) når de er svært unge?

– *Det er riktig, og denne formen for AS er en sykdom som ofte har arvelige årsaker og som er annerledes enn den gamle mennesker får. At enkelte får en slik sykdom i ung alder endrer ikke på det faktum at AS i eldre år ikke er fundamentalt forskjellig fra normal aldring.*

Alzheimers sykdom – en sosial markør

Peter Whitehouse er kritisk til bruken av begrepet demens, og mener at vi ved å gi mennesker en demensdiagnose – som diagnosen AS – setter en merkelapp på dem.

– *Jeg prøver å imøtegå konflikten mellom dem som sier at sykdom er biologi og dem som sier at sykdom er kultur. Jeg mener at det er en blanding av begge deler.*

Det jeg sier er at AS er en sosial markør. Når en lege forteller pasienten at han har AS, setter han en etikett på pasienten som egentlig bare forteller at han gjennomgår en aldringsprosess som er mindre suksessfull enn hos dem som ikke får denne etiketten.

Som lege synes jeg det er viktig med et begrep som forteller at enkelte sykdommer kan påvirke menneskers hukommelse og kognitive evner, slik AS gjør. Det jeg er uenig i er at AS er den mest utbredte årsak til demens. Det er praktisk talt ingen eksperter i verden som mener at AS er et enkeltstående fenomen. Kanskje vi heller skulle snakke om Alzheimers sykdommer og hva de består av?

Diagnose – til nytte eller unytte?

Mange som har fått diagnosen Alzheimers sykdom, forteller at diagnosen har vært til hjelp for dem. Peter Whitehouse er heller ikke motstander av at legen forteller pasienten at en reduksjon i hjernens funksjoner er i ferd med å utvikle seg. Det kan hjelpe pasienten til å forstå hvorfor hun eller han opptrer annerledes enn før, husker dårligere og ikke forstår alt som hender på samme måte som tidligere.

– *Som lege tenker jeg at pasienten trenger noe fra meg når vi sammen skaper historien om hva som skjer. Det som er underlig for meg er at mennesker trenger å få høre at hukommelsen blir dårligere med alderen. Slik har det vært så lenge mennesket har eksistert, men nå blir det tydeligere fordi vi er så mange som lever lenge. Og plutselig trenger vi en etikett på det!*

Hva kan være en mer fruktbar tilnærming fra legens side enn å lage denne etiketten?

– *Det jeg forteller folk er at alle opplever dette når de blir gamle nok, at det fins enkelte medisiner som muligens kan gjøre hverdagen enklere, men at det*

viktigste nå er å fortsette å leve sitt liv, være engasjert i samfunn og nærmiljø og gjøre det som oppleves meningsfylt.

Alzheimers sykdommer?

Peter Whitehouse har skrevet en rekke kritiske artikler om begrepsbruken. Han mener at all oppmerksomheten omkring begrepene har ført til feil bruk av ressurser. I artikkelen *The next 100 years of Alzheimer's – learning to care, not cure* (1) skriver han blant annet:

Standardmåten å betrakte Alzheimers sykdom på er at det er en enkeltstående tilstand som kan kureres gjennom korrekte analyser av gener og proteiner i dyremodeller og vevsprøver fra mennesker. Viktige medisinske oppdagelser, blir det hevdet, vil «kurere» spesifikke underskudd i hjernen til pasienter med Alzheimers sykdom gjennom nye, mer målrettede, til og med individuelt tilpassede helbredende biologiske molekyler. Dette vitenskapelig-politiske synspunktet forfekter at Alzheimers sykdom ikke er normal aldring. (red. oversettelse).

– Svært mange mennesker bruker hundretalls av millioner for å finne en spesifikk diagnostisk test for AS. Etter min oppfatning er dette en gedigen sløsing med penger. De vil aldri finne én markør, for dette er ikke én sykdom.

For egen del har han gått i antropologisk retning i sitt syn på aldring og hjernens utvikling.

– Vi må forske på utvikling og økologi – medisinen er altfor sterkt preget av reduksjonistisk og genetisk tilnærming. Dette er forskning i en retning som våre etterkommere vil beklage, for det gir ikke svar på de viktige spørsmålene.

Hva bør forskerne gjøre, slik du ser det?

– Jeg mener avgjort at vi skal forsøke å lære mer om hverandre og om menneskelige prosesser. Det kan imidlertid gjøres på andre måter enn å lete etter en eller annen mystisk kjemisk forbindelse som skal gi AS.

MCI – tema for harselas?

Et annet begrep Peter Whitehouse ikke liker er MCI (Mild Cognitive Impairment, eller mild kognitiv svikt). I sitt foredrag på kongressen harselerte han med at vi snart vil få begrepet Pre-MCI. Hva er så galt med MCI?

– Hvis det kun brukes i forskningsøyemed, er det greit nok fordi forskere kan trenge en knapp å henge forandringer og endringer på. Men det er ingen konsensus om innholdet. Hvis man bruker begrepet MCI uten å definere innholdet, forvirrer det mer enn det oppklarer.

I forhold til pasienten: Kan det ikke være nyttig å få vite at man har MCI som muligens kan føre til demens om en tid, så man kan planlegge fremtiden?

– Mitt svar er at absolutt alle bør planlegge sin fremtid ut fra det faktum at man kan få en alvorlig svikt i hjernens funksjoner hvis vi er heldige og lever lenge.

Hvordan skape et miljø for alle?

Etter å ha brukt en stor del av livet innenfor vitenskapelige, økonomiske og sosiale institusjoner som arbeider med Alzheimers sykdom, er Peter Whitehouse nå mer enn klar til å utfordre makten den vedtatte «Alzheimer-myten» har fått.

– Jeg vil gjerne formidle en fortelling om hjernens aldring som kan hjelpe oss til å forberede oss til, og mestre, utfordringene vi møter gjennom kognitiv svikt.

Han og hans kone har skapt sitt eget forum for budskapet. Etter ti års planlegging startet de i år 2000 The Intergenerational School i Cleveland, Ohio. Skolen tilfredsstiller alle faglige krav som stilles av myndighetene og er støttet av staten Ohio og anerkjent både på nasjonalt, statlig og lokalt nivå som «a school of excellence». Den har 150 unge elever, stort sett fra fattige afroamerikanske familier, sammen med studenter i alle aldersgrupper – collegestudenter, sykepleierstudenter, medisinerstudenter og eldre. Alle hjelper hverandre, og de eldre bistår blant annet barn med lesevansker. Dessuten hjelper de til i skolehagen der elevene kan dyrke grønnsaker og blomster og lære om økologi og naturlige prosesser. Slik skal de bli bevisste på å handle på en måte som kan bidra til å redde kloden.

– Noen av de eldre har kognitive problemer av forskjellig grad, og innstillingen er at vi skal skape forhold som oppmuntrer studentene til god oppførsel og lærelyst. Dette er snakk om livslang læring, og vi bruker mye tid til å fortelle historier.

Vi vil ikke at skolen bare skal oppfylle minimumskravene, men at den skal gi elevene i alle aldersgrupper øvelse i å tenke dypere om verden, om natur og menneskelige forhold.

Peter Whitehouse tror denne skolen er unik i verden, men innrømmer at dette kanskje er et ubeskjedent utsagn.

– Visst fins det skoler hvor eldre kommer og er sammen med barna, og visst fins det studenter som besøker sykehjem, men å skape en skole som uttrykkelig sier og tar konsekvensen av at læringen er mer kraftfull når generasjonene er sammen, tror jeg er unikt. Ellers i samfunnet gjør vi mye for å skille generasjonene, og jeg mener vår skole kan erstatte noe av det tomrommet som har oppstått mellom mennesker.

Skolebarna lærer blant annet å planlegge for hele livet. Whitehouse mener at fordi hjernen starter å fungere dårligere allerede i ungdommen, må dette faktum legges inn i all planlegging. På skolen skal elevene lære hvordan de kan utvikle et mer demensvennlig samfunn.

– Hvis vi forstår dybden av hva hjernens aldring handler om, vil det hjelpe oss til å skape bedre samfunn og lære oss å leve på en bedre måte, gi oss ydmykhet og faktisk et nytt slags håp. Vi bruker altfor mye ressurser på at aldring er noe som skal løses ved å ta fem-seks-syv piller. Vi trenger en kultur der gamle mennesker kan fortelle sin livshistorie og dø med en følelse av fred og av at de har overført noe av betydning til dem som kommer etter.

Alzheimers sykdom – myte eller realitet?

Hva er så ditt svar på hva AS er?

– Alzheimer Association i USA har et motto: *En verden uten Alzheimers sykdom. Jeg ønsker å si at dette er urealistisk – det kommer ikke til å forsvinne. Det som vil forsvinne er begrepet AS. Folk vil ikke ønske å beholde det, for det ikke bringer noe godt.*

Men vil ikke da politikerne si «OK, hvis AS bare er normal aldring, er det ingen grunn til å bevilge millioner til demensomsorg»?

– Jo, det er en risiko for det, og derfor er det mange som ikke liker mine ideer, også i Alzheimer Association. Men vi må ha humane ordninger for folk enten de har en sykdom med et navn eller ikke. Er det ikke nok at vi ser at mennesker trenger hjelp, og skaper tilbud ut fra deres behov?

Referanse

1. Whitehouse P. The next 100 years of Alzheimer's – learning to care, not cure. *Dementia* 2007; 6:459-462.

Fagskoleutdanning i helse- og sosialfag

Fagskoleutdanningen er en kort, yrkesrettet utdanning for autorisert helsepersonell. Den bygger på bestått videregående opplæring innen helse- og sosialfag eller tilsvarende realkompetanse. NOKUT (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen) godkjenner utdanninger ved norske fagskoler.

Fagskolen i demensomsorg og alderspsykiatri

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse startet planlegging av en fagskole i 2006. Bakgrunnen for dette var Sosial- og helsedirektoratets rapport IS-1368/2006 «Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren» som slo fast at pleie- og omsorgssektoren de senere årene var blitt tilført flere og mer helserettede oppgaver knyttet til demensomsorg, rehabilitering, terminalpleie og oppfølging av viderebehandling etter sykehusopphold. Et særlig fokus i rapporten var demensomsorgen, hvor en nasjonal kartlegging av tjenestetilbudet avdekket et stort behov for å heve kompetansen på området.

Prognosen for årene fremover viser at andelen tjenestemottakere med demens vil øke betraktelig. Enkelte høgskoler tilbyr videreutdanning i demens og alderspsykiatri, men slike studier krever at studentene har treårig helse- og sosialfaglig grunnutdanning på høgskolenivå. En av de største gruppene fagpersonell innen pleie- og omsorgssektoren er ansatte med videregående opplæring innen helse- og sosialfag; hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeideren. De har i dag et mangelfullt tilbud når det gjelder videreutdanning i demens og alderspsykiatri.

Med den faglige forankringen og erfaringen som Kompetansesenterets ansatte har på dette området, ønsket vi å utvikle et Fagskoletilbud innen demens og alderspsykiatri. NOKUT godkjente utdanningen i april 2007, og første kull starter høsten 2008. For å kunne gi et tilbud til hele landet ønsket vi nettbasert undervisning, med noen fysiske samlinger og samling på videokonferanse. Utdanningen blir på deltid over ett skoleår, som vil tilsvare et halvt år fulltid.

I september 2008 initieres også et samarbeidsprosjekt med Høgskolen i Tromsø ved videreutdanningen i demens og alderspsykiatri. Utdanningene har samme tematikk og egner seg godt for samarbeide, som vil bestå av noen felles fagdager med forelesninger og gruppearbeid. Tiltaket utprøves med tanke på at dette kan ha en overføringsverdi.

Høsten 2008 starter planlegging av utvidelse av Fagskolen i demensomsorg og alderspsykiatri til en deltidsutdanning over to år, som tilsvarer ett år heltid.

Janne Johannessen, leder Undervisningsenheten, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse



Forsker, psykolog Per Erik Solem, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)

Om å være en person

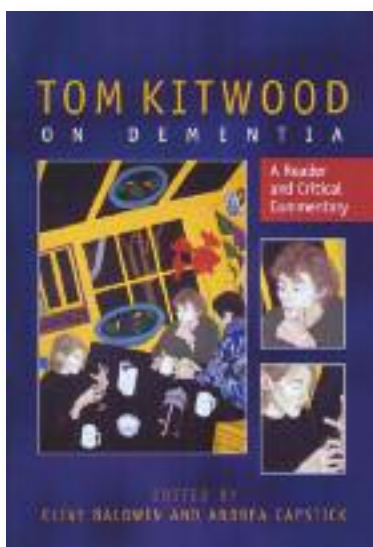
To britiske forskere har kastet et kritisk blikk på Tom Kitwoods arbeider ti år etter hans død. Boken de har skrevet er ikke kommet på norsk, men forsker Per Erik Solem ved NOVA omtaler den for Demens&Alderspsykiatri.

I år er det 10 år siden Tom Kitwood døde i en alder av 61 år og det er vel 20 år siden hans første publikasjoner om demens. I godt og vel ti år virket han med stor profesjonell aktivitet og kreativitet innen dette feltet og rakk å sette tydelige spor etter seg. Så tydelige og fruktbare var sporene at to av hans kolleger har laget denne kritiske leseboka lenge etter at Tom Kitwood selv satte sitt siste punktum. Hans arbeid er i full vigør ennå. Hvorfor da ikke bare la hans arbeider virke av egen kraft? Trengs en bok som samler 20 av hans over 50 publikasjoner om demens og samtidig diskuterer, sammenfatter og kritiserer?

Jeg hadde i alle fall stort utbytte av å lese boka. Ikke fordi den gir alle svar og sannheter, men fordi den samler mange av de spørsmål Tom Kitwood stilte og fordi den fortsetter å stille spørsmål, også ved noen av de svarene Kitwood gav. Likevel, boka er skrevet ut fra det utgangspunkt at Tom Kitwoods bidrag har hatt og fortsetter å ha betydelige positive konsekvenser for personer med demens.

Mye av det Kitwood skrev kunne være både inkonsistent, motsigelsesfylt og tvetydig. Baldwin og Capstick gir forslag til tolkninger og plasserer tvetydigheter inn i sammenhenger der de blir lettere gripbare for leserne. Det er det god hjelp i. Det viktigste er likevel ikke hva Kitwood egentlig mente, men om hans tanker slik de er uttrykt kan bidra til vår egen tenkning og til at vi kan se egne erfaringer i nye lys. Jeg tror de kan det ennå.

Praktiske virkninger av Kitwoods arbeid har først og fremst kommet gjennom hans virksomhet ved Bradford Dementia Research Group (Bradford i Nord-England) som vokste ut av Bradford-universitetets institutt for interdisiplinære humanistiske studier, der Tom Kitwood underviste. Han hadde en allsidig faglig bakgrunn. Han startet med naturfag og underviste i



Clive Baldwin & Andrea Capstick (eds.)
(2007) *Tom Kitwood on dementia.*
A reader and critical commentary.
Maidenhead, Berkshire: Open University
Press/ McGraw-Hill. 352 sider.

kjemi blant annet i Uganda, var ordinert prest i en periode, tok en mastergrad i psykologisk og sosio-logisk pedagogikk og doktorgrad i sosialpsykologi. Han ble autorisert som psykolog og drev privatpraksis som psykoterapeut ut fra en psyko-dynamisk tilnærming. Med sin varierte bakgrunn kjente han ulike per-

spektiver på sentrale spørsmål, og skiftet også oppfatninger. Det skjedde særlig tydelig i forhold til religiøs tro der han gikk fra prestegjerningen til et humanistisk (human-etisk) verdensbilde. Han ble etter eget ønske gravlagt med en humanistisk seremoni i ikke-vigslet jord.

Tom Kitwood kunne stille fundamentale spørsmål og hadde forutsetninger for ikke å bli låst i vedtatte sannheter. Med andre ord en grunnleggende vitenskapelig tilnærming til verden. Hans synspunkter var ikke like populære hos alle, og særlig fikk han kritikk for sitt syn på mulige årsaker til demens. Han befant seg tydelig på siden av ortodokse demensoppfatninger. Vel fikk han kritikk for sine avvikende synspunkter, men enda mer ble han ignorert av det medisinske etablissementet.

Baldwin & Capstick tar for seg Kitwoods forfatter-skap i fire hovedbolker. Den første hovedbolken er der Kitwood startet, med kritikk av det medisinske standardparadigmet. Før han skrev sin første kritiske artikkel i 1987 hadde han hatt oppdrag med forskningsveiledning med demens som tema og hadde evaluert et dagsentertilbud for personer med demens. Han var

med andre ord ganske ny på feltet. Kitwood trekker inn flere elementer i kritikken av den medisinske oppfatningen av demens, men i første rekke gjaldt kritikken den oppfatningen at demens er et direkte uttrykk for en hjerneorganisk sykdom alene. Kitwoods tenkning forutsetter at symptomene (demens) skilles fra årsakene slik at symptomene ikke oppfattes som en direkte replikasjon av de hjerneorganiske forandringene.

Standardparadigmet, den enkle lineære modellen for hjerneorganisk svikt som direkte årsak til demens er fortsatt, ennå i 2008, så inngrodd at mange ikke skiller mellom demensen (kognitiv svikt) og årsakene til demensen. Dermed *defineres* ofte demens som dens organiske årsaker (hjerneorganisk sykdom). Dette er uforenlig med Kitwoods tenkning der demens, det vil si hvordan den kognitive svikt arter seg, kan ha både biografiske, personlighetsmessige, helsemessige, hjerneorganiske og sosiale årsakskomponenter. Han går imidlertid enda lenger når han introduserer begrepet «rementia» (remens) for å betegne at demensen og de hjerneorganiske forandringene, i det minst delvis, kan reverseres. Og han sier at det han kaller ondartet sosialpsykologi kan forårsake hjerneorganiske forandringer og motsatt at positivt personarbeid (eller det vi kan kalle godartet sosialpsykologi) kan bidra til hjerneorganiske og/eller nevrokjemiske endringer som reduserer demensen. I løpet av de 20 årene som har gått siden han først framsatte slike tanker har det i det minste kommet noe forskning som gir støtte til at slik tenkning ikke er «helt på jorden».

Den andre hovedbolken gjelder et felt der Kitwood har hatt betydelig større gjennomslag. Det gjelder observasjon av personers «well-being» og «ill-being» gjennom Dementia Care Mapping (DCM). Det bygger på den enkle sannhet at også personer med demens kan trives eller mistrives og at de er minst like avhengig som andre av sine omgivelser og sin livssituasjon

for å trives. «Well-being» mister noe betydning når det oversettes med trivsel eller velvære, fordi «well-being» slik Kitwood bruker det, er noe mer enn å trives. «Well-being» er engasjement og glede, men også evne til å oppleve og uttrykke både positive og negative emosjoner. «Ill-being» uttrykkes for eksempel gjennom vedvarende sinne eller oppleves som angst, men også som kjedsomhet og apati. Et hovedpoeng er at eventuell angst, sinne, sorg eller uro ikke er et direkte resultat av hjerneorganiske forandringer, og at personens atferd kan forstås som uttrykk for well-being eller ill-being, for eksempel at det å ville dra hjem til mor kan være et uttrykk for «ill-being» (for eksempel misnøye) i den situasjonen personen er.

Personer med demens er personer, de er ikke «demente». Dette er det tredje hovedbidraget fra Tom Kitwood. Det baserte seg på en diskusjon av hva det vil si å være en person. De første artiklene om personbegrepet og demens skrev han sammen med sin kollega Kathleen Bredin, som gjennom sin bakgrunn i humanistisk psykologi antakelig var den som brakte inn begrepet «personsentrert omsorg» gjennom en parallell til Carl Rogers' klientsentrerte terapi. Ett element av det å være en person er å ha et forhold til andre mennesker. Omgivelsene er dermed med på å definere hvem som er personer og hvem som bare er objekter. Man blir en person av å bli møtt med respekt, anerkjennelse og tillit. Å være en person skjer i et samspill. Det betyr at også omsorgsgivere kan utvikle seg som personer gjennom samspill med mennesker som er rammet av demens. Baldwin & Capstick sier at det siste poenget mangler hos Kitwood og de foreslår også andre revurderinger av teorien om det å være en person (det han kaller «personhood»). Blant annet synes de at Kitwoods personbegrep legger for store byrder på pårørende og at han kanskje er for optimistisk når det gjelder hvilke positive effekter det vil ha å behandle dem som er sterkest rammet av demens som personer. På den annen side kan man spørre om

Noen eksempler på ondartet sosialpsykologi og positivt personarbeid i følge Tom Kitwood.

(flere eksempler i boka)

Ondartet sosialpsykologi

- Infantilisere (behandle som barn)
- True (skape frykt gjennom trusler)
- For høyt tempo (snakke, gå etc. for fort)
- Invalidere (bestride personens erfaringer, følelser)
- Ignorere (snakke over hodet på)
- Manipulere (lure personen til å gjøre noe han/hun ikke ønsker)
- Anklage (beskyldte personen for hendelser han/hun ikke skjønner)
- Avbryte (trenge seg på, bryte personens tanker, handling)
- Latterliggjøre (erte, vitse på personens bekostning)

Positivt personarbeid

- Anerkjenne (hilse på, presentere seg, gi øyekontakt)
- Forhandle (konsultere personen om preferanser)
- Samarbeide (gjøre påkledning etc. sammen)
- Leke (aktivitet for sin egen del)
- Sansestimulering (blant annet fysisk kontakt)
- Validere (verdsette personens erfaringer og følelser)
- Feiring (markere fødselsdager og andre merke dager)
- Underlette (støtte personens egne initiativ og aktivitet)

det tar lenger tid eller er mer belastende å behandle folk som personer, selv om det ikke skulle ha noen påviselige effekter på deres atferd og livskvalitet.

Kitwood ville sikkert deltatt i diskusjonen om nyansering av sine teoretiske formuleringer. Han var i stadig utvikling og opponerte også mot seg selv og deler av sine tidlige arbeider. Hans vitenskapelige produksjon besto ikke i å forsvare sine tidligere synspunkter og teorier, men i å utvikle dem. Men han var også retorisk sterk og kunne fremme sine synspunkter på overbevisende måter.

Den fjerde bolken i boken omhandler Kitwoods bidrag når det gjelder betydningen av organisasjonskulturen på demensavdelinger. Ikke bare den individuelle omsorgsgivers atferd er av betydning, men også den kulturen omsorgsgiveren – og dermed også personen med demens – inngår i, spiller en betydelig rolle. Kitwood setter en personorientert kultur opp mot en oppgaveorientert kultur og viser igjen hvilken vekt han legger på det å være en person. Han brukte også begreper som «gammel kultur» og «ny kultur» og beskrev en rekke kontraster mellom de to kulturene. Jeg skal kort nevne noen av forskjellene:

Den gamle kulturen preges av «gamle» holdninger til demens som et hjerneorganisk og medisinsk problem, der omsorgen er passiv pleie, og personalet gjerne kan være ufaglært fordi det er så få utfordringer utover det «å passe på» uhelbredelig syke pasienter. Det gjelder å dekke fundamentale fysiske behov i et sikret miljø. Kulturen preges av fremmedgjøring og avstand.

I den nye kulturen betraktes demensomsorg som et rikt og utfordrende arbeid som krever dyktighet, kreativitet og innsikt. Det gjelder å ta vare på hele personen, ikke bare fysiske behov og sikkerhet. Demens framtrer på like mange ulike måter som det finnes personer med demens. Den nye kulturen preges av nærhet og åpenhet for egne og andres følelser, både positive og negative.

Kitwood setter nok forskjellene mellom gammel og ny kultur på spissen og gjør det kanskje litt lett for leseren å ta avstand fra den gamle kulturen. Det kan føre til at selvtilfredshet med egen plassering i «det nye» ikke åpner for refleksjon rundt den praksis en er en del av. Og det er jo ikke sikkert at alt det nye er bra. Selv sier Kitwood at han ikke tror han har funnet «sannheten» om hvordan en god kultur i demensomsorgen skal være.

Overgangen fra gammel til ny kultur i demensomsorgen hemmes av ulike former for organisasjonsmessig motstand og fremelskes av at personalet involveres i en kontinuerlig prosess med videreutdanning og faglig diskusjon. Han brukte også her et begrep fra Rogers: «student-sentrert undervisning» og signaliserte dermed at respekt, anerkjennelse og tillit er viktig for alle mennesker i endring og dermed for mennesker generelt.

En bra bok? – absolutt. Anbefales? – absolutt. Får du alle svarene? – nei

■ per.e.solem@nova.no

DEMENSPRISER 2008

I tilknytning til den internasjonale Alzheimerdagen 22. september delte Nasjonalforeningen for folkehelsen ut Demensprisen 2008.



Anita Krokeide ved Dagavdelingen ved hjemmesykepleien i Fana fikk prisen for sitt arbeid for yngre personer med demens. (Les reportasje om arbeidet i D&A nr. 3/2008).

Øyunn Krokann fikk demensdiagnosen for fem år siden og har siden vært åpen om sykdommen i aviser, TV og på film. Hun deltar i filmen «Å leve med demens» og sitter i Nasjonalforeningens råd for demens.



Andre vinnere er Ola Gjevre, Oddveig Hallberg, Inga Karlsen, Oddny Trædal, Olav Sletvold, Liv Kirsti Jørgensen, Torhild Hanem, Ingrid Torheim og Edle Kvikstad Olsen, Klukstuen omsorgssenter og Klukstuens venner og endelig Skjermet avdeling ved Nissedal Omsorgssenter.

Demens&Alderspsykiatri gratulerer!

Returadresse:

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
Geriatrisk avd., Ullevål universitetssykehus, 0407 OSLO

:aktuell informasjon – debatt



:neste nummer

vol. 13 – nr. 1 – 2009

- ◆ Hva betyr kognitiv profil for ADL-ferdigheter ved demens?
- ◆ Hva er omsorg?
Og hva bør omsorgsforskning være?
- ◆ Teknikk for personer med demens – nyttig eller bare trendy?
- ◆ Omgivelsenes og pleiekulturens betydning for utvikling av APSD
- ◆ Hva vet vi om delirium?



Aldring og helse

Nasjonalt kompetansesenter

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

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

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

ISSN: 0809-3520

Medlem av:

Fagpressen



www.aldringoghelse.no