



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Demens&Alderspsykiatri

vol. 14 • nr. 4 • 2010



- Hva vil myndighetene med alderspsykiatrien?
- Jobbtilfredshet? Det kommer an på lederen!
- Etisk refleksjon – mindre tvang



Demens&Alderspsykiatri

vol. 14 • nr. 4 • 2010

Om frontotemporal demens:

30 Vi manglet en «bruksanvisning»!
En familiehistorie

34 Handler det bare om atferd?

- 4 Disputas: Delirium, demens, medisinsk behandling og død blant eldre pasienter med hoftebrudd
- 5-7 Forslaget til statsbudsjett:
 - Demenssatsingen fortsetter
 - alderspsykiatrien ikke nevnt
 - Hvor blir alderspsykiatrien av, minister?
 - Alderspsykiatri
 - et glemt stebarn i norsk helsepolitikk*Knut Engedal*
- 8 Spesialisthelsetjeneste for eldre:
Grundig planarbeid – hva med ressursene?
- 10 D&A følger temaet: Hva vil Helsedirektoratet med alderspsykiatrien?
- 11 Hvordan utnyttes kapasiteten ved alderspsykiatriske enheter i Norge?
Kjell Martin Moksnes
- 16 Kongress i alderspsykiatri
Øyvind Kirkevold
- 17 Hvordan takler vi tvangsvedtak?
Kristin Aas Nordin
- 20 Etisk refleksjon forebygger tvang og krenkelser
Lars Helge Myrset
- 24 Fulltreffer:
Demensforening med kurs- og hotellferie
- 27 Jobbtilfredshet:
Er det lederen det kommer an på?
Ingelin Testad
- 30 Vi manglet en «bruksanvisning»!
En familiehistorie med frontotemporal demens
- 34 Frontotemporal demens:
Handler det bare om atferd?
Tor Atle Rosness
- 38 Nytt kurs i miljøbehandling og kommunikasjon
- 40 Debatt:
Rammer og innhold i omsorgsbolig og sykehjem
Allan Øvereng
- 41 Lyden av liv – dvd til inspirasjon
Tove S. Kvamme
- 42 Prisivinnere for godt demensarbeid

Fagpressen

Demens&Alderspsykiatri
utkommer fire ganger i året.

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

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

Layout/trykk
BK Grafisk, Sandefjord (TAa)

Det redaksjonelle arbeidet er
avsluttet 1. november 2010.



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

Journalist:
Jartrud Høstmælingen
Nasjonalt kompetansesenter
for aldring og helse
Mobil: 913 74 941
jartrud.hostmelingen@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 aldring og helse
Tlf. 33 34 19 52

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

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

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

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

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

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

www.demensogalderspsykiatri.no

Forsidefoto: Jartrud Høstmælingen



Signaler til glede og skuffelse

vol. 14 • nr. 4 • 2010

Forslaget til statsbudsjett er dokumentet der regjeringen gir politiske signaler om hva den ønsker å prioritere. Derfor er det som ikke nevnes like interessant som det som nevnes.

For D&A's lesere er det gledelig at demenssatsingen fortsetter. Det betyr at mange modeller for gode tiltak blir igangsatt og/eller videreført. Det er positivt og nødvendig. At forskning om demens ifølge forslaget skal få fem millioner kroner, er ikke noe å slå seg på brystet av for regjeringen. «Det kan virke som om norske myndigheter vil at all demensforskning skal foregå utenfor Norge, og at vi bare skal skumme fløten av andres forskning,» skriver professor Knut Engedal i sin kommentar.

Så til det som ikke er nevnt. Vi finner heller ikke denne gang alderspsykiatri nevnt med et ord. Alle vet at vi står overfor en formidabel økning i antallet eldre i årene fremover. Da er det ubegripelig at ikke Helse- og omsorgsdepartementet tar de senere års mange anbefalinger fra fagfeltet på alvor og meisler ut en politikk som ivaretar eldre med psykiske lidelser. Slik det er i dag faller denne gruppen i altfor mange tilfeller mellom alle stoler. Det har fagartikler og reportasjer i D&A vist gjennom flere år.

I svaret på våre spørsmål heter det fra Helse- og omsorgsdepartementet: «Tilbudet innen psykisk helsevern gjelder hele den voksne befolkningen uten øvre aldersmessig begrensning.» Der har man tydeligvis en annen virkelighetsoppfatning enn de fleste innenfor fagmiljøet. «Historien viser at eldre pasienter med psykiske lidelser har tilgang til for få ressurser innenfor fagfeltet både når det gjelder døgn- og polikliniske enheter,» skriver en veteran på området, tidligere avdelingsoverlege Kjell Martin Moksnes. Vi anbefaler at departementet starter med det de selv sier: «Det kan (...) være god grunn til å undersøke nærmere hvilke tjenestetilbud denne pasientgruppen i dag mottar.»

Vi kunne ikke sagt det bedre selv.

Ragnhild M. Eidem Krüger

ragnhild.kruger@aldringoghelse.no



■ Tekst og foto: Jartrud Høstmælingen

Delirium, demens, medisinsk behandling og død blant eldre pasienter med hoftebrudd

Vibeke Juliebø disputerte 24. september over temaet «Delirium, dementia, medical treatment and mortality in elderly hip fracture patients» ved Universitetet i Oslo. Juliebø er forsker ved Oslo universitetssykehus Ullevål, geriatrik avdeling.

I en observasjonsstudie ble 364 pasienter med hoftebrudd ved Ullevål og Diakonhjemmet sykehus fulgt fra innkomst og de påfølgende fem dagene under sykehusoppholdet. Eventuelt til utskrivelse, om den skjedde tidligere. Juliebø fant at 21 prosent hadde utviklet delirium før operasjon, og av de som ikke hadde delirium før operasjon utviklet 36 prosent delirium i etterkant. Hun fant at pasienter med demens har økt risiko for å få delirium, og jo alvorligere grad av demens, jo større risiko for å utvikle delirium.

– Delirium i akutfasen er den viktigste risikofaktoren for å utvikle demens etter hoftebruddet, forteller Juliebø. Hun antar at sammenhengen mellom delirium og demens kan forklares ved en sårbarhet i hjernen som er til stede allerede før deliret, og at delirium fører til en forverring av den kognitive funksjonen.

Hvordan kan delirium forebygges?

– Delirium er en akutt kognitiv svikt forårsaket av somatisk sykdom hos eldre pasienter. Jo raskere det gis medisinsk og kirurgisk behandling, jo bedre. Ofte kan delirium være eneste symptom på alvorlig medisinsk sykdom hos pasienter med demens. Det er svært viktig å undersøke pasienten for somatisk sykdom som hjerteinfarkt og ulike infeksjoner, for ved å behandle disse kan man trolig forhindre utviklingen av den kognitive svikten, sier Juliebø.

Vanndrivende medikamenter øker risiko for død

I sin studie ble Vibeke Juliebø mest overrasket over sammenhengen mellom bruk av vanndrivende medikamenter og risiko for død. Av pasientene som brukte vanndrivende var 49 prosent døde etter to år, i motsetning til 20 prosent i gruppen som ikke brukte vanndrivende medikamenter. Sammenhengen mellom vanndrivende og død holdt seg også når hjertesvikt og andre hjertesykdommer ble inkludert i analysene.

Studien indikerer at behandling av hjertesvikt og hjertesykdom hos eldre hoftebruddspasienter i Norge ikke følger internasjonale retningslinjer. Det kan ha betydning for dødeligheten.

– Hjertesvikt skal behandles med ACE-hemmer, betablokker og vanndrivende, og ikke vanndrivende alene. Iskemisk hjertesykdom skal behandles med betablokker, ACE-hemmer, platehemmer og statiner (kolesterolsenkende medikamenter). I min studie var det 48 prosent som brukte vanndrivende alene.

Bruk av vanndrivende var den sterkeste risikofaktoren for død, mens de som brukte statiner levde lenger. Dette tyder på at også eldre har nytte av moderne medisinsk behandling. Ellers var det overraskende at jeg ikke fant noen sammenheng mellom delirium og risiko for død når jeg justerte for kognitiv svikt før bruddet.

Internasjonale retningslinjer bør følges

Hvilken innvirkning bør dine funn få for pleie og behandling av denne pasientgruppen?

– Gamle mennesker har rett til moderne, medisinsk behandling! Man bør ha en god grunn hvis man velger å ikke følge internasjonale retningslinjer i behandlingen av eldre. Bruk av vanndrivende medisiner mot hovne ben er ikke nødvendigvis ufarlig.

Hva ønsker du å forske videre på?

– Jeg ønsker å forske mer på behandling av hjertesvikt og hjertesykdom hos eldre. Jeg ønsker også å undersøke hvilke mekanismer som skjer i hjernen ved et delirium for å kunne utvikle bedre strategier for forebygging og behandling.



■ Tekst: Ragnhild M. Eidem Krüger

Forslaget til statsbudsjett:

Demenssatsingen fortsetter – alderspsykiatrien ikke nevnt

*I forslaget til statsbudsjett
for 2011 er regjeringen klar på
at innsatsen for personer med
demens må styrkes.
Vi har plukket noen punkter fra
budsjettforslaget:*

- Gjennomføring av Demensplan 2015 står fast. Samlet foreslås å bevilge 25,5 mill. kroner til Demensplan 2015 i 2011. Midlene skal blant annet gå til

*implementering av opplæringspakke om demens
for personell uten fagutdanning, frivillige og
pårørende*

drift og markedsføring av nettbasert erfaringsbank

*spredning av gode modeller for utredning
og diagnostikk av demens*

*spredning av tilbudet om pårørendeskoler
og samtalegrupper til landets kommuner*

*spredning av gode modeller for dagtilbud til
personer med demens*

*utvikling av gode modeller for miljøbehandling
og miljøterapi*

*utviklingsprogram om yngre personer
med demens*

*utviklingsprogram om minoritetsspråklige
med demens*

*utviklingsprogram for personer med
samisk bakgrunn*

videreutdanningstilbud innen geriatri og demens.

- Regjeringen vil styrke innsatsen for hjemmeboende personer med demens gjennom Demensplan 2015. Regjeringen har som mål å innføre en lovfestet plikt til å tilby dagtilbud til personer med demens når tilbudet er bygget videre ut. Det skal dessuten legges vekt på avlastning, kompetanse og tilpassing av bo- og institusjonstilbud.
- Regjeringen har som målsetting å etablere 12 000 nye årsverk i omsorgstjenestene i perioden 2008–2015.
- For å sikre at alle kommuner som har behov for å bygge flere heldøgns omsorgsplasser får mulighet til det, vil regjeringen endre investeringsordningen for sykehjem og heldøgns omsorgsplasser slik at fylkesmennenes prioriteringer av hvilke kommuner som skal få tilskudd, avvikles. Kommunene vil fortsatt måtte søke Husbanken om tilskudd, og søknadene vil bli vurdert ut fra det regelverk og de kriterier som foreligger for tilskuddet, blant annet kravet om heldøgnsstilbud og universell utforming. Det foreslås å bevilge 222 mill. kroner til 2 000 heldøgns omsorgsplasser i omsorgsboliger og sykehjemsplasser i 2011.
- Forskning på demens får ifølge forslaget 5 mill. kroner.

Hva med alderspsykiatrien?

Til tross for signaler fra Helsedirektoratet om at alderspsykiatri skal settes i fokus (se side 10), er ikke ordet alderspsykiatri nevnt i statsbudsjettet denne gangen heller. Barn og unge er nevnt som spesielt viktige grupper. Under Forskning – Strategiske satsinger finner vi dette om aldersforskning:

- Satsingen omfatter både samfunnsvitenskaplig og helsefaglig forskning. Forskningsprosjektene omfatter problemstillinger som eksempelvis basalforskning på aldringsprosesser og nevropsykiatrisk forskning tilknyttet Parkinsons sykdom.

*Se for øvrig Knut Engedals kommentar side 7.
(Red.)*

Forslaget til statsbudsjett:

Hvor blir alderspsykiatrien av, minister?

Demens&Alderspsykiatri har sendt tre spørsmål til Helse- og omsorgsministeren for å få rede på alderspsykiatriens plass i forslaget til statsbudsjett. Vi har fått svar i e-post fra statssekretær Robin Martin Kåss. Svarene er kortet noe ned.

Antallet eldre vil øke kraftig de kommende årene. Med denne utviklingen for øye – hvordan kan det ha seg at alderspsykiatri heller ikke denne gang er nevnt i forslaget til statsbudsjett?

– Regjeringen foreslår i budsjettet for 2011 en aktivitetsvekst for hele spesialisthelsetjenesten på om lag 1,3 prosent. En slik vekst skal gi økt pasientbehandling også for psykisk helsevern. I tråd med Samhandlingsreformen skal også tilbudene i kommunene videreutvikles og styrkes. Helsedirektoratet har gitt støtte til et prosjekt i regi av Oslo Universitetssykehus HF, Aker ved Alderspsykiatrisk poliklinikk og sykehjem i seks kommuner. Gjennom utvikling av en samhandlingsmodell mellom disse samarbeidspartnerne, vil man sikre kvaliteten ved omsorg, diagnostisering og behandling av sykehjemsbeboere/pasienter. På denne måten vil man også øke kompetansen innen alderspsykiatri hos personalgruppen.

En kartlegging publisert i D&A nr. 2/2007 viser at distriktpsikiatriske sentre (DPS) behandler få eldre, eller bare gir dem kortvarig behandling¹. Hvordan mener statsråden at spesialisthelsetjenesten til eldre med psykisk sykdom skal rustes til å holde tritt med aldersutviklingen i befolkningen?

– Tilbudet innen psykisk helsevern gjelder hele den voksne befolkningen uten øvre aldersmessig begrensning og omfatter DPS og sentraliserte sykehusavdelinger inkludert alderspsykiatriske enheter. Den videre utbyggingen og omstruktureringen av tilbudene innen psykisk helsevern skal derfor også komme eldre med psykiske lidelser til gode. Vi vet nok litt for lite om hvilke tjenestetilbud eldre med psykiske lidelser i dag mottar. Evalueringen av Opptrappingsplan for psykiatri tyder på at få personer over 65 år blir behandlet ved DPS. Det kan derfor være god grunn til å undersøke nærmere hvilke tjenestetilbud denne pasientgruppen i dag mottar.

Fagfeltet har i mange år etterlyst både en opptrappingsplan for alderspsykiatrien og et nasjonalt kompetansesenter for alderspsykiatri, men uten å få svar på sine skriftlige henvendelser til Helse- og omsorgsdepartementet. Finnes det planer for noe av dette, og i så fall med hvilken tidsramme?

– Vi har hatt en opptrappingsplan for psykisk helse som har bidratt til en allmenn styrking og oppbygging av tilbudene innen det psykiske helsevern for hele befolkningen. Vi er opptatt av at vi viderefører det grunnlaget som er lagt med denne planen. Per i dag kan ikke vi se at det er grunnlag for å utarbeide en særskilt opptrappingsplan for alderspsykiatrien. Jeg er derimot enig i at vi vil trenge økt kompetanse på flere nivåer når det gjelder psykisk helse og psykiske lidelser hos eldre. Det er opprettet et særskilt nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid – NAPHA – lokalisert i Trondheim. Senteret skal drive kunnskapsutvikling og forskning når det gjelder hele den voksne befolkningen, uansett alder. Utover dette må vi løpende vurdere tiltak som kan bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget når det gjelder eldres psykiske helse. Vi imøteser gjerne et nærmere bidrag fra og samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse om dette.

¹) Selbæk G (2007) DPS-ene og de eldre pasientene: Grunn til bekymring (eller undring?). Demens&Alderspsykiatri 11(2):8-9.



■ Knut Engedal, professor dr.med., fag og forskningsleder, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Forslaget til statsbudsjett:

Alderspsykiatri – et glemt stebarn i norsk helsepolitikk

Nok et forslag til statsbudsjett er lagt frem. Nok en gang har vi lett med lys og lykte med søkeordet «alderspsykiatri», og nok en gang har vi ikke funnet noen ting. Innenfor fagområdet psykisk helse er barn og unge nevnt, men det ser ut for at fagområdet alderspsykiatri er et glemt stebarn i norsk helsepolitikk. Det eneste fagområdet som er nevnt i statsbudsjettet og som har tilknytning til alderspsykiatri, er demens. Demensplanarbeidet i kommunene skal fortsette, og bra er det. Men tiltak i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste for eldre er ikke omtalt med et ord. En bevilgning på fem millioner kroner til demensforskning i 2011 er lite, ja nærmest som smuler å regne, når vi ser hvilke utfordringer vi står overfor når det gjelder å finne gode utrednings- og behandlingstilbud til personer med demens. Det kan virke som om norske myndigheter vil at all demensforskning skal foregå utenfor Norge, og at vi bare skal skumme fløten av andres forskning.

Nok prat – tid for handling!

Alt dette skjer til tross for at både Helsedirektoratet, Helsetilsynet og Helse Sør-Øst sier at de er opptatt av å bedre og øke kapasiteten for spesialisthelsetjenester til eldre. Planer er blitt skrevet, møter er blitt holdt, men ingenting skjer. Ærlig talt! Det har vært nok prat, nok arbeidsgrupper, nok dokumenter og nok komiteer som har uttalt seg positivt til at spesialisthelsetjenesten til eldre skal bedres og økes, herunder alderspsykiatri. Det er tid for å handle.

Samhandling løser ikke alle utfordringer

Ut fra enkle demografiske oversikter er det lett å lese seg til at antallet eldre vil øke til det doble de neste 30 årene. Høy alder er forbundet med økt risiko for både somatiske og psykiske helseplager, og det kan umulig være tvil om at helsetjenester for eldre og gamle må prioriteres, at mer ressurser må gis både for at spesialisthelsetjenesten fortsatt skal yte god og helst bedre service, og for at primærhelsetjenesten skal tilføres mer kunnskap om eldres helseplager. I dagens helse-Norge er «samhandling» blitt det store sesam-ordet, men samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten kan ikke løse alle utfordringer. Det må finnes mange nok faglig dyktige helsearbeidere som skal samhandle. Det finnes ikke i dag, og dersom man ikke gir mer ressurser til geriatri og alderspsykiatri vil ikke samhandling være

mulig. Både det geriatriske og det alderspsykiatriske fagfeltet i spesialisthelsetjenesten må styrkes, slik at det finnes gode og store nok avdelinger i alle landets regioner. Disse avdelingene skal både utrede og behandle eldre med særskilt komplisert sykdom, og samtidig tilføre primærhelsetjenesten mer kompetanse om eldres helseplager. *Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011–2020*, publisert av Norsk psykiatrisk forening, gir utmerkede føringer for hvordan man kan organisere og dimensjonere den alderspsykiatriske spesialisthelsetjeneste i hele landet. Hvorfor ikke ta dette dokumentet i bruk? Helseforetakene er hjertelig velkommen til å studere planen og føre den ut i livet.

Vi trenger nasjonalt kompetansesenter for alderspsykiatri

I 10 år har Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (tidligere demens) fremmet forslag for fagdepartementet om at det bør opprettes et Nasjonalt kompetansesenter for alderspsykiatri, slik at fagområdet kan styrkes blant helsepersonell i primærhelsetjenesten. De første årene fikk vi ikke svar. De to siste årene vet vi (uten at vi har fått noe svar) at søknadene har gått tjenestevei via Helse Sør-Øst til Helse Vest som har samordnet alle søknader om opprettelse av kompetansesentre i Norge. Helse Vest har anbefalt søknaden, men penger er ikke bevilget. Vi hadde trodd at slike signaler skulle bli gitt i statsbudsjettet for 2011. Men den gang ei. Helse Sør-Øst, som ville bli vert for et slikt nytt kompetansesenter om alderspsykiatri, har heller ikke gitt signaler om penger til drift. Helseforetaket er imidlertid mer enn velkommen til en dialog om hvordan et slikt senter kan etableres under Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

P.S. Etter å ha lest de tre svarene fra helseministerens statssekretær (side 6) er det enda større grunn til engstelse for at norsk alderspsykiatri ikke blir tatt på alvor. Det virker som om HOD har en annen virkelighetsoppfatning enn fagfolk flest i feltet har. At et enkelt samhandlingsprosjekt (som er bra i seg selv) skal forandre hverdagen for eldre pasienter med psykiske lidelser, er en naiv påstand. At en generell styrking av spesialisthelsetjenesten med 1,3 prosent også skal være et virkemiddel til å styrke alderspsykiatrien, er vanskelig å fatte. Det må sterkere lut til.

Spesialisthelsetjeneste for eldre: Grundig planarbeid – hva med ressursene?

*Helse Sør-Øst RHF arrangerte
15. september erfarings-
konferanse om spesialisthelse-
tjenester for eldre, der omkring
75 fagfolk fra regionen deltok.*



Elisabeth Arntzen

D&A har konsentrert seg om alderspsykiatrien og hvilken rolle den har fått i «Spesialisthelsetjeneste for eldre – Handlingsplan Helse Sør-Øst 2010–2020». Planen slår fast at alderspsykiatrien er underdimensjonert. Den peker på behovet for styrking av enheter i sykehusene og av fagkompetanse innenfor både geriatri og alderspsykiatri. Vi spurte møteleder, konstituert direktør for kvalitet og tjenesteutvikling i HSØ, Elisabeth Arntzen, om det vil følge ekstra midler med planen?

– I Helse Sør-Øst RHF fordeler vi hvert år de økonomiske rammene til alle helseforetakene og sykehusene etter objektive kriterier. De får en samlet ramme til alle sine tjenester. Det følger altså ingen ekstra midler med denne planen, men det skal utarbeides en mer langsiktig opptrappingsplan for eldre i Helse Sør-Øst 2010–2020. Der vil det årlig innføres tiltak som både omfatter omfordeling og ny finansiering av tiltak. I tillegg vil Helse Sør-Øst RHF stille klarere krav til helseforetakene om å omprioritere ressurser innenfor sitt sykehusområde når det er behov for det.

Foretakene må selv prioritere

Fra konferansedeltakerne kom det klare meldinger om manglende ressurser og tilbud som er blitt kuttet av budsjettmessige hensyn. Hvordan vil dere sikre at helseforetakene ikke legger planen i skuffen og lar alt bli ved det gamle?

– Vi i regionforetaket har et sørge-for-ansvar og skal etterspørre foretakenes oppfølging. Handlingsplanen har hjulpet oss til å sortere og bli enig i vår region om hva som er de viktigste tiltakene på området, og nå blir trykket lagt på de enkelte foretakene. De står nærmest pasientene og må prioritere etter behovene, og sørge for at det blir bygget opp kompetanse, opprettet stillinger og skapt gode tilbud til eldre pasienter. Dette er høyt prioritert i Helse Sør-Øst.

Handlingsplanen går inn for at de fleste alderspsykiatriske pasienter skal behandles på distriktpsikiatriske sentre (DPS). Kartlegging vi har publisert i Demens&Alderspsykiatri¹ viser at mange DPS-er ikke behandler eldre,

¹) Selbæk G (2007) DPS-ene og de eldre pasientene: Grunn til bekymring (eller undring?). Demens&Alderspsykiatri 11(2):8-9.

eller bare gir kortvarig behandling. Helsetilsynet har på sin side pekt på mangler ved kompetanse og styring ved DPS-ene. Hvor realistisk mener du det er at DPS-ene skal skaffe seg alderspsykiatrisk kompetanse til å gi et tilstrekkelig tilbud til eldre pasienter?

– Vi har en jobb å gjøre for at DPS-ene skal kunne gi enda bedre tjenester til eldre. Det arbeides konkret med oppbygging av kompetanse, og vi har et definert prosjekt for styring og ledelse i DPS-ene som vi skal følge opp. Vi må også være tydelig på rollefordelingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten og ha et klart fokus på eldres behov.

Handlingsplanen sier mye om legestillinger og om legers oppgaver, og på erfaringskonferansen ble alle faglige innlegg holdt av leger. Både alderspsykiatri og geriatri har tverrfaglighet som et av sine viktige kjenne-tegn, og hvorfor slapp ikke andre grupper til?

– Denne konferansen må ses i sammenheng med erfaringskonferansen vi hadde tidligere i høst om eldre og legemidler. Der holdt også bruker, hjemmetjenesten, fagsykepleier og Helsetilsynet innlegg. Vi tar likevel selvkritikk på at det bare ble leger denne gangen, da helsetjenester til eldre krever særlig blick for hele mennesket. Samtidig er vi svært glade for at legene er så ivrige på dette området og at leger ønsker å bli geriatere. For å bygge opp tilbudet til pasientene trenger vi flere leger, det må være nok utdanningsstillinger og overlegestillinger og det må etableres gode tverrfaglige team.

Faller mellom alle stoler

En av konferansedeltakerne som uttrykte bekymring for ressursmangel i alderspsykiatrien, var fungerende avdelingsoverlege Kari Os Eskeland på Alderspsykiatrisk avdeling, Gaustad ved Oslo universitetssykehus HF. Hun har arbeidet i fagfeltet i 16 år og har hele tiden opplevd ressursnød i jobben.

– Da jeg gikk inn i fagetfeltet trodde jeg at eldre med psykiske lidelser skulle bli prioritert. Så kom Opptappingsplan for psykiatrien og planarbeidet for eldreomsorgen. Alderspsykiatrien ble ikke nevnt i noen av disse satsningsområdene. Eldre med psykiske lidelser falt mellom alle stoler.

Kari Os Eskeland påpeker at alderspsykiatrien gjennom disse prosessene i realiteten ble fratatt ressurser. Blant annet ble tre psykiatriske sykehjem fjernet i opptaksområde for Aker universitetssykehus HF. Ressursene skulle ifølge planene overføres til kommunehelsetjenesten.

– Kommunehelsetjenesten har imidlertid ikke bygget opp tjenester for eldre med psykiske lidelser i noen grad som jeg har sett resultater av.

Økte ressurser nødvendig

I handlingsplanen er geriatri og alderspsykiatri prioriterte områder. Kari Os Eskeland mener at bedre legedekning i alderspsykiatrien bør prioriteres høyt.

– Dette har vi mast om i årevis, men det ser ikke ut til å hjelpe. Kanskje det overordnede planarbeidet for eldreomsorgen og Plandokument for alderspsykiatrien kan gi resultater, men det ser ut for at vi må orke å mase i lang tid for å oppnå noe.



Kari Os Eskeland

Alle ønsker større ressurser. Hva argumenterer du med for at akkurat alderspsykiatrien skal få mer?

– Først og fremst den store økningen i antall eldre i hele landet, og at det er et økende krav i befolkningen om at også eldre skal få et godt tilbud om utredning og behandling. I tillegg til bedre legedekning må alderspsykiatrien få økonomiske rammer til å drive best mulig utdrettet virksomhet. Kompetansehevende tiltak og samhandling med kommunehelsetjenesten er områder der vi kan gjøre en stor innsats. Det er alvorlig når dette kuttes av økonomiske grunner, slik vi har hørt om i dag, for utdrettet virksomhet er en helt sentral del av alderspsykiatriens metode.



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Fagskole i demensomsorg og alderspsykiatri

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse tilbyr nettbasert fagskoleutdanning for helsefagarbeidere/omsorgsarbeidere/hjelpepleiere

- Nasjonalt deltidsstudium over 2 år
- Arbeidsform: individuelle oppgaver, nettkommunikasjon, videokonferanser, forelesninger og 4 ukesamlinger
- Praksis på egen arbeidsplass
- Godkjent av NOKUT

Opptak fra 1. mars. Fortløpende opptak fram til 1. mai. Studiestart i slutten av august.

Informasjon, opptakskriterier og søknadsskjema: www.aldringoghelse.no

Ytterligere opplysninger på telefon
33 34 19 50

www.aldringoghelse.no



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

D&A følger temaet:

Hva vil Helsedirektoratet med alderspsykiatrien?

*I D&A nr. 3 fulgte vi opp et møte
Helsedirektoratet arrangerte
20. mai i år, der alderspsykiatri
var tema. Representanter fra
regionhelseforetakene,
kommunehelsetjenesten,
fastleger, yrkesforeningene for en
rekke helsefag, Nasjonalt
kompetansesenter for aldring og
helse og Norsk Pensjonistforbund
var invitert.*

Senierrådgiver Rut Prietz nevnte i intervju med D&A hvilke behov innenfor alderspsykiatrien som var kommet frem på møtet, og at direktoratet ville gå gjennom alle skriftlige innspill som kom inn etter møtet. Vi har igjen henvendt oss til Rut Prietz:

– Hovedpunktene som er kommet frem i innspillene fra fagfeltet er behovet for økt fokus på befolkningsutviklingen med betydelig økning i antall eldre og de utfordringene alderspsykiatrien står overfor.

Et viktig punkt er behovet for å rekruttere flere fagfolk og sikre nok helsepersonell med riktig kompetanse til å behandle de eldste pasientene. Videre er det kommet frem frustrasjon over manglende oppfølging av eldre med psykiske lidelser ved de distriktpsikiatriske sentrene (DPS, red.) og et ønske om klargjøring av DPS-enes rolle samt tydeliggjøring av oppgavefordelingen

mellom DPS og sykehusavdeling. Man har også fremhevet viktigheten av å ha fokus på legemiddelrelaterte problemer og senfølger etter avansert somatisk behandling hos eldre. Videre var det et ønske om styrking av sykehjemmene med flere fagfolk og mer kompetanse.

Hvordan går Helsedirektoratet videre med dette?

– Direktoratet har spilt inn disse momentene i forslag til ny nasjonal helse- og omsorgsplan og arbeider med en strategi for det videre arbeidet med psykisk helse etter at Opptappingsplanen for psykisk helse er avsluttet. Her vil psykisk helse hos eldre bli et viktig punkt, spesielt i forbindelse med rekruttering av fagfolk og det å sikre nok helsepersonell med riktig kompetanse. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomgår Helsedirektoratet hvordan det psykiske helsetilbudet til eldre skal utvikles. Helsedirektoratet har samarbeidet med de regionale helseforetak om videre strategiarbeid der det blant annet er satt fokus på behovet for videreutvikling av DPS. Det er behov for fortsatt omstilling av psykisk helsevern med spissing av sykehusfunksjonene og styrking av DPS-ene. Videre skal omstillingen fullføres med økt satsing på ambulante tjenester og samarbeid med og utvikling av de kommunale tjenester. Det er stort behov for å tenke nytt omkring oppgave- og funksjonsfordeling innenfor spesialisthelsetjenesten og i samspill med de endringer samhandlingsreformen vil gi. Pleie- og omsorgstjenesten i kommunen skal videreutvikles for å ivareta større oppgaver og for å bedre brukernes livskvalitet og mestring.

Er det planer om å holde flere møter med fagfeltet i år?

– Det er foreløpig ikke planlagt noe nytt stormøte med fagfeltet, men Helsedirektoratet har hele tiden kontakt med fagfeltet knyttet til konkrete temaer.



Hvordan utnyttetes kapasiteten ved alderspsykiatriske enheter i Norge?

En fullverdig alderspsykiatrisk avdeling gir et utrednings- og behandlingstilbud til eldre med alle typer psykiske lidelser. Det gjelder pasienter med alvorlig depresjon, angst, psykose, personlighetsforstyrrelser, misbruk og pasienter med ulike former for demens med psykiske symptomer eller atferdsproblemer.

Alderspsykiatrien er et spesialisert fagområde innenfor psykiatrien og tar imot pasienter over 65 år med nyoppstått psykisk lidelse. Ved mistanke om demens er alder av mindre betydning. Den første alderspsykiatriske avdeling ble opprettet ved Dikemark sykehus i 1971. Senere har flere helseforetak etablert slike enheter. Fagfeltet anbefalte avdelinger med egne avdelingsoverleger, men noen opprettet enheter under andre avdelingsoverleger (1). Avdeling og enhet betegnes videre som enhet. Fra å være sykehusbasert blir nå flere ressurser brukt til ambulante tjenester som poliklinikk, uteteam og dagavdelinger. I utgangspunktet har fagfeltet for få ressurser sammenliknet med oppgaveøkningen (2).

Alderspsykiatrien har ønsket å utnytte døgnbehandlingsplassene best mulig. For noen år siden var målet å behandle minst fem pasienter per døgnplass per år. Ved effektivisering av arbeidet og overføring av langtidspasienter til sykehjem har alderspsykiatrien flere steder satt seg høyere mål. Artikkelforfatteren ønsket å undersøke hvordan situasjonen er rundt i landet nå. Målet for undersøkelsen var å finne ut ressurser i form av døgnplasser, søknadsmengde, hvor mange pasienter som ble

innlagt per døgnplass ved norske alderspsykiatriske enheter og liggetiden i 2009.

Materiale og metode

I et spørreskjema (3) utsendt på forsommeren 2010 ble det spurt om antall plasser ved alderspsykiatriske døgnenheter i 2009 og hvor mange pasienter som ble søkt innlagt og innlagt samme år. De som ikke svarte ble senere purret med et nytt brev og senere ved bruk av telefon. Undersøkelsen er begrenset til alderspsykiatriske enheter samt psykiatrisk avdeling i Førde, siden Sogn og Fjordane ikke har egen alderspsykiatrisk enhet. Distriktspsykiatriske sentre er ikke forespurt, men en vet at de ikke når ut til så mange eldre (4). Omfanget av arbeidet ved de alderspsykiatriske poliklinikker er heller ikke systematisk undersøkt.

De alderspsykiatriske enheter i Norge har ulike historier, oppgaver og ressurser. Noen er nyopprettet med få stillinger og begrensede oppgaver, mens andre er opprettet ved sammenslåing av poster ved etablerte psykiatriske sykehus. Vardåsen ved Dikemark hadde 110 døgnplasser i oppstarten, men har nå redusert til 27 (se tekstboks s. 13). Senere har mange fylker, men ikke alle, etablert alderspsykiatriske enheter. Noen av disse fikk kun oppgaven med å utrede personer med demens, og da særlig dem med psykiske symptomer eller atferdsproblemer. Andre enheter har så få senger at de tar pasientene inn til en kort utredning og oppstart av behandling, mens behandlingen følges opp av primærhelsetjenesten.

Statistisk sentralbyrå er kilden for befolkningsgrunnlaget som er folkemengden på 67 år og eldre 1. januar 2009. Dette er lett tilgjengelige befolkningstall, mens folkemengden over 65 år ikke er så lett tilgjengelig. De fleste enhetene har 65 år som ledende nedre aldersgrense. De har derfor flere i sitt opptaksområde enn det som er angitt i tabell 1. Andelen døgnplasser, søknader og innleggelser per 1 000 eldre over 65 år, er derfor i virkeligheten noe lavere enn tabellene viser. Alle 24 alderspsykiatriske enheter svarte (100 prosent),

Tabell 1.

Antall døgnplasser per 1 000 eldre over 67 år i opptaksområdet i 2009

Område	Avdeling	Befolkning ¹	Antall senger	Døgnplasser per 1000 67 +
Diakon/Lovisenberg	Søndre B	22 104	39	1,76
Ullevål sektor Oslo	Vardåsen	23 128	27	1,17
Aker sektor Oslo	Gaustad	20 655	22	1,07
Akershus, Asker&B	Blakstad	20 686	16	0,77
Hedmark	Sannerud	31 044	20	0,64
Sogn og Fjordane	Førde	15 903	10	0,63
Telemark	Skien	24 609	15	0,61
Nord-Trøndelag	Namsos	7 071	4	0,57
Sør-Trøndelag	St. Olav	35 406	18	0,51
Troms/Finnmark	Åsgård	28 340	14	0,49
Sunnmøre	Ålesund	18 190	8	0,44
Rogaland-sør	Stavanger	32 461	14	0,43
Oppland	Reinsvoll	29 260	11,6	0,40
Hordaland	Olaviken	59 105	22,5	0,38
Akershus	Ahus	33 316	12,3	0,37
Rogaland-nord	Haugesund	22 342	8	0,36
Nordland	Rønvik	34 353	12	0,35
Møre og Romsdal	Hjelset	17 464	6	0,34
Agder	Eg	35 116	11	0,31
Buskerud	Lier	34 018	10	0,29
Østfold	Veum	37 551	10	0,27
Hordaland	Haukeland	49 420	12	0,24
Vestfold	Granli	31 900	6	0,19
Nordland	Kløveråsen	34 353	4	0,12 ²
Sum	alle	614 022	332,4	0,54

¹ Befolkningen er antall eldre over 67 år i opptaksområdet per 1. januar 2009.

² Tar kun personer med demens.

Veum dekker Østfold, minus Rømskog.

Eg sykehus tar imot pasienter til innleggelse fra begge Agder-fylkene.

Stavanger dekker: Egersund, Sandnes, Stavanger, Sokndal, Lund, Bjerkreim, Hå, Klepp, Time, Gjesdal, Sola, Randaberg, Forsand, Finnøy, Rennesøy, Kvitsøy, Utsira, Strand og Hjelmeland.

Haugesund dekker Rogaland Nord + Etne, Sveio, Bømlo, Stord, Fitjar, Tysnes, Kvinnherad, Jondal, Odda, Ullensvang og Eidfjord i Hordaland (12657 + 9685 = 22342) (Indre Hardanger søker fortsatt noen til Bergen).

Haukeland dekker Hordaland minus noen Helse-Fonna kommuner.

Ålesund dekker Ålesund, Vanylven, Sande, Herøy, Ulstein, Hareid, Volda, Ørsta, Ørskog, Nordal, Stranda, Stordal, Sykkylven, Skodje, Sula, Giske og Haram. Hjelset dekker resten av Møre og Romsdal.

Levanger dekker Steinkjer, Meråker, Stjørdal, Frosta, Leksvik, Levanger, Verdal, Mosvik, Inderøy og Snåsa.

Namsos har resten av Nord-Trøndelag + Osen fra S-Trøndelag + Bindal fra Nordland.

St. Olav dekker Sør-Trøndelag minus Osen.

Rønvik dekker Nordland, minus Bindal.

Olaviken tar imot søknader fra Hordaland og Sogn og Fjordane (fritt sykehusvalg).

men én enhet kunne ikke oppgi antall søknader eller henvisninger.

Hvor mange døgnplasser har de ulike helseforetakene?

Tabell 1 viser antall døgnplasser ved de alderspsykiatriske enheter i helseforetakene i forhold til antall eldre over 67 år. Enheter som tar imot eldre med alle typer psykiske lidelser varierer fra 0,3 til 0,8 døgnplasser per 1 000 eldre over 67 år, og 1,1 til 1,8 i Oslo.

Oslo-avdelingene har mer enn én plass per 1 000 eldre over 67 år. Erfaringen viser at det er et større press på innleggelser i store byer. Gaustad tok for eksempel imot seks pasienter fra Oslo og tre pasienter fra Akershus per 1 000 eldre over 67 år i 2009. Oslo har også dobbelt så stor kapasitet som Akershus med 1,3 senger mot 0,65 senger per 1 000 eldre over 67 år.

Hvor mange søkes innlagt i de alderspsykiatriske enheter?

Tabell 2 viser at variasjonen er stor og at mellom to og 21 pasienter søkes innlagt per 1 000 eldre over 67 år.

Noen alderspsykiatriske enheter samler søknader til poliklinikk og døgnenhet i samme oversikt. I denne gruppen mottok Haugesund 20 søknader per 1 000 eldre over 67 år. Av disse ble fem innlagt. I Stavanger ble 11 søkt inn og vel tre mottatt til innleggelse. I Trondheim ble ni søkt inn og vel tre mottatt. Andre enheter oppgir kun antall søknader om innleggelse, og disse er samlet i en egen gruppe i tabellen. I Tromsø ble vel seks søkt inn og vel fire mottatt. I Bodø ble nesten tre søkt innlagt og to tatt imot.

Selv i en by som Oslo er variasjonen stor. Ved Aker universitetssykehus ble fem søkt innlagt, ved Ullevål åtte og ved Diakonhjemmet hele 21 per 1 000 eldre over 67 år. Denne forskjellen har holdt seg stabil i hvert fall de siste 15 år, men som vi ser av tabell 3 er det kun på antall søknader om innleggelse at Diakonhjemmet skiller seg ut. Vi kjenner ikke årsaken til dette, men det kan skyldes flere søknader fra somatiske avdelinger ved sykehuset og flere kortvarige ECT-vedlikeholdsinntak¹. Dersom man tar med søknadstallene både til døgnenheten og til avdelingens poliklinikk fikk Søndre Borgen ved Diakonhjemmet sykehus til sammen 833 søknader i 2009. Dette tilsvarer 38 søknader per 1 000 eldre over 67 år. Vardåsen ved Ullevål universitetssykehus fikk 27 søknader og Gaustad ved Aker universitetssykehus fikk 17 søknader per 1 000 eldre over 67 år (tabell 3).

Hvor mange av de som søkes blir innlagt i sykehus?

Tabell 2 viser at enheter som tar imot alle søknader i en pott tar imot fra 19-45 prosent av dem som søkes inn, med et gjennomsnitt på 31 prosent. Blant pasienter som søkes innlagt i sykehus tar enhetene imot 74-100 prosent, med et gjennomsnitt på 82 prosent. Haugesund, Ålesund og Blakstad tok imot fem pasienter

¹) ECT: Elektrosjokkbehandling (red.)

per 1 000 eldre over 67 år. Tromsø, Sannerud, Reinsvoll og Førde tok imot ca fire. Stavanger, Trondheim, Skien, Olaviken i Bergen, Lier og Eg i Kristiansand ca tre.

I Oslo tok Aker imot fem, Ullevål syv og Diakonhjemmet hele 17 per 1 000 eldre over 67 år. Vardåsen og Gaustad tok imot 26 prosent av søknadene til innleggelse, mens Søndre Borgen tok imot 45 prosent. Noe av forklaringen kan være at Søndre Borgen tok imot flere pasienter til korte ECT-vedlikeholdsopphold.

Hvor mange pasienter innlegges per døgnplass i løpet av et år?

Tabell 4 (side 14) viser at fra fire til 15 pasienter ble innlagt per døgnplass i 2009. De fleste enhetene hadde en overligger fra forrige år, slik at fem til 16 pasienter ble behandlet per plass. Med en beleggsprosent på 90 tilsvarer dette en gjennomsnittlig liggetid mellom 22 og 82 døgn.

I løpet av femten år har døgnplasser for eldre med psykiske lidelser blitt redusert fra ca 400 til 332 på landsbasis. I de rapporterte 332 døgnplassene ble 2 543 pasienter innlagt i 2009. Det ga et landsgjennomsnitt på 4,1 innleggelser per 1 000 eldre over 67 år og 7,7 innleggelser per seng per år. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig liggetid på 47 døgn.

Diskusjon

Undersøkelsen viser ulik ressursfordeling og store variasjoner i driften av alderspsykiatriske enheter. Antall døgnplasser er redusert med 68 på 15 år. Enhetene har 0,54 døgnplasser i gjennomsnitt per 1 000 eldre over 67 år, eller 0,07 døgnplasser per 1 000 innbyggere totalt. Flest plasser har avdelinger som ble opprettet tidlig ved de store psykiatriske sykehus. Flesteparten av alle innlagte pasienter den gang var eldre, og de ble etter hvert samlet i en egen avdeling. Enheter som tradisjonelt kun har mottatt pasienter med demens har naturlig nok hatt færrest døgnplasser. Pasienter med demens utgjør ofte kun en tredel av belegget ved enheter som også tar imot pasienter med alvorlig depresjon, angst og psykose. Med henblikk på den forventede økning av andelen eldre i befolkningen bør helseforetak som kun har et tilbud til eldre pasienter med demens bygge ut avdelingene for å gi et tilbud til eldre med alle typer psykisk lidelse. Enheten må også kunne omstille seg kontinuerlig for å møte behovene kommunehelsetjenesten har.

En god alderspsykiatrisk enhet bør kjenne kommunenes behov for spesialiserte tjenester for å beregne størrelsen på enheten. I Norge er det utført få studier som viser sykkelighet i opptaksområdet. Antallet søknader enheten mottar kan være et enkelt uttrykk for behovet. Få steder blir alle som søkes innlagt tatt imot. Noen henvises til poliklinisk vurdering, andre avvises eller søknaden trekkes av ulike grunner. Mange faktorer påvirker andelen som innlegges og vi har ingen gullstandard på dette området.

Hvor mange skal få tjenester av alderspsykiatrien?

I den vestlige verden har den psykiatriske helsetjenesten nådd ca to prosent av befolkningen, som er 20 per 1 000

Tabell 2.

Antall søknader og innleggelser per 1 000 eldre over 67 år i 2009. Innleggelser i prosent av antall søknader

Område	Avdeling	Søknader per 1000 67+	Innleggelser per 1000 67+	Innleggelser prosent av søknader
Søknader om innleggelse eller poliklinikk:				
Rogaland Nord+	Haugesund	20,5	5,4	26,4
Vest-Agder	Eg	14,9	2,8	19,0
Akershus, Asker&B	Blakstad	14,0	5,0	35,5
Telemark	Skien	13,6	2,9	21,6
Sunnmøre	Ålesund	12,4	5,2	42,0
Hedmark	Sannerud	12,2	4,2	34,2
Rogaland Sør	Stavanger	10,9	3,5	32,4
Akershus/Oslo	Ahus	9,8	2,3	24,0
Sør-Trøndelag	St. Olav	8,8	3,4	38,7
Nordland	Kløveråsen	7,0	1,4	19,4
Hordaland	Olaviken	6,4	2,9	45,0
Buskerud	Lier	6,4	2,9	45,6
Østfold	Veum ¹	4,6	1,6	35,1

Søknader om innleggelse:

Diakon/Lovisenberg	Søndre B	20,9	16,8	80,1
Nord-Trøndelag	Namsos	8,6	8,6	100,0
Ullevålsektor Oslo	Vardåsen	8,4	7,1	84,1
Troms/Finnmark	Åsgård	5,6	4,3	76,9
Aker sektor/Akershus	Gaustad	5,3	4,4	83,5
Oppland	Reinsvoll	4,7	3,7	79,6
Sogn og Fjordane	Førde	3,8	3,8	100,0
Møre og Romsdal	Hjelset	3,1	2,3	74,1
Nordland	Rønvik	2,7	2,1	76,6
Vestfold	Granli	1,9	1,5	77,4
Hordaland	Haukeland ²		1,9	

¹ Poliklinikken i Fredrikstad åpnet 01.06.09

² Haukeland har ikke kunnet oppgi antall søknader

Tabell 3.

Søknader til døgnenhet, poliklinikk og dagavdeling i 2009
Antall (antall søknader per 1 000 eldre over 67 år i parentes)

	Døgnenhet	Poliklinikk	Dagavd.	Totalt
Diakonhj. sykehus	463 (21)	370 (17)		833 (38)
Ullevål univ.sykehus	195 (8)	396 (17)	43 (2)	634 (27)
Aker univ.sykehus	109 (5)	203 (10)	35 (2)	347 (17)

innbyggere. Helse Sør-Øst har nå som mål at psykiatrien skal tilby tjenester til 5,5 prosent, det vil si 55 per 1 000 innbyggere. I 2009 henvises kun 10,7 per 1 000 over 67 år, så det er langt igjen til målet. Siden eldre har den største psykiatriske sykkelighet må dette være minstemålet for eldre, særlig fordi det nytter å behandle eldre med psykiske lidelser. Vi må anta at den største del av økningen må skje poliklinisk, men eldre pasienter har et større behov for døgnplasser enn yngre. Myndighetene og helseforetakene må satse ganske kraftig om alderspsykiatrien i første omgang skal nå 20 eldre per 1 000 eldre over 67 år, senere 55. Av tallene for 2009 ser det ut som en tre- til firedel av total søknadsmasse til en enhet trenger innleggelse i sykehus. I så fall vil en

forvente at åtte-ti innlegges i Oslo og seks-syv pasienter per 1 000 eldre over 67 år i resten av landet. Kun få helseforetak klarer dette i dag.

Det innlegges gjennomsnittlig nesten åtte pasienter per seng per år. Det er enheter med få plasser som har flest innlagt per seng per år. Dersom enheten har noen pasienter med kort liggetid, har en stor avdeling som Søndre Borgen vist at liggetiden kan bringes ned mot 35 døgn i gjennomsnitt. Dette betyr at 9-10 pasienter kan innlegges i hver seng per år. I allmennpsykiatrien var gjennomsnittlig liggetid 28 døgn i 2008, noe som tilsvarer ca 13 innleggelser per seng (5).

Hva kommer forskjellene av?

Variasjonsbredden mellom enhetene kan avspeile søknadsmengden til enhetene, pasientenes diagnoser og livsproblemer, enhetens ressurser og funksjon. Noen enheter har få plasser og bruker mesteparten av kapasiteten til å utrede pasienter. De kan starte eller gi råd om behandling, men denne må fortsette i poliklinikk eller i førstelinjehelsetjenesten. Andre enheter utreder og behandler til pasienten bedres og kan utskrives til hjemmet eller overflyttes til videre behandling i omsorgsbolig eller sykehjem. Ofte trengs fire-fem uker før bedringen manifesterer seg. Liggetiden er avhengig av pasientens diagnose. Ved psykose kan liggetiden fort bli to-tre måneder, mens pasienter med alvorlig angst og depresjon kan trenge seks til åtte uker før de er utskrivningsklare. Pasienter med demenssykdom og atferdsproblematikk kan ofte klare seg med fire ukers opphold i en spesialenhet før de utskrives til kommunen. Mange enheter tilbyr ambulant hjelp for å unngå flytting av marginalt fungerende pasienter, siden dette kan øke risikoen for forvirringstilstander og i noen tilfeller føre til forverring av tilstanden. Liggetiden for pleietrengende pasienter er ikke minst avhengig av hvor raskt kommunen kan ta imot utskrivningsklare pasienter. Her er det mye å hente, særlig i byene (6). De fleste enheter gir nå et tilbud til eldre med alle typer psykiske lidelser. Kløveråsen gir hovedsakelig tjenester til personer med demens. Veum, Granli og Hjelset arbeider med å gi et bredere tilbud.

Har alderspsykiatrien tilstrekkelige ressurser til å møte fremtiden?

Myndighetene har organisert psykiatrien slik at de distriktspsykiatriske sentre (DPS) skal ta imot eldre pasienter på lik linje med andre aldersgrupper. Organiseringen har ikke vært realistisk og den fungerer stort sett ikke for eldre. Dette fenomen pluss befolkningsutviklingen har vært kjent for myndighetene lenge, men de har ikke omsatt kunnskap til handling. I Oslo var en av hovedgrunnene til å desentralisere psykiatriske poliklinikker at antallet eldre som søkte Oslo helseråds psykiatriske poliklinikk var skremmende lavt (7). For de eldre har desentraliseringen ikke fungert. Mange DPS'er tar imot svært få eldre, og de henvises gjerne videre. Alderspsykiatriske døgnenheter har derfor måttet opprette egne alderspsykiatriske poliklinikker for å kunne gi eldre et ambulant psykiatrisk tilbud. Historien viser at eldre pasienter med psykiske lidelser har tilgang til for få

Tabell 4.

Antall innleggelser per seng i alderspsykiatriske avdelinger i 2009

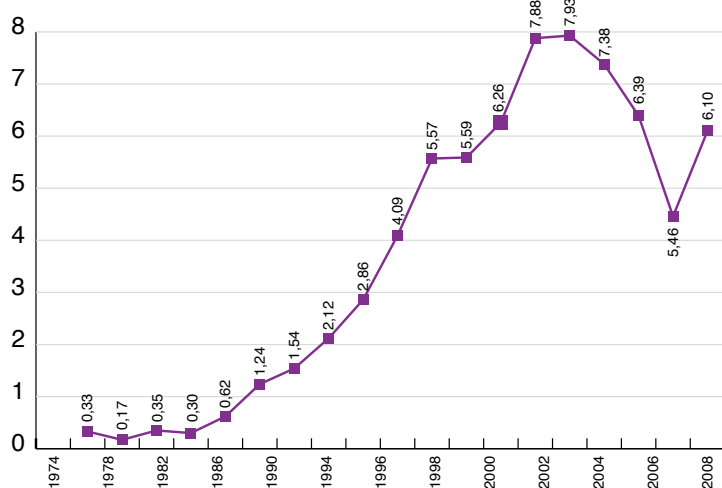
Område	Avdeling	Inntak	Antall senger	Innleggelser per seng
Nord-Trøndelag	Namsos	61	4	15,3
Rogaland Nord	Haugesund	121	8	15,1
Sunnmøre	Ålesund	95	8	11,9
Nordland	Kløveråsen	47	4	11,8
Buskerud	Lier	99	10	9,9
Diakonhjem, Oslo	Søndre B	371	39	9,5
Oppland	Reinsvoll	109	11,6 ¹	9,4
Vest-Agder	Eg	99	11	9,0
Troms/Finnmark	Åsgård	123	14	8,8
Rogaland-sør	Stavanger	115	14	8,2
Vestfold	Granli	48	6	8,0
Hordaland	Haukeland	94	12	7,8
Hordaland	Olaviken	171	22,5 ²	7,6
Sør-Trøndelag	St. Olav	120	18	6,7
Møre og Romsdal	Hjelset	40	6	6,7
Hedmark	Sannerud	130	20	6,5
Akershus, Asker&B	Blakstad	103	16	6,4
Akershus	Ahus	78	12,3 ³	6,3
Ullevål sektor Oslo	Vardåsen	164	27	6,1
Sogn og Fjordane	Førde	60	10	6,0
Østfold	Veum	60	10	6,0
Nordland	Rønvik	72	12	6,0
Telemark	Skien	72	15	4,8
Aker sektor Oslo	Gaustad	91	22	4,1
Sum	alle	2543	332,4	7,7

¹ 13 senger. 10 senger fra 21.07.09

² 24 senger. 20 senger fra 09.08.09

³ 14 senger fra 18.02.09

Nord-Trøndelag med Levangers opptaksområde nedla alle døgnplasser innen utgangen av 2009.



Figur 1 viser antall innleggelser per seng over en periode på 35 år ved Alderspsykiatrisk avdeling, Vardåsen ved Ullevål universitetssykehus. Avdelingen startet med mange urolige pleiepasienter, og de første 15 årene fikk de i tillegg til ved dødsfall kun skrevet ut pasienter i bytte med urolige sykehjemspasienter som trengte innleggelse. Selv om det var 110 døgnplasser, var det kun 15-25 innleggelser i året, noe som ga 0,2 innleggelser per seng per år. Selv om antallet søknader økte til det tidobbelte, og døgnplassene ble redusert til 27, viser figuren at administrative tiltak ga flere innlagte pasienter per seng. Fra 1987 økte antall innleggelser per seng til opp mot åtte de neste 20 årene. Sirkulasjonen økte særlig etter desentralisert ansvar til bydelene i 1988 og betalingsordningen som ble innført i 1993. Bydelene tok imot flere utskrivningsklare pasienter og flere kunne innlegges i avdelingen. I tillegg til flere korte opphold for vedlikeholds-ECT ble alderspsykiatrisk poliklinikk og uteteam etablert, og dagavdelingen ble utvidet. De siste par år fikk flere pasienter ECT poliklinisk, slik at antall korte innleggelser ble redusert. Fortsatt er ventetiden for lang for utskrivningsklare pasienter. Den gjennomsnittlige liggetid er redusert fra 249 til 40 døgn i løpet av de siste 20 år.

ressurser innenfor fagfeltet både når det gjelder døgnet og polikliniske enheter. Hittil har alderspsykiatrien vært et supplement til voksenpsykiatrien, men nå må vi få en styrking av tilbudet til eldre i de fleste helseforetak. Målsettingen må være at politikere, helsemyndigheter og psykiatrien prioriterer alderspsykiatriske sentre og poliklinikker på linje med DPS. Ikke for å ta øyeblikkelig hjelp, men med tilstrekkelige ressurser til å overta pasientene fra akuttenehetene i løpet av få dager. Dersom akuttpsykiatriske enheter nedprioriterer eldre, må en vurdere å opprette akuttenehet for eldre der det er pasientgrunnlag for dette.

Tilgjengeligheten må bedres og ressursene økes!

Registrerte behov og etterspørsel er blant annet avhengig av eksisterende tilbud og tilgjengelighet. Utnednings- og behandlingstilbudet må mange steder styrkes og gjøres bedre kjent. Tilgjengeligheten må bedres og ressursene økes i takt med at antallet eldre stiger. Alderspsykiatrien kan vise seg å bli en god modell for psykiatrien og den delen av det psykiatriske helsetilbudet som må utvides i årene som kommer.

Prinsipielt bør eldre ikke stå lenge på venteliste, men kunne innlegges innen syv dager, fordi den kliniske tilstand fort forverres. De bør videre kunne mottas av bydelen innen en uke etter at de er erklært utskrivningsklare, slik at de får samme service som eldre ved de somatiske sykehusavdelinger. Dermed frigjøres døgnplasser til mottak av nye pasienter, og liggetiden forkortes. Når pårørende erfarer at de får rask hjelp, vil de også ofte ha mot til å prøve å ha pasienten hjemme lenger.

Fagfeltet har anbefalt at alderspsykiatriske avdelinger bør være egne avdelingsoverlegeavsnitt for å få optimal funksjon (8). Da kan avdelingen utvikle kompetanse på

fagfeltet og ikke så lett oppleve at ressurser flyttes fra de eldre til de yngre og mer akutte pasientene.

Den kommende befolkningsutviklingen med økende andel eldre vil vedvare. Myndighetene og helseforetakene har derfor sin besøkelsestid nå, og det er svært viktig at kompetanse og enheter rustes opp til å ta imot de økende utfordringer. For å få dette til bør helseforetakene og myndighetene lage en egen opptrappingsplan for alderspsykiatrien, siden eldre med psykiske lidelser ikke var med i Opptrappingsplanen for psykisk helse 1998–2008 eller i styrkingen av eldreomsorgen generelt.

■ kjell.martin.moksnes@c2i.net

REFERANSER

- Engedal K, Bergem ALM, Holm M, Bragason A, Moksnes KM (1997): Alderspsykiatri – en spesialisert form for psykiatri». Tidsskr Nor Lægeforen, 117:3684-3687.
- Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011-2020. Norsk Psykiatrisk Forening 2010:19.
- Moksnes KM (2010) «Spørreskjema for kunnskap om innleggelser, antall senter, ECT-bruk med mer ved alderspsykiatriske avdelinger i Norge» UPUB.
- Selbæk G (2007): DPS-ene og de eldre pasientene: Grunn til bekymring (eller undring?). Demens & Alderspsykiatri, 11(2):8-9.
- Utviklingsplan for norsk psykiatri 2010-2015. Norsk Psykiatrisk Forening, 2010.
- Moksnes KM, Nordberg E, Lorentzen B (2008): Ventetid for utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen, 128(1):28-31.
- Gabrielsen R (1978): Alderdommens psykiatri i poliklinisk perspektiv. Tidsskr Nor Lægeforen, 98:1633-1637.
- Engedal K, Nordberg E, Moksnes KM, Henriksen HK, Bergem ALM (1997): «Alderspsykiatri – et fagfelt som finner sin plass». Tidsskr Nor Lægeforen, 117:3681-3683.

Kongress i alderspsykiatri i Santiago de Compostela, september 2010

■ Tekst: Øyvind Kirkevold, ph.d. forsker. Foto: Anne Marie Mork Rokstad, stipendiat, begge Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Den spanske byen som er mest kjent for å være endepunktet for pilegrimsvandringen til St. Jakobs grav var i år stedet for International Psychogeriatric Association (IPA)'s internasjonale kongress i alderspsykiatri. Med nærmere 500 postere og innlegg er det vanskelig å gi et kort innblikk i alt som skjer. Det må bli et svært beskjedent utvalg – noe nytt og noe kjent.

Noe nytt...

Professor i nevropsykiatri og alderspsykiatri Frans Verhey fra Nederland la frem resultater fra en arbeidsgruppe som har utviklet en ny skala for vurdering av apati hos personer med demens i sykehjem (APDEM-NH). Apati er et viktig symptom som oppstår ved de fleste psykiatriske lidelser og ved noen nevrologiske sykdommer. Særlig ved depresjon og ved demens er apati hyppig forekommende. Verhey påpekte at siden apati ikke virker særlig forstyrrende på omgivelsene, har det vært en tendens til å se på symptomet som mindre viktig, og til at apati i liten grad er blitt fulgt opp. Likevel understrekes det at symptomet kan ha stor innvirkning på en persons fungeringsevne og være svært belastende for pårørende. I lys av nyere forskning og fornyet klinisk interesse for virkningen av apati og behandlingsmuligheter, har det vært viktig å utvikle klare kriterier for apati. Dette er et av de hyppigst forekommende symptomer ved demens, spesielt ved moderat og alvorlig demens, og fører til problemer med å nå frem med psykososiale tiltak. Verhey refererte til en studie som viser at APDEM-NH er egnet til å avdekke apati, evaluere tiltak mot apati og kartlegge forløpet av syndromet. Til sist ble det vist til

studier der medikamentell behandling av apati er forsøkt. Verhey konkluderte med at selv om noen studier av kolinesterasehemmere (Arisept, Exelon, Remenyl) viser bedring av apatisymptomer, dreier det seg om små ikke-kontrollerte studier. Disse gir ikke grunnlag for konklusjon. Demens&Alderspsykiatri vil komme tilbake til emnet apati senere.

...og noe kjent

En gruppe innlegg på et symposium omhandlet reminisens eller minnearbeid. Et av innleggene ble holdt av professor i klinisk alderspsykologi, Bob Woods fra Storbritannia. Innlegget beskrev utvikling og evaluering av en ny måte å bruke minnearbeid på, som ble kalt en «innovativ tilnærming». Woods påpekte at selv om reminisenssterapi (RT) lenge har vært et populært og utbredt miljøtiltak i demensomsorgen, så indikerer en litteraturgjennomgang fra The Cochrane Institute at det mangler gode studier som dokumenterer effekten av RT. Forskergruppen ønsket derfor å gjennomføre et opplegg som skulle evalueres systematisk. Det nye i denne bruken av RT var at både personer med demens og deres pårørende var med i gruppene. Det ble utviklet en detaljert manual for to-timers ukentlige samlinger over tolv uker¹. Foreløpige resultater viser at personene med demens fikk en signifikant (betydelig) forbedring av autobiografisk minne (å huske episoder fra eget liv). Det var dessuten en reduksjon av depresjon hos de pårørende som deltok. En ny fase i studien er i gang. Fire hundre par, der én i hvert parforhold har demens, er trukket ut til enten å få tilbud som vanlig (kontroller), eller til å delta sammen i RT-grupper (intervensjon). Utviklingen i livskvalitet for personen med demens og pårørendebelastning skal følges for begge gruppene over en ti-måneders periode. Forskjeller mellom kontroller og intervensjon vil bli analysert. Demens&Alderspsykiatri vil komme tilbake til dette når det foreligger flere resultater.

¹ Metoden er beskrevet i en bok av Pam Schweitzer og Errollyn Bruce (2008) *Remembering Yesterday, Caring Today: Reminiscence in Dementia Care. A Guide to Good Practice*. London: Jessica Kingsley. ISBN 13: 978 1 84310 649 4.



Hvordan takler vi tvangsvedtak?

Erfaringer etter innføring av kapittel 4 A i pasientrettighetsloven

«Vi ser at tillitskapende tiltak er helt sentralt i alt pasientarbeid ved sykehjemmet, og terskelen for å benytte tvang blir veldig høy.»

Blidensol sykehjem er et spesialsykehjem for personer med ulike demenssykdommer. Sykehjemmet er privat og har hatt denne pasientgruppen helt siden sykehjemmet åpnet i 1971.

Ved sykehjemmet er det 58 heldøgns plasser fordelt på fem skjermede enheter og en korttids-/vekselgruppe med seks plasser. I 1997 ble det etablert en forsterket skjermet enhet med åtte plasser, og fra 2005 har vi hatt en egen avdeling med åtte plasser for yngre personer med demens. I tillegg har sykehjemmet 16 dagsenterplasser for personer med demens.

Før kapittel 4 A

Før det nye kapittelet i pasientrettighetsloven trådte i kraft 01.01.09 forekom det også tvang, men det var ikke lovhemling for tvangsbruk og derfor ikke noe felles system for hvordan dette skulle dokumenteres.

På Blidensol sykehjem ønsket vi å ha en høy terskel for å benytte tvang. Likevel skjedde det, og da skulle alle tiltak man hadde prøvd være dokumentert, og alle som hadde utført tvang skulle skrive under på det som hadde skjedd og hvorfor tvang måtte benyttes.

Ingen følte seg komfortabel med en slik løsning. Derfor var det godt da loven endelig var et faktum og ga klare retningslinjer for bruk av tvang.

Forberedelser

For Stavanger kommunes del ble det tidlig i 2008 etablert en prosjektgruppe med jurist Ragnhild Øvrebø som leder. I gruppen satt leger, sykepleiere fra sykehjem og hjemmetjeneste, virksomhetsledere og vernepleier fra boliger for personer med psykisk utviklingshemming (PUH). Likedan deltok rådgiver innen kommunens dokumentasjonssystem.

Gruppen utformet en mal for hvordan man skulle dokumentere kravene i kap.4 A i journalsystemet Cosdoc som Stavanger kommune benytter.

Det ble utarbeidet et opplæringsprogram for Stavanger kommunes sykehjem, hjemmetjenester og PUH-boliger. Opplæringen ble kjørt i flere omganger for å nå flest mulig, og alle ledere, mellomledere, sykehjemsleger og fastleger var invitert. Videre ble det gitt opplæring på virksomhetsnivå av noen av oss i prosjektgruppen. Der fikk virksomheten blant annet presentere et eksempel fra praksis som ble gått igjennom etter gjennomgang av lovverk og fokus på tillitskapende tiltak.

Høsten 2009 ble det holdt et oppfølgingsseminar hvor jurister fra Helsetilsynet i Rogaland deltok med undervisning. Det ble viktig å finne en ressursperson på hver virksomhet som kunne ha spesielt ansvar for oppfølgingen av kapittel 4 A.

Sentrale begreper måtte avklares slik at man la det samme i dem. Eksempler: Hva er nødvendig helsehjelp? Hva betyr det å ha samtykkekompetanse? Kan man ha samtykkekompetanse på noen områder, men ikke på andre? Hva er tvang? Hvilke konsekvenser har tvangen vi utøver?

På Blidensol sykehjem ble vi enige om å starte med å se på de mest opplagte tilfellene, der vi så behov for å vurdere bruk av tvang som en del av nødvendig helsehjelp.

Etter innføringen av kapittel 4 A

Totalt har vi sendt inn 13 tvangsvedtak fra sykehjemmet til Helsetilsynet fra 01.01.09 frem til august 2010. Tidsaspektet for tvangsvedtak har vært fra seks uker til ett år. Vi har benyttet følgende typer tvangsvedtak:

- Tilbakeholdelse i institusjon
- Bevegelseshindrende tiltak
- Inngrep i kroppen
- Varslingssystem.

Vi sendte vårt første vedtak om tvang til Helsetilsynet etter å ha sett at det var nødvendig med bevegelseshindrende tiltak hos en pasient som ikke kunne belaste foten etter en operasjon. Vedtaket var på seks uker.

Dette vedtaket fikk vi i retur da vi ikke hadde vært nøye nok med å dokumentere de tillitskapende tiltak vi hadde gjort i forkant. Vi hadde kun skrevet «ja» i kolonnen der det ble spurt om vi hadde prøvd tillitskapende tiltak. Likedan hadde vi, i samarbeid med legen, ikke vært konkrete nok i vurderingen av samtykkekompetanse.

Hva gjelder samtykkekompetansen i forhold til?

Her er det viktig å arbeide i team og få med alle momenter. Vi må tenke på at de som leser tvangsvedtaket i Helsetilsynet ikke kjenner pasienten fra før og trenger svært konkrete opplysninger om hvordan vi vurderer situasjonen og hva som er prøvd ut.

Vi dokumenterte nøye ut fra de ti punktene som er nevnt i kap. 4 A (1) i pasientrettighetsloven, og vedtaket ble godkjent av Helsetilsynet.

Vi har hatt god erfaring med å arbeide nært i team med våre sykehjemsleger i forhold til kap. 4 A. Utfylling av skjema blir gjort i samarbeid og både sykehjemslege og sykepleier skriver under på skjemaet som sendes til Helsetilsynet.

Ifølge lovteksten i kap. 4 A skal pårørende informeres om vedtak som blir gjort. Det er viktig at man i forkant av vedtak samtaler med pårørende om hva de tror pasienten hadde ønsket om han selv kunne valgt. Et eksempel på dette kan være at pårørende vet at pasienten ville likt å ha sengehest på sengen.

Tillitskapende tiltak

Målet med tillitskapende tiltak er å prøve å unngå bruk av tvang.

Vår erfaring på sykehjemmet er at fokus på tillitskapende tiltak er den viktigste jobben for oss. Vet man med seg selv at man har prøvd alt som er mulig før man setter i verk tvangsvedtak?

I følge Kirsti Solheim (2)

«... kommer katastrofereaksjoner når mennesker blir utsatt for noe de ikke mestrer. Det som kjennetegner en katastrofereaksjon hos en pasient kan være: uro, vandring, gråt, økt irritabilitet, aggressive utbrudd, både



verbalt og fysisk. Fordi personer med demens har svekket hjernefunksjon og lav mestringssevne, skal det lite til før de reagerer. Det kan for eksempel være ved: fremmed personale, høye stemmer, for mange mennesker, brå vekking om morgenen eller etter middagsluren, uhell ved vannlatning.» (Mace&Rabins 1981, her fra Solheim 1990) (s. 22.) (2)

En hverdagshistorie

Følgende eksempel viser hvordan vi arbeider med tillitskapende tiltak:

Mann i midten av 70-årene. Har diagnosen vaskulær demens med infarkt i venstre frontallapp. Han har nedsatt hørsel, afasi, er delvis inkontinent og har en kostregulert diabetes.

Fra et morgenstell er det dokumentert:

«Pasienten var svært urolig under morgenstellet i dag. Diaré i tøyet. Fortvilet, sint, utagerende, kløp og sparket. Katastrofereaksjon. Rev av seg alt tøyet etter hvert som vi prøvde å kle på ham. Ble holdt rundt, og vi prøvde å berolige ham. Roet seg noe da han fikk spist frokost.»

Under tillitskapende tiltak er ti punkter skissert i kap. 4 A, og jeg vil her referere hvordan vi tenkte i forhold til den aktuelle pasienten.

1. **Helhetlig tenkning:** Skjønner pasienten hva som skjer når vi skal hjelpe ham med stell? Er de fysiske omgivelser gjenkjennbare? Er det lyder som gjør pasienten utrygg, for eksempel høye stemmer?
2. **Kjennskap til pasienten:** Viktig å arbeide etter primærsykepleiemodellen slik at pasienten har færrest mulig pleiere å forholde seg til. Viktig å finne ut hvilken rytme pasienten er vant til fra tidligere.
3. **Veiledning av helsepersonell:** Viktig at alle i avdelingen har kjennskap til ulike demenssykdommer, hva katastrofereaksjoner er og at slike reaksjoner kan



Blidensol sykehjem er et spesialsykehjem for personer med ulike demenssykdommer.

Erfaringer med kapittel 4 A

Erfaringene ved sykehjemmet:

- Materialet som er laget fra Helsedirektoratet er bra. Det er laget en CD slik at man selv kan teste om man skjønner lovteksten. Det er gode praktiske eksempler og greie brosjyrer å gi til pårørende.
- Vi har hatt en god dialog med Helsetilsynet i Rogaland. De har vært med og undervist, og det har vært lett å få svar når noe har vært uklart og vi har ringt dem.
- Vi har hatt godt samarbeid med bestillerkontor om vedtak, for eksempel tilbakeholdelse i institusjon.
- Pårørende har opplevd det positivt når de har fått god informasjon i forkant av tvangsvedtak, og de har opplevd at vi ønsker å gjøre det som er best for pasienten.
- Opplæringen i regi av Stavanger kommune har vært grundig og god. Likedan det videre opplegget med ressurspersoner på hver virksomhet. De har faste møter på Stokka undervisningssykehjem hvor ulike tema er tatt opp. Ingelin Testad har vært leder for møtene.
- Det er viktig at noen kan dette godt og at en eller to i hver avdeling i tillegg til ressurspersonen kan prosedyren i journalsystemet. Tidsbruken til dokumentasjon går da ofte ned og solid dokumenterte vedtak blir fattet raskere. Det er på dette punkt den største utfordringen har vært.

Vi trodde i forkant at det skulle bli mange flere tvangsvedtak ved et spesialsykehjem for personer med demenssykdom.

Vi ser at tillitskapende tiltak er helt sentralt i alt pasientarbeid ved sykehjemmet, og terskelen for å benytte tvang blir veldig høy. Man sender ikke inn flere vedtak enn de som er nødvendige, men de må sendes.

Vi får mange spennende faglige og etiske diskusjoner ved sykehjemmet.

Respekten for pasienten blir satt i høysetet.

Som avslutning vil jeg sitere Peter Wetterberg (3): «Alle mennesker har en grunnleggende rett til å bestemme over sitt eget liv. Den retten skal kun settes til side dersom man har objektive fakta som tilsier at personen ikke er beslutningskompetent og at personens avgjørelse får alvorlige negative konsekvenser.»

■ knordn@lyse.net

- komme ved frontale utfall. Opplæring må også bli gitt til ekstravakter og ferievikarer.
- 4. Kartlegging av årsaker:** Man må danne seg et helhetlig bilde av pasienten. Fordi han har afasi kan han i liten grad gi uttrykk for hvorfor han blir sint. Har pasienten smerter, er obstipert, har diaré eller en urinveisinfeksjon, utløser det ofte en katastrofereaksjon. Vi så at når pasienten hadde diaré, utløste det ofte aggresjon under stell.
 - 5. Tid:** En god måte å nærme seg denne pasienten på var først å gå inn og slå på lyset på badet med døren på gløtt. Gå bort til sengen og ønske god morgen, bøye seg ned og passe på å få blikkontakt siden han hørte så dårlig. Likedan ble det bedre når han fikk frokost før stell, noe som også var bra for hans diabetes.
 - 6. Informasjon:** Det var viktig at vi snakket tydelig til ham og sa én ting om gangen. Blikkontakt var en forutsetning, da det ellers var vanskelig å opprette kontakt.
 - 7. Kommunikasjonsform:** Siden hørselen var så dårlig hos pasienten ble den non-verbale kommunikasjonen vært viktig. Å smile til pasienten og vise med tegn at vi skulle følge ham til badet. Mange ganger trengte han trøst i form av at vi satte oss ned ved siden av ham på sengekanten før stell.
 - 8. Samarbeid med pårørende:** Her kunne ektefellen fortelle at pasienten likte bedre å bade enn å dusje, og at hun kunne bidra en dag i uken.
 - 9. Litt om gangen:** Vi gjorde stellet så enkelt som mulig for pasienten. Kanskje var det bedre om kvelden enn om morgen? Vi prøvde å unngå katastrofereaksjon.
 - 10. Tilvenning av helsehjelpen:** Vi prøvde oss frem, og som denne beskrivelsen viser klarte man å unngå tvang ved bruk av tillitskapende tiltak. Eksemplet viser hvor lite som skal til for at man må ty til tvang hvis man ikke gjør et godt forarbeid med disse punktene.

REFERANSER

1. IS-10/2008. Lov om pasientrettigheter kapittel 4A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen m.v.
2. Solheim K (1990) Omsorg for aldersdemente i institusjon (s. 22). Oslo: Tano.
3. Wetterberg P (2003) Demente personers autonomi. DIA, Demens i almenpraksis nr. 3.



Foto: Bente Wallander

■ Lars Helge Myrset, leder, Tasta sykehjems diakoniser, Stavanger



Etisk refleksjon forebygger tvang og krenkelser

«Refleksjon er å speile sin egen praksis, se seg selv litt på avstand. Gjennom refleksjon kan vi bli oppmerksomme på det vi ellers ikke ser.»

Alle som arbeider med mennesker har en arbeidsdag som er full av etiske utfordringer. Vi kan være oss mer eller mindre bevisst de etiske spørsmål, dilemmaer og konflikter som hverdagen stiller oss overfor. Det rokker ikke ved det faktum at de finnes. Den danske etikeren Knud E. Løgstrup understreker alvoret og sårbarheten som ligger i møtet mellom mennesker når han sier at «den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender» (1). Det sier seg selv at sårbarheten er enda større i relasjoner der den ene parten har mye makt over den andre. Det står mye på spill for den som er utlevert og avhengig av den profesjonelle hjelpers omsorg, kompetanse og rammebetingelser.

I hverdagens slit og strev kan sikkert mange helsearbeidere kjenne på avmakt, like mye som de kjenner at de har makt. Men som profesjonelle hjelpere forvalter vi makt, ofte mer enn vi er oss bevisst. Makten gir seg ut fra sårbarheten og avhengigheten hos dem vi skal være hjelpere for. Vi har både i konkret og billedlig betydning andres liv i våre hender. Jeg tenker da ikke bare på de store etiske valgene, viktige spørsmål om behandlingsintensitet og om liv og død. Like mye tenker jeg på det vi kan kalle hverdagsetikken. Det handler om innholdet vi

gir til alle de daglige møtene med pasienter og brukere, det handler om respekt for den andre, om kommunikasjon, samhandling og tilstedeværelse, kort sagt om livskvalitet og verdighet. Kan vi gjøre noe slik at livet oppleves litt bedre, kanskje hver dag, utgjør dette en stor forskjell over tid. Hvis en daglig rutineoppgave utføres på en måte som oppleves respektløs, krenkende eller uten empati og verdighet, vil det å endre en slik praksis ha stor betydning for personens livskvalitet.

Makt og avmakt

Risikoen for større og mindre krenkelser vil øke jo mer hjelpetrengende pasienten er, og den er åpenbart til stede når vi snakker om mennesker med demens. Denne gruppen er svært sårbar på grunn av utfordringer i kommunikasjon, svekket samarbeidsevne, mindre grad av gjenkjenning og så videre. Det betyr større ubalanse når det gjelder makt og avmakt og stiller tilsvarende store krav til helsearbeiderens bevissthet om egen rolle i møte med pasienten.

Hvordan kan vi opprettholde en bevissthet om den makt vi har og utøver i møte med pasienten? Hvordan kan vi bli bedre i stand til å ta kloke valg, også i presedens situasjoner? Hvordan kan vi få hjelp til å se det unike i hver person og situasjon, slik at vi ikke styres blindt av rutiner, vaner og prosedyrer? En viktig del av svaret på slike spørsmål kan vi finne gjennom systematisk etisk refleksjon.

Samarbeid om etikk

Med Kommunenes sentralforbund (KS) som pådriver, gjennomfører mange kommuner etikkprosjekter for helse- og omsorgstjenestene. I det landsomfattende prosjektet «Samarbeid om etisk kompetanseheving» er praktisk etikkarbeid og etisk refleksjon den viktigste

arbeidsmetoden. Et eksempel kan illustrere hvordan slik refleksjon kan gi bedre livskvalitet for en pasient og dessuten føre til positive ringvirkninger for andre som er involvert i pasienten. I det følgende er enkelte opplysninger endret for å ivareta anonymitet.

Pasienten er en 93 år gammel mann med langt kommet Alzheimers demens, nedsatt syn, sterkt nedsatt hørsel, desorientert for tid og sted, sterkt redusert korttids hukommelse og periodevis plaget av hallusinasjoner og vrangforestillinger. Sykdommen gjorde det vanskelig for pasienten å forstå hva som skulle skje og hvorfor. Resultatet ble at han mange ganger motsatte seg helsehjelpen. Noen ganger var det nærmest umulig å få til et samarbeid om å kle seg om morgenen. Det var også stadig en utfordring å få ham til å ta medisiner sine. Pleiepersonalet følte at tillitskapende tiltak i forhold til stell, pleie og medisinerer ikke lenger førte fram. De fryktet blant annet pårørendes reaksjoner dersom deres far hadde på seg pyjamas når de kom på besøk. Pårørende hadde det allerede vanskelig med en hjelpeløs far som hadde mistet grepet om tilværelsen.

Institusjonens arbeid med etisk refleksjon og med pasientrettighetslovens kapittel 4 A, gjorde avdelingen rustet til å ta fatt på oppgaven. Personalet stilte seg selv noen grunnleggende spørsmål: Hva er viktigst? Er det viktig at pårørende kommer på besøk til en stelt og pent kledd far, at pleiepersonalet får gjennomført sine daglige rutiner: morgenstell, frokost, dele ut medisiner og så videre, eller er det viktig at pasienten opplever trivsel og medbestemmelse i egen hverdag? Når spørsmålene stilles opp på denne måten, kan svaret virke innlysende, men i det virkelige liv kreves det ærlig og åpen refleksjon over egen praksis for å avdekke hvilke verdier som egentlig styrer våre handlinger.

Hva ble gjort?

I dette tilfellet tok avdelingen først kontakt med legen. Er medisiner livsnødvendige? Er det grunnlag for tvangsvedtak? Kan medisiner endres eller seponeres? Konklusjonen ble at pasienten ikke skal oppleve tvang i forhold til medisiner og at tvangsvedtak derfor ikke er aktuelt. Enkelte dager ble ikke medisiner gitt, uten at noen dermed hadde gjort en «dårlig» jobb. En holdningsendring hos personalet der man blir mindre bundet av rutiner, vil ofte i seg selv kunne skape et bedre grunnlag for samarbeid med pasienten. Mer smidighet overfor rutiner og prosedyrer er noen ganger alt som skal til for å lykkes.

Deretter prioriterte avdelingen å samarbeide tettere med pårørende. De fikk informasjon om sykdommen, pasientens hverdag og avdelingens måte å møte ham på. Personalet fikk høre pårørendes tanker, og ikke minst hva pasienten ville likt om han ikke var syk. Konklusjonen ble at det viktigste var at pasienten skulle oppleve størst mulig grad av medbestemmelse i egen hverdag.

Pleiegruppen brukte mye tid på refleksjoner rundt de ulike utfordringene og egne holdninger omkring stell og

pleie. Hvem bestemmer at frokost alltid må spises om morgenen? At om natten skal man sove i nattøy i egen seng og ikke i skjorte og bukse på sofaen? Er det rom for at rutinene våre kan legges litt bort og at pasientens ønske her og nå blir det som gjelder? Har vi gjort en dårlig jobb med denne pasienten hvis han spiser frokost i nattøy eller sover på sofaen? Holdningene i pleiergruppen til hva som er god pleie for akkurat denne pasienten ble utfordret og endret etter denne prosessen.

I ettertid er de ansatte overbevist om at etisk refleksjon i personalgruppen har vært et viktig bidrag til å gi pasienten en bedre hverdag og livskvalitet. Pleiepersonalet opplever dessuten at de mestrer sine oppgaver bedre, og tilbakemeldingen fra pårørende er positive.

Å speile egen praksis

Refleksjon er å speile sin egen praksis, se seg selv litt på avstand. Gjennom åpenhet, undring og dialog kan en gruppe åpne for ny innsikt, forståelse og handlingsalternativer. Gjennom refleksjon kan vi også bli oppmerksomme på det vi ellers ikke ser. Jeg tenker da på kulturen i en organisasjon, på vaner, handlingsmønstre eller såkalte «skjulte verdier» som styrer oss uten at vi er oss det bevisst (2).

Etisk refleksjon kan være et berikende element i tverrfaglig samarbeid. Etikken har vi felles. Ulike faggrupper bidrar så med observasjoner og erfaring ut fra sin spesifikke kompetanse. Hva vet vi om det aktuelle eksemplet, og hvordan kan vi belyse det ut fra våre forskjellige innfallsvinkler? Det er lettere å se seg selv utenfra når vi får hjelp av øyne som ser fra en litt annen vinkel.

Å arbeide systematisk med refleksjon rundt en pasienthistorie, hjelper oss i et viktig rydde- og sorteringsarbeid. Alle kryssende hensyn til personer, verdier, plikter og handlingsalternativer kan i tilspissede situasjoner fortone seg som et ugjennomtrengelig kaos. I verste fall kan man risikere å handle i desperasjon. Når alle disse momentene blir systematisert, skrevet opp og hengt på veggen, blir det så mye enklere å sortere, finne ut hva som må veie tyngst og gjøre et klokt valg. Slike øvelser er også en hjelp til å beholde roen neste gang vi står oppe i en lignende situasjon. Det reduserer faren for maktmisbruk, tvang og krenkelser.

Refleksjonsmodellen – et nyttig verktøy

Det finnes ulike varianter av den etiske refleksjonsmodellen. I anledning etikkprosjektet har KS gitt ut Etikkhåndboka (3). Den beskriver en slik modell sammen med en rekke andre verktøy og metoder for praktisk etikkarbeid. En lignende modell knyttes til fagmiljøet for medisinsk etikk (4). De ulike modellene har grunnleggende ting felles og tar utgangspunkt i spørsmål av denne typen:

- Hva er det etiske dilemmaet? Her leter vi etter kjernen i den etiske valgsituasjonen, der hvor det tilspisser seg for den som står oppe i problemet.

- Hvem er berørt? Det gjelder å identifisere de mange partene som er involvert og deres interesser.
- Hvilke verdier er relevante? Det handler om lover og regler, etiske prinsipper, om organisasjonens verdier eller om viktige personlige verdier den enkelte ønsker å virkeliggjøre.
- Finnes det skjulte verdier som styrer oss? Vi spør her etter holdninger, vaner, kultur og annet. Dette er ofte noe av det mest interessante å utforske og kan gi aha-opplevelser for den personen eller gruppen som klarer å se seg selv utenfra.
- Hvordan vil vi rangere de ulike verdier, hensyn og argumenter som er kommet fram?
- Hvilke handlingsalternativer kan vi se, og hva er konsekvensen av disse for de ulike involverte partene?

I eksempelet som er beskrevet er alle disse refleksjonstemaene til stede. Personalgruppen fant vei til en bedre praksis gjennom refleksjon over sin egen rolle og samhandling med pasienten og de pårørende, gjennom kritiske blikk på egen praksis og skjulte verdier som fantes i kulturen. Slike prosesser krever både mot, åpenhet og trygghet.

Mål: et bedre liv for pasienten

En bedre livskvalitet for pasienten er selvsagt det viktigste som ble oppnådd i eksemplet som er beskrevet. Etikkarbeid i helse- og omsorgstjenestene må alltid ha som mål å øke kvaliteten i tjenestene. Den gamle mannen som har mistet grepet om tilværelsen og er prisgitt andres omsorg, er definitivt den svake parten i dette bildet. Når den etiske refleksjonsprosessen har ført til at pasienten opplever mer respekt, verdighet og medbestemmelse i hverdagen, har avdelingen oppnådd det aller viktigste.

Vi skal likevel ikke undervurdere betydningen denne prosessen fikk også for de andre berørte partene. De pårørende ble tatt på alvor og involvert som dialogpartnere. Dermed endret de kanskje også posisjon. Fra nærmest å representere en uønsket kontroll utenfra som avdelingen fryktet, ble de oppgradert til samarbeidspartnere. Det er all grunn til å tro at en slik rolle oppleves

mye bedre enn å være passive vitner til sin fars hjelpe-løshet.

Også personalet på avdelingen høstet gode frukter av arbeidet med etisk refleksjon. Det kommer til uttrykk i form av økt opplevelse av mestring, godt samarbeid, bedre livskvalitet for pasienten og positive tilbakemeldinger. Slike ting styrker både faglighet, trivsel og opplevelsen av et meningsfylt arbeid og skaper med andre ord positive ringvirkninger for arbeidsmiljøet.

I omsorgsyrkene bruker personalet i stor grad seg selv og sin egen person som arbeidsredskap. En god yrkesutøver har både teoretisk kunnskap, praktiske ferdigheter og personlig kompetanse. Den personlige kompetanse er en viktig del av den samlede kompetanse i arbeid med mennesker (5). Det handler om hvem helse- og omsorgsarbeideren er og hvordan hun kommuniserer i møte med andre. Vi tilbyr oss selv i møte med andre mennesker, i deres svakhet og sårbarhet. Skal det være tilfeldig, opp til den enkeltes initiativ eller engasjement å reflektere over denne situasjonen? Satsing på etisk refleksjon vil være et viktig bidrag i arbeidet med kvalitet i tjenestene. Prosjektet «Samarbeid om etisk kompetanseheving» har tatt mål av seg til å skape arenaer, metoder og kultur for systematisk etisk refleksjon. Det er det all grunn til å hilse velkommen.

■ lars.helge.myrset@stavanger.kommune.no

LITTERATUR

1. Løgstrup KE (1999) Den etiske fordring. Norsk oversettelse av Bodil Engen. Oslo: J.W. Cappelens Forlag.
2. Aadland, E (1998) Etikk for helse- og sosialarbeidarer. (3.utg). Oslo: Samlaget, 1998.
3. Eide T, Aadland E (2008) Etikkhåndboka. Oslo: Norsk Kommuneforlag.
4. Ruyter KW, Førde R et al. (2007) Medisinsk og helsefaglig etikk. Oslo: Gyldendal akademisk.
5. Skau, GM (2005) Gode fagfolk vokser. (2.utg). Cappelens Akademisk.

OBS:

Aftenposten 14. oktober 2010 meldte at Tasta sykehjem også har hatt andre positive virkninger av etisk bevisstgjøring. Ifølge et innlegg av rådgiver i ledelse og etikk, Jørn Bue Olsen, gikk sykefraværet ved en avdeling på sykehjemmet ned fra 13 til to-tre prosent i 2008.

Kommunenes Sentralforbunds nettside (www.ks.no) opplyser at 113 kommuner hittil har deltatt i prosjektet «Samarbeid om etisk kompetanseheving.» (Red.)

Kognitive problemer vanlig blant parkinsonpasienter

En av fire parkinsonpasienter uten demensdiagnose har mild kognitiv svikt. Det viser en norsk studie ledet av professor i psykiatri, Dag Årsland. Manglende dokumentasjon på området fikk ham til å samle åtte store kohortstudier fra flere land med til sammen over tusen deltakere.

– Det har vært stort sprik mellom tidligere studier på grunn av små materialer og ulike definisjoner, uttaler Årsland til Dagens Medisins nettutgave 7. oktober. Han er ansatt ved Stavanger Universitetssykehus, Åhus og Universitetet i Oslo. Studien skal legges til grunn i den videre forskningen på Parkinsons sykdom.

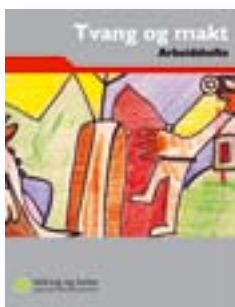
– Det er viktig at funnene bidrar til å fokusere på kognisjon ved Parkinsons sykdom også hos personer uten demens, sier Årsland til nettsiden.

– Den videre forskningen må blant annet undersøke hvilke kliniske og biologiske faktorer som kan si noe om hvem som vil få en utvikling fra mild kognitiv svikt til demens. Dette er avgjørende for det viktige arbeidet med å utvikle medisiner som kan bremse denne utviklingen, sier Dag Årsland videre.



Professor Dag Årsland

Foto: Ragnhild M. Eidem Krüger



Tvang og makt

Et studieopplegg om bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemning. Perm med veileder-, arbeidshefte, opplærings-dvd og aktuelt lovverk **kr. 350,-**



Refleksjonskort

Kjenner alle ansatte ved din avdeling bestemmelsene i Pasientrettighetsloven kapittel 4A? Refleksjonskort til daglig bruk. **kr. 275,-**



Tvang helst ikke...

Et studieopplegg tilpasset Pasientrettighetslovens kapittel 4A. Perm med lære-dvd, studie- og oppgavehefter til seks deltakere. **kr. 750,-**



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

For bestilling og mer informasjon:

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



Gerd Kojedahl

■ Tekst og foto: Jartrud Høstmælingen

Fulltreffes: Demensforening med kurs- og hotellferie

*Hver høst reiser de til fjells og
opplever sosiale aktiviteter,
samtaler og foredrag av fagfolk.
Ferien gir stort utbytte for alle
involverte: de som har demens,
deres pårørende og arrangørene,
Demensforeningen i
Hamarregionen.*

Vi er på en fjellstue på Sjusjøen, et par mil fra Lillehammer. En sammensveiset liten gruppe pårørende til personer med demens lytter interessert til psykologspesialist Per Kristian Haugen fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Det råder en åpen og god stemning i gruppen. Det spørres, diskuteres og erfaringer deles. En kvinne er fortvilet, hun synes ikke hjelpeapparatet har noe å tilby. Samtidig har hun ikke hjerte til å søke mannen inn på sykehjem, for han er fast bestemt på å bo hjemme til han dør. Hun er sliten og vet ikke hva hun skal gjøre. De andre deltakerne lytter, støtter, har forslag til løsninger. Det er omtrent like mange kvinner som menn i gruppen, de fleste er fra rundt 65 år og oppover. Omtrent 20 deltakere er med totalt.

– Jeg håper dette kan bli et landsdekkende tilbud, kommenterer Per Kristian Haugen.

– Jeg ser hvor stort utbytte deltakerne har av å komme vekk fra vante omgivelser, bo på hotell noen dager og få maten servert, slippe alt det praktiske, lære mer om muligheter og rettigheter, knytte kontakter, ha det hyggelig og kjenne at man ikke er alene om å være i en slik situasjon.

Samtidig foregår det aktiviteter for de av deltakerne som har demens. De har egne samtalegrupper, er på tur, har dans-, sang- og musikkstunder, blar i bøker som får tankene på glid. Nå er de i ferd med å gå til den fristende lunsjbuffeten og møte igjen sine nærmeste.

Fast tradisjon

For trettende år på rad arrangeres dette kurset kombinert med hotellferie for personer med demens og deres pårørende. Tilbudet er først og fremst kommet i gang for at pårørende skal få et avbrekk i hverdagen, møte andre i samme situasjon og få mer kunnskap om hvor og hvordan de kan få hjelp. De som står bak er Demensforeningen i Hamarregionen i samarbeid med Sykehuset Innlandet. Gerd Kojedahl leder foreningen som dekker Løten, Stange, Hamar og Ringsaker.

– Programmet er nesten likt hvert år, sier Kojedahl.

– De faste evalueringsskjemaene gir klar tilbakemelding på at deltakerne trives best slik. Vi har funnet en god balanse mellom underholdning, sosialt samvær og informasjon, noe i separate grupper og noe som fellesaktiviteter. Vi har alltid innlegg av minst én kjent og dyktig foredragsholder. Praten går lett, gruppen blir raskt sammensveiset etter at presentasjonsrunden som første post på programmet er unnagjort, forteller hun.

– Denne tradisjonen er noe vi kommer til å satse videre på med full styrke.

Flere frivillige hjelpere er med i tillegg til Kojedahl og ergoterapeutspesialist Grethe Berg fra Sykehuset Innlandet, avdeling Sanderud. Hjelperne kan ta en rusletur med folk som trenger en-til-en samtaler eller tid utenfor gruppen. Ellers bistår de etter behov.

Mens vi prater med Kojedahl kommer Andreas Monsbakken fra Moelv forbi. Han er 83 år og hans jevngamle kone har demens.

– Det beste med dette opplegget er at vi får nyttig informasjon som kan føre til bedre livskvalitet for den syke. Når de får det bedre vil også vi pårørende ha det bedre, sier han.

Helomvending i livet

Kari og Willy Armann-Syversen fra Hamar er med for andre gang. Fordi man aldri blir utlært i dette faget, som Kari sier. Hun spurte Willy om han gledet seg da de var i bilen på vei opp til fjellet. Svaret var et kort og kontant «nei». Nå stråler han, og det er ikke vanskelig å se at han stortrives. Ekteparet på 70 år er godt sammensveiset. De



I godt høstvær ble det rusletur til «Ludden-hytta» på Sjusjøen. Foran sitter Gerd Kojedahl fra Demensforeningen og Grethe Berg fra Sykehuset Innlandet.



Andreas Monsbakken og kona (begge 83) i godt driv under utflukten til «Ludden-hytta».

har vokst opp i samme gård og vanket i samme menighet siden barndommen. Willy har vaskulær demens og strever med språk, hukommelse og praktiske ferdigheter. De fikk livet snudd på hodet da han ble syk etter flere «drypp»¹ for et par år siden. Kari har måttet ta seg av alt som før var hans oppgaver, som å betale regninger, bruk av pc, ta ansvar for det praktiske rundt hus, hytte og bil.

Givende for begge parter

Vi spør hva de får ut av oppholdet. Willy sier at det er godt å være i et fellesskap med andre, og han trives med å komme seg ut og gå turer i fjellet. Kari synes det beste er å møte andre som vet nøyaktig hva dette handler om, fordi de selv er i samme situasjon. Hun synes samtalegruppene for pårørende er givende, hun verdsetter den sterke samhørigheten i gruppen og liker godt at det er med fagfolk om man kan spørre om alt man lurer på.

Willy er utadvendt og sosial. Han er intenst tilstede under intervjuet og vil gjerne svare på spørsmål. Noen ganger kommer små, korte setninger logisk og godt formulert, andre ganger stokker det seg. Han lener seg resignert tilbake når han forstår at han ikke kan nå frem gjennom ordene. Kommunikasjonen ektefellene imellom er preget av tillit og respekt, samtidig som begge kan bli oppgitt over den andres manglende tålmodighet eller samarbeidsvilje.

Willy har vært svært kommunikativ hele livet, og overgangen til den nye tilværelsen er stor. Han har alltid vært en god sanger og har sunget solo i et utall begravelser. Han har spilt gitar, piano og saksofon, vært musikkleder i menigheten i mer enn 30 år, og fortsatt er han med på de månedlige seniorsamlingene hvor han spiller saksofon. Han har vært radiomann i en årrekke gjennom en nærradiokanal, har hatt mange ulike tillitsverv og jobbet i forsikringsbransjen hele livet.

Fortsatt i full aktivitet

Livet er fortsatt sosialt og aktivt for Willy. De tre barna har bosatt seg med sine familier i nærområdet, og han

har hatt oppfølging av logoped, lysbehandling og dagtilbud, alt to ganger ukentlig.

– Jeg har tatt meg av alt det praktiske selv, som å hjelpe ham på badet, med påkledning og under måltidene, forteller Kari.

– Det har ikke vært lett for noen av oss å godta og tilpasse seg det nye rollemønsteret, hvor Willy er blitt fullstendig avhengig av meg. Jeg må stadig passe på, ha oversikt, styre og dirigere og gjøre alt det praktiske han tidligere har fikset. Det har ikke latt seg gjøre å kombinere vårt utadvendte liv med hjemmesykepleiens faste rutiner, og jeg kjenner at det begynner å røyne på nå, forteller Kari.

Ekteparet har hele tiden vært åpne om sykdommen, og har møtt mye støtte og forståelse fra omgivelsene. Nå har Kari nettopp levert søknad om en fast ordning der Willy kan være tre uker på avlastning og seks uker hjemme. Hun er imponert over arbeidet Demensforeningen i Hamarregionen gjør.

– Med en stor porsjon frivillig innsats legger de til rette for meningsfylte og givende aktiviteter som gir oss kraft til å stå i dette tøffe løpet.

Kari har selv nylig takket ja til å være med i styret for foreningen.



Kari og Willy Armann-Syversen har kjent hverandre nesten hele livet. For et par år siden ble rollefordelingen totalt endret, da han fikk diagnosen vaskulær demens.

¹) Drypp: TIA (Transitorisk iskemisk anfall)



En film av Liv Berit Helland Gilberg

Minner

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

kr. 190,- | dvd-film | 2009 | spilletid 50 min.



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

For bestilling og mer informasjon:

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



Trude Helen Westerberg

Tilrettelagte boligtilbud for personer med demens

Sentrale myndigheter har i snart 30 år lagt til rette for etablering av skjermede enheter for personer med demens ved norske sykehjem. I fagmiljøene er det enighet om at dette er et viktig tiltak

En nasjonal kartlegging viser at andelen skjermede plasser de siste 11 årene har økt fra 13 til 23 prosent. Dette er positivt, men andelen pasienter med demens i norske sykehjem har også økt og utgjør i dag omlag 80 prosent. Det er fortsatt et stort sprik mellom antall pasienter med demens i norske sykehjem og andelen spesielt tilrettelagte plasser.

At små boenheter nå blir regelen snarere enn unntaket i videre utbygging er av stor betydning. I denne situasjonen blir det viktig å sette fokus på hvordan innholdet i tilbudet tilrettelegges og personalets kompetanse til å møte utfordringene.

kr. 80,- | 65 sider | 2010 | ISBN 978-82-8061-135-2



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

For bestilling og mer informasjon:

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



Jobbtilfredshet: Er det lederen det kommer an på?

Organisatoriske faktorer, især ledelse, spiller en større rolle for jobbtilfredshet hos sykehjems-personell enn faktorer knyttet til pasientatferd, som uro og agitasjon. Det viser en undersøkelse i Rogaland.

En stor del av pasientene i sykehjem har en demenssykdom (1), og en av hovedårsakene til innleggelse er endret atferd som agitasjon og uro (2, 3). Å bli lagt inn i sykehjem i et helt nytt og ukjent miljø med mange nye relasjoner, samtidig som man selv har svekket mental kapasitet, er en stor påkjenning for personen det gjelder. Det er også en påkjenning for de nærmeste pårørende som opplever sorg og gjerne sinne over situasjonen i seg selv, og som i noen tilfeller har en følelse av å ha sviktet sin kjære når han eller hun ikke lenger kan bo hjemme.

Denne situasjonen fordrer kompetent helsepersonell og en god organisasjon og struktur i sykehjemmet for å ivareta pasient og pårørende på en god måte og bidra til et godt og meningsfylt liv i livets siste fase.

Fremskrivninger viser at det vil bli underskudd på helsepersonell etter som alderen i befolkningen stiger. I Norge vil det være et underskudd på helsepersonell på 40 000 innen 2030 (4). I dag er én av ti personer over 60 år. Innen 2050 vil dette tallet doubles til én av fem personer over 60 år, i følge FN(5).

Å rekruttere og beholde helsepersonell i eldreomsorgen og finne ut hvilke tiltak som kan bidra til dette, er derfor et viktig satsingsområde. I denne studien var målet å undersøke hvilke faktorer som påvirker trivsel og helse hos sykehjemspersonell.

Hvordan gjorde vi det?

Undersøkelsen ble gjennomført i Rogaland og involverte 197 ansatte og 211 pasienter på 13 sykehjemsavdelinger. Svarprosenten var 98 prosent, slik at undersøkelsen involverte nær sagt alt personell og alle pasienter på avdelingene.

For å undersøke trivsel og helse hos de ansatte ble det brukt to skalaer (6, 7) som måler stress, en skala (8) som måler subjektive helseplager og en skala (9) som måler psykososiale faktorer på arbeidsplassen.

Det ene stressmålet (Perceived Stress Scale) måler i hvilken grad en opplever sin livssituasjon som krevende, uforutsigbar og utenfor ens kontroll. Her skal en angi på en skala fra 1-5, hvor 1=sjelden eller aldri og 5=meget ofte eller alltid, for eksempel: «Hvor ofte har du vært frustrert eller sint over ting som er utenfor din kontroll den siste måneden?». Det andre stressmålet (Psychological distress) måler psykologisk stress, og her er brukt 10 spørsmål om hvor plaget en er i forhold til for eksempel: «Søvnproblemer», «Følelse av at alt er et slit». Skalaen går fra 1-4, hvor 1=Ikke plaget og 4=Ganske mye plaget. Subjektive helseplager omfatter en rekke spørsmål i forbindelse med symptomer og helseplager de siste fire uker. Det blir spurt om for eksempel hodepine og smerter i rygg/nakke, og en skal angi om en er 1=ikke plaget eller 4=Alvorlig plaget og om dette har ført til sykefravær. «Psykologiske og sosiale faktorer på jobb» måler i hovedsak hvordan organisasjon og ledelse påvirker arbeid, helse og jobbtilfredshet. Spørsmålene her fordeler seg på 13 undergrupper (se tekstboks side 28). Videre ble det hentet inn informasjon om alder, utdanning, arbeidssituasjon (skiftarbeid, stillingsstørrelse) og sykefravær for de ansatte. Forekomst av agitasjon og uro hos pasientene ble målt (10) og til slutt de ansattes følelse av stress i forbindelse med uro og agitasjon hos pasientene (11).

Hva fant vi?

Pasientene hadde en gjennomsnittsalder på 85 år, 72 prosent var kvinner og 78 prosent hadde en demenssykdom. Av disse viste 75 prosent agitasjon eller uro hver uke, og 65 prosent flere ganger i uken. Repeterende

Tekstboks1

Psykologiske og sosiale faktorer på jobb (QPSNordic)

- 1) Jobbkrav
- 2) Rolleforventninger
- 3) Kontroll i arbeidet
- 4) Forutsigbarhet i arbeidet
- 5) Mestring av arbeidet
- 6) Sosialt samspill
- 7) Lederskap
- 8) Organisasjonsklima
- 9) Interaksjon mellom jobb og privatliv
- 10) Hvor viktig jobben er
- 11) Engasjement i organisasjonen
- 12) Arbeid i gruppe
- 13) Arbeidsmotivasjon.

setninger og spørsmål, klager, banning, vandring og generell rastløshet var de former for agitasjon som forekom hyppigst (10).

Personalet hadde en gjennomsnittsalder på 43 år, i gjennomsnitt 11 års arbeidserfaring og 95 prosent var kvinner. Av disse var 33 prosent utdannet som sykepleiere, 54 prosent som hjelpepleiere, 11 prosent var assistenter og to prosent hadde høyere utdanning.

Resultatene viste at stress, subjektive helseplager og sykefravær generelt sett var ganske likt som i befolkningen ellers og at psykososiale faktorer og ledelse i særdeleshet påvirket personalets opplevelse av stress og helseplager mest.

De tre formene for opplevd stress som flest rapporterte:

- 1) Sinne og frustrasjon over ting utenfor ens kontroll
- 2) Følelse av nervøsitet og stress
- 3) Følelse av å ikke greie alle tingene en skal gjøre.

De tre formene for opplevd psykologisk stress som flest rapporterte:

- 1) Problemer med å sovne om kvelden og ha sammenhengende søvn
- 2) Følelse av anspenhet
- 3) Selvbekreidelser.

De vanligste subjektive helseplagene var ryggplager (67 prosent), hodepine (46 prosent) og nakkesmerter (45 prosent). Når vi undersøkte hvor mye de ulike faktorene knyttet til pasient, organisasjon og psykososialt miljø påvirket stress og subjektive helseplager hos personalet, fant vi at psykososiale faktorer ga den største forklaringen. De viktigste forklaringsvariablene var ledelse, følelse av å mestre jobben og kontroll over sin arbeidssituasjon. Agitasjon hos pasienten forklarte lite av stresset og de subjektive helseplagene som de ansatte opplevde.

Hva så?

Undersøkelsen viste altså at det var først og fremst ledelse, og ikke pasientfaktorer som agitasjon og uro, som hadde den største påvirkningen på personalets opplevelse av stress og helseplager. Dette er en motsetning til den vanlige antagelsen om at det er krevende og urolige pasienter som påvirker personalets trivsel og helse mest. Ledelse omhandlet støttende, rettferdige og styrkende/opbyggende faktorer. Disse blir sett på som viktige i et godt psykososialt miljø (9).

I tillegg til ledelse var kontroll og mestring i arbeidet viktige faktorer. Mestring i arbeidet innebærer at det er en sammenheng mellom å mestre kravet i arbeidet og den tilbakemelding en får på utført arbeid. Kontroll i arbeidet refererer seg til den ansattes selvstendighet og mulighet til å delta i beslutninger. I Karaseks (13) teori om krav og kontroll beskrives høye krav i kombinasjon med liten kontroll i arbeidet som en viktig faktor for negativ påvirkning av helsen. Både mestring og kontroll i arbeidet henger nøye sammen med støttende og rettferdig ledelse. Dette styrker funnet om at ledelse er en svært viktig faktor for trivsel og helse hos de ansatte.

Er det altså lederen det kommer an på?

Avdelingsledere i norske sykehjem har vanligvis ansvar for drift og fag. Drift omfatter blant annet turnus, rekruttering, budsjett. Fag omfatter i hovedsak pasientbehandling og kompetanseutvikling for personalet. De er såkalte mellomledere som står i et krysspress med krav «ovenfra» om å overholde budsjetter og etterleve standarder for pasientbehandling, og med krav «nedenfra» om å ivareta og se den enkelte medarbeiders behov for veiledning, tilbakemelding og kompetanseutvikling. I helsevesenet, som alle andre steder, må det foretas prioriteringer. Disse prioriteringene er først og fremst lederne ansvarlige for, men også den enkelte medarbeider er ansvarlig for å lede seg selv og prioritere i hvert enkelt møte med hver enkelt pasient.

Dette er en krevende utfordring, især når vi skal behandle og hjelpe sårbare mennesker. Og det stiller store krav til ledelse på alle nivåer. Videre kreves kompetanse og kunnskap og tid og rom for refleksjon. Studier (14-15) har vist at undervisning og veiledning gir gode resultater i form av mindre bruk av tvang og mindre uro og er et kostnadseffektivt tiltak. Obligatorisk veiledning for alle ansatte i sykehjem vil være et enkelt og effektivt tiltak for en leder å innføre i arbeidet med å skape en bedre hverdag for pasienter og personell.

Det kom frem i undersøkelsen at sykefravær og helseplager er ganske likt hos helsepersonell i sykehjem som i befolkningen ellers. Dette er forskjellig fra internasjonale studier (16), hvor en ofte finner at sykefraværet hos helsepersonell er langt høyere enn i befolkningen ellers. Hva dette skyldes er et interessant spørsmål som kunne vært nærmere utdypet i en større studie. Er det fordi vi har et generelt høyt sykefravær i Norge? Eller at vi har generelt bedre vilkår i Norge enn i andre land? Vi vet for eksempel at vi i Norge har en langt høyere pleiefaktor og flere ansatte med utdanning enn i Østerrike og England (17).

God ledelse avgjørende

En rekke faktorer spiller viktige roller i demensbehandling i sykehjem: kompetanseutvikling, implementering av ny kunnskap i praksis, forebygging av sykefravær og rekruttering av kompetent helsepersonell. Denne undersøkelsen viser at det er ledelsen det kommer an på. Pasientenes atferd var av liten betydning, noe som indikerer at stress og helseplager hos personalet kan reduseres gjennom organisatoriske og strukturelle

endringer i arbeidssituasjonen. Dersom funnene bekreftes i en større studie, gir det et potensial til forbedring som på sikt vil kunne bidra til bedre helse og trivsel hos ansatte, bedre rekrutteringen og være et viktig bidrag til å møte kravene i forhold til en aldrende befolkning.

■ itestad@gmail.com

REFERANSER

1. Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K (2007) The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. Sep;22(9):843-9.
2. Nygaard HA, Albrektsen G (1992) Risk factors for admission to a nursing home. A study of elderly people receiving home nursing. *Scand J Prim Health Care*. Jun;10(2):128-33.
3. Yaffe K, Fox P, Newcomer R, Sands L, Lindquist K, Dane K, et al. (2002) Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *Jama*. Apr 24;287(16):2090-7.
4. Texmon I, Stølen, NM (2005) Arbeidsmarkedet for helse og sosialpersonale fram mot år 2025. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2005. Statistisk Sentralbyrå. Rapport 2005/38.
5. United N. Programme on Ageing (2009) <http://www.un.org/ageing/popageing.html>
6. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R (1983) A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. Dec;24(4):385-96.
7. Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M (2003) Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nord J Psychiatry* ;57(2):113-8.
8. Ursin H, Endresen IM, Ursin G (1988) Psychological factors and self-reports of muscle pain. *Eur J Appl Physiol Occup Physiol* 57(3):282-90.
9. Dallner M, AL E, F G, Hottinen V, Knardahl S, Lindstrom K, et al. (2000) Validation of the general nordic questionnaire (QPSNordic) for psychological and social factors at work. Nordic Council of Ministers. Nord2000(12).
10. Testad I, Aasland AM, Aarsland D (2007) Prevalence and correlates of disruptive behavior in patients in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 22(9):916-21.
11. Testad I, Mikkelsen A, Ballard C, Aarsland D (2009) Health and well-being in care staff and their relations to organizational and psychosocial factors, care staff and resident factors in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 25(8):789-97.
12. Karasek RA (1979) Job demands, job decision latitude and mental health: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 24:285-308.
13. Huizing AR, Hamers JP, Gulpers MJ, Berger MP (2009) Preventing the use of physical restraints on residents newly admitted to psycho-geriatric nursing home wards: a cluster-randomized trial. *Int J Nurs Stud*. 46(4):459-69.
14. Testad I, Aasland AM, Aarsland D (2005) The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 20(6):587-90.
15. Testad I, Ballard C, Aarsland D (2010) The effect of staff training on agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia: a single-blind randomised controlled trial. *J Clin Psychiatry*;71(1) 80-6.
16. Redfern S, Hannan S, Norman I, Martin F (2002) Work satisfaction, stress, quality of care and morale of older people in a nursing home. *Health Soc Care Community* 10(6):512-7.
17. Testad I, Auer S, Mittelman M, Ballard C, Fossey J, Donabauer Y, Aarsland D (2010) Nursing home structure and association with agitation and use of psychotropic drugs in nursing home residents in three countries: Norway, Austria and England. *Int J Geriatr Psychiatry* 25(7):725-31. PMID: 19823985

Demensinfo.no

Helsedirektoratets erfaringsportal om demens

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

Nettstedets mål er å informere og inspirere til etablering av gode tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens.

www.demensinfo.no

Vi manglet en «bruksanvisning»!

En familiehistorie med frontotemporal demens

Historien beskriver hvordan frontotemporal demens rammer en hel familie, utfordrer helsevesenets kunnskaper og holdninger og viser oss påkjenninger, skjørhet og styrke i menneskelige relasjoner. Etter familiens ønske er alle navn endret.

«Den sterke og staute faren vår døde 76 år gammel – ikke av alder, men av sykdom. Han fikk en snikende og vanskelig demensform som brøt ham sakte ned, både mentalt og fysisk, og som han døde av til slutt.»

Slik begynte datteren «Ydun» minnetalen til faren i hans begravelse i november 2009. Ole Kristian var en utpreget rolig og stødig gårdbruker og ektemann. Han drev gård med korn og poteter ved Mjøsa sammen med kone og tre barn. Idrett var hans store hobby, ivrig med ski og fotball i oppveksten og aktiv i fotballmiljøet som trener og dommer til etter fylte 50 år.

– Far var en sterk og flott mann med glimt i øyet og lun humor. En rolig person som observerte verden og menneskene omkring seg og kunne filosofere om det på sin sindige måte.

Så, snikende og umerkelig, endret den trauste og aktive mannen seg. Han ble fortore irritert over småting, ble mindre sosial, og den lune humoren ble mer og mer sjelden. Hva var det som foregikk?

Det begynte tidlig

Da Ydun fikk barn for 21 år siden var moren overstrømmende i sin glede over å bli bestemor.

– Far satte også pris på å bli bestefar, men han syntes snart det ble vel mye begeistring og oppstyr fra hennes side. Etter hvert merket jeg en endring hos mor. Hun kunne ikke uten forbehold si ja til å ha barnebarna på besøk, hun måtte alltid snakke med far først. Jeg opplevde at mor ble veldig opptatt av å ta hensyn til ham på en måte som jeg etter hvert fant underlig.

Ydun opplevde at faren lett ble irritabel når hun var hjemme hos foreldrene med småguttene. Som tiden gikk ville han stadig sjeldnere være med på skoleavslutninger og lignende. Sårende for en ung mor og leit for en stolt bestemor.

– Jeg tenkte: Er du virkelig ikke mer interessert i barnebarna dine?

– Etter hvert virket det som far syntes at forandringer av planer eller det å delta i selskap ble mye vanskeligere enn før. Det ble ugreit for mor også, for det påvirket det sosiale livet for dem begge. En episode hun har nevnt var da hennes søster fylte 50 år og mor og far var invitert. Rett før de skulle dra, nektet han plutselig å bli med uten en forståelig grunn. Hun måtte dra alene og var helt knust. Hun skjønnte ikke hvorfor han oppførte seg slik. Da var han 60 år.

Fem år senere, da Ydun giftet seg i 1998, laget hun og ektemannen en vakker og romantisk ramme omkring bryllupsfesten. Da hun spurte faren om det ikke hadde vært en fin fest, var svaret kontant: «Jeg bryr meg visst ikke om andre enn meg selv.»

– Det var en sterk melding å få. I ettertid ser jeg at det var en realistisk oppfatning han ga uttrykk for. Hans verden var snevret inn til bare å gjelde ham selv, og dette så han på en underlig klar måte. I ettertid er det lett å se at han allerede da var i ferd med å bli en annen mann enn han hadde vært tidligere. Det skulle gå enda mange år før vi i familien skulle erkjenne og forstå dette.

Uforutsigbare samvær

Gjennom årene ble familiesamværene stadig mer utforutsigbare og vanskelige å håndtere. Yduns mor var opptatt av at det skulle være hyggelig hjemme når barn og barnebarn kom på besøk, og gikk på tå hev for at ikke Ole Kristian skulle bli irritert. Han kunne skjønne fordi hun snakket for mye eller bød på kaffepåfyll to ganger.



Ole Kristian som 31-åring med de to døtrene på fire og tre år. «Her er faren min med glimt i øyet,» sier datteren «Ydun».

Den gamle humoren var borte, nå var det mest pigger og sinne tilbake. Etter hvert gikk det over til raseriutbrudd.

– Som datter opplevde jeg det veldig utrivelig. Jeg begynte å grue meg for å dra på besøk til mor og far, det ble en følelse av utrygghet og manglende forutsigbarhet knyttet til

besøkene. Mor forsøkte fortvilet å holde fasaden. Hun ønsket å være lojal mot mannen sin, men gjennom væremåten viste hun meg at noe var alvorlig galt.

– Til slutt ble alt styrt av hva han ville til enhver tid. Hele familien ble sterkt preget av situasjonen. Våre forsøk på å snakke med ham endte bare i nye raseriutbrudd. Vi barna ble sinte og irriterte på ham – vi ville at han skulle ta seg sammen og oppføre seg som folk!

Leger som ikke skjønte

Ydun begynte å stille seg spørsmål om hva som var i ferd med å skje med faren. Han følte også selv at noe var i veien med ham og gikk til lege.

– Far kom på kant med den ene legen etter den andre. De skjønte jo ingenting, sa han. Det gjorde de antakelig ikke heller.

Høsten 2004 tok Ydun saken i egne hender. Hun ringte den som da var farens lege og ba om å få fortelle om situasjonen hjemme, og om moren som ikke fikk seg til å si ting som kunne oppfattes som illojalt mot ekte mannen.

– Jeg ba ham ta far inn til en utredning for å se om det gikk an å hjelpe ham.

Resultatet ble henvisning til en sykehusavdeling for alderspsykiatri med begrunnelse «sannsynlig depresjon». Ole Kristian godtok under tvil å legge seg inn til utredning, og etter noen uker ble han utskrevet med behandling mot depresjon.

Alderspsykiatrisk avdeling:

«Vi forsto heller ikke!»

Tone¹, ergoterapeuten på alderspsykiatrisk avdeling, har lenge interessert seg for personer med frontotemporal demens (FTD). Hun var med i teamet som tok i mot Ole Kristian.

– Da Ole Kristian kom hit første gang i januar 2005 forholdt vi oss til fastlegens henvisning om utredning av en depresjon. Noen av oss lurte på om det kunne være noe annet eller mer enn depresjon, sier hun som etter hvert ble en viktig støttespiller for familien.

En hofteoperasjon høsten 2005 gjorde Ole Kristians tilstand vesentlig verre.

– Far fortalte selv den gangen at han hadde problemer med å konsentrere seg og føre en samtale med andre. Han hadde sluttet å lese og orket heller ikke å løse kryssord, noe han hadde hatt stor glede av tidligere. Han følte at han var tåkete i hodet og tankene, hadde uro i

brystet og følte seg svært ustø og svimmel. Selv registrerte jeg at alle bevegelser var mye langsommere enn før, forteller Ydun.

I mai 2006 ble han innlagt på nytt. Ergoterapeuten forteller videre:

– Da var familiens beskrivelse av stress og atferdsproblematikk så tydelig at vi tenkte på frontotemporal demens. Noe som vanskeliggjorde konklusjonen var at SPECT-bildene ikke viste gode nok tegn på dette. Overlegen var tilbakeholden med å stille en endelig diagnose, da man skal være varsom med alvorlige diagnoser. Ole Kristian ble utskrevet med diagnosen «organisk personlighetsforstyrrelse». Jeg husker at Ydun opplevde diagnosen frustrerende. Hun var blitt kjent med mistanken om frontotemporal demens og funnet aktuell informasjon på internett. Hun syntes den virket beskrivende for farens tilstand.

Informasjon fra pårørende er avgjørende

Personer med FTD klarer seg ofte bra i vanlige demens-tester. Beskrivelser av endret atferd og svikt i utførelse av praktiske oppgaver som MMS og Klokketest kan gi legene viktig informasjon. Pårørendes beskrivelser er av uvurderlig verdi og kan spare tid i utredningen, fremhever Tone.

– I en sånn sammenheng er det helt avgjørende at nærmeste pårørende er ærlige om det som skjer hjemme, selv om det kan oppleves vanskelig å «utlevere» ektefelle eller forelder. Det er en viktig jobb for oss i helsevesenet å bygge en tillit som gjør det mulig for pårørende å åpne seg. Ettersom atferden til Ole Kristian var krevende og diagnosen uklar, opprettholdt vi kontakten med familien. Et tiltak var å tilby lav terskel for å ta kontakt. Yduns mor fikk mitt mobilnummer og kunne ringe ved behov.

Langsamt skjer det noe

Behovet for hjelp ble etter hvert svært tydelig. Ole Kristian hadde psoriasis og aksepterte etter hvert at det kom en hjemmehjelp og smurte utslettet. På den måten ble kontakten med hjemmetjenesten etablert. Men det var ikke alltid like lett å gi ham hjelp.

– Han merket fort om noen var usikre. Da ble han sint. Forutsigbarhet var avgjørende, folk måtte komme på det tidspunktet som var avtalt og gjøre ting på samme måte, sier Tone.

¹) De faglige beskrivelsene i intervjuet bygger på Tones fagkunnskap om og erfaring med FTD gjennom mange år. Les også fagartikkelen side 34.

Situasjonen forverret seg stadig. Verst var det hjemme, noe Ydun og søsknene opplevde svært vanskelig.

– *Han ble svært kontrollerende og irritabel i forhold til mor. Den siste tiden før diagnosen ble stilt var en stor påkjenning for henne, og jeg orket nesten ikke å dra hjem dit på grunn av den vanskelige situasjonen. Etter at far døde ble jeg oppmerksom på boka «The banana lady»² og leste der at kontrollerende atferd er et trekk som ofte dukker opp fordi den syke føler at han mister oversikten over det som foregår rundt seg. Boka åpnet for en helt ny innsikt i fars sykdom og vår families fortvilelse og maktesløshet og er en vesentlig årsak til at jeg er blitt motivert til å fortelle vår historie.*

Hvordan kan vi hjelpe?

Høsten 2006 og vinteren 2007 hadde fagfolkene samtaler med kona og barna, mens overlegen hadde samtale alene med Ole Kristian. Målet var å få Ole Kristian til å godta at det var nødvendig å motta mer hjelp.

Ole Kristian aksepterte et korttidsopphold på et sykehjem slik at kona kunne få behandling for sine revmatiske plager.

– *For en utslitt familie som skulle hatt avlastning for lenge siden, virket nok dette usigelig tregt. Vi var likevel nødt til å ivareta ham også, og for ham var det et dramatisk skritt at han skulle ut av den gården han hadde bodd på hele sitt liv, sier Tone.*

Etter oppholdet fortsatte samtalen om hvilke tiltak som kunne være riktige. Han fikk støttekontakt som ble kalt «turvenn» for at tiltaket lettere skulle bli akseptert. Litt etter litt fikk de til faste avlastningsopphold fordi Ole Kristian selv opplevde at formen var dårlig. Til slutt tok han selv initiativ når tidspunktet for et nytt opphold nærmet seg.

Bindeleddet

Våren 2007 ønsket overlegen ny SPECT-undersøkelse av Ole Kristian. Denne undersøkelsen ga grunnlag for den endelige diagnosen som han fikk sommeren 2007.

Tone har hele tiden vært en fagperson som både familien og kommunen som hadde omsorgsansvaret, kunne kontakte. Hun fordypet seg i temaet frontotemporal demens da hun tok videreutdanning i eldreomsorg. Betydningen av kommunikasjon med personer med demens, deres pårørende og hjelpere beskrives i boka «Dementia Care»³ på en måte som hun fremhever som veiledende for sitt arbeide.

– *Jeg har inntatt det som beskrives som en agnostisk posisjon, som betyr at en ikke vet, men må hente informasjon fra de involverte for å unngå forhastede slutninger, før tiltak igangsettes. Jeg snakket alltid med Ole Kristian før jeg veiledet personalet eller hadde møter med andre fagfolk. I tillegg hadde jeg kontakt med hans kone og barn. Jeg pratet med Ole Kristian om sinnet hans. Han var selv bekymret fordi han ble så sint på sin kone. Jeg spurte ham en gang om når han hadde det*

best. «Ingen krav og få inntrykk,» var svaret. Til sammen ble denne informasjon til hjelp for Ole Kristian i prosessen med å akseptere opphold på sykehjem.

Språk som endres

– hukommelse som kan være i orden

Språkforståelsen svekkes ganske tidlig hos personer med frontotemporal demens. Ord blir gjerne forstått helt konkret, så det er vanskelig å spøke eller bruke ord i en overført betydning, er Tones erfaring.

I noen tilfeller kan hukommelsen være i orden helt til det siste, i motsetning til hos personer med annen form for demens. Ole Kristian beholdt god hukommelse både når det gjaldt fortid og nåtid, noe som virket forvirrende på mange. Men manglende tålmodighet og vansker med å uttrykke seg ble en stor plage for ham og vanskelig for dem omkring.

– *Hvis vi sa ting to ganger i en samtale, ble han sint. «Du maser og maser,» var meldingen da. Det var et stort problem for ham at han ikke forsto eller kunne bruke språket som før. Det å være sammen over tid reduserte stress og økte mulighet for samtale. Korte, konkrete setninger som krever ja/nei-svar fungerte relativt godt for å lete fram svar. Etter hvert ble også dette vanskeligere for Ole Kristian, og taleevnen ble til slutt helt borte, forteller Tone.*

Er det pasienten eller systemet som er vanskelig?

Ole Kristian flyttet på sykehjemmet høsten 2007.

Oppholdet der ble opplevd som svært vanskelig både av ham selv og familien. Ydun forteller:

– *Han passet ikke inn og ble flyttet fra avdeling til avdeling. De ville at han skulle være annerledes enn han var og gjøre ting annerledes enn han gjorde. Det var ikke lett for pleierne heller, for han ble sint med en gang de gjorde noe som var feil i hans øyne. Det skulle vært en «bruksanvisning» på far, tenker jeg. Både i forhold til personalet og folk som ville besøke ham. En lapp på døren der det kunne ha stått noe sånt som: «Ole Kristian er glad for at du kommer selv om det ikke ser slik ut. Bruk enkle og korte ja/nei-spørsmål. Ikke bli lei deg når han ber deg gå – han husker at du har vært her og det du har sagt».*

Tone ga veiledning til sykehjemspersonalet, hadde undervisning der sammen med lege fra alderspsykiatrien og møte med sykehjemsleder og omsorgsleder i kommunen angående personalets behov for økte ressurser. Nye faser krever andre tiltak, men kanskje bare i en overgangsfase. Det kan være nødvendig å investere ekstra for å etablere gode løsninger.

– *Den store utfordringen oppstår når personens egen verden skal møte «systemets» verden. Personer med frontotemporal demens utfordrer oss. Vi må være våkne i det vi gjør, både etisk og faglig. I en avdelingskultur er det ingen selvfølge at de av personalet som har best kontakt med en pasient, får ro til å jobbe med den pasienten for å forebygge uro eller «redde vakta», som en pleier sa. Ydun forteller at det etterhvert var pleiere som klarte å skape god og trygg kontakt med Ole Kristian, noe familien setter svært stor pris på.*

² Kertesz A (2006) The banana lady and other stories of curious behavior and speech. Oxford: Trafford Publishing.

³ Adams T, Clarke CL (1999) Dementia Care Developing Partnerships in Practice. Bailliere Tindall.



Ole Kristian i 2005, 72 år gammel. Han har vært til utredning med «mulig depresjon» som resultat. «Vi visste ikke den gangen at han hadde begynnende demens. Bildet forteller tydelig om hans begynnende isolasjon,» sier Ydun.

Lytt – med alle sanser!

Hva trengs i hjelpeapparatet for å gi verdighet til personer med denne diagnosen?

– En må tenke forebygging av uheldig atferd ved å være i forkant i det en sier og gjør, sier Tone.

– Planlegge stell og måltider. Overføre ro, trygghet og forutsigbarhet. Være tålmodig. Ole Kristian svarte ofte «nei», men det var den umiddelbare reaksjonen. «Det betyr ikke alltid nei», sa han en gang. Det kunne bety at vi måtte justere på noe eller vente litt.

– Når noe er «rart» med en du er glad i, men du ikke aner hva det er eller hvordan du best skal beskrive det, er det helt avgjørende at leger og helsepersonell er imøtekommende og villige til å lytte, tilføyer Ydun.

– I litteraturen jeg har lest om frontotemporal demens, står det at pårørende vil trenge profesjonell hjelp. Vi erfarte at den hjelpen ikke var lett å finne, det var lang ventetid og kunnskapen om lidelsen var svært liten også hos helsepersonell. I og med at det tok så lang tid før han fikk diagnosen, kunne vi heller ikke vise til den når vi søkte hjelp for egen frustrasjon og fortvilelse.

Passivitet – ikke lov i helsevesenet

Ole Kristian kunne virke apatisk og passiv og ville helst ligge mest mulig. Det var vanskelig for ergoterapeuten Tone å se på.

– Jeg er opptatt av aktivitet, men måtte innse at fordi Ole Kristian var svimmel hele tiden var det kanskje best å være mye i ro. Opplevelse av velvære ville kanskje være mer veien å gå.

– Han ville gjerne ha massasje, men det kunne han ikke få på sykehjemmet, noe hverken han eller familien skjønnte, sier Ydun.

– Det var så få ting han ønsket seg eller hadde glede av. Massasje er en passiv behandlingsform, og på sykehjemmet mente de at han måtte gjøre øvelser selv.

De mente også at han skulle spise selv, men mange dager hadde han problemer med dette. Da ble det kald middagsmat, noe familien synes var uverdig.

– Ole Kristian hadde hatt bruk for «starthjelp» for å komme i gang med spisingen disse dagene. Evnen til å organisere seg og utføre handlinger er noe av det som svikter i en slik sykdomsutvikling, sier Tone.

– Vi må kompensere der det svikter, noe som gjerne varierer avhengig av situasjon og dagsform. Det er en stor utfordring i en travel sykehjemshverdag fordi det

krever tid og ro til å kunne være til stede og registrere hva som er nødvendig her og nå.

På sykehjemmet ble også støttekontakten borte – tilbudet var beregnet for

hjemmeboende. Redningen ble en solid, pensjonert hjelpepleier fra alderspsykiatrisk avdeling som ble besøksvenn, betalt av Ole Kristians kone. Han kjente Ole Kristian og kunne blant annet ta ham med ut på korte turer.

Den siste turen hjem

Ole Kristian bodde to år fast på sykehjem før han døde, men var hjemme på besøk noen timer annenhver helg. Det var mulig på grunn av en frivillig og gratis transportordning i kommunen, og fordi den nye besøksvennen kunne følge ham. Dette var et av de store lyspunktene for Ole Kristian. Turene hjem holdt han rede på og så fram til. Hans siste besøk fant sted dagen før han døde og var en sterk opplevelse for familien.

– Han var svak, men ønsket så veldig å komme hjem enda en gang. Han satt i rullestol, uten mulighet til å snakke eller spise, men han nikket allikevel da han ble spurt om han hadde det bra, der han satt ved ovnen med mor og oss barna ved siden av seg. For Ole Kristian var klar på sin egen, noe begrensede måte, helt til det siste.

Talen til far

Ydun og resten av familien har opplevd store påkjenninger gjennom Ole Kristians sykdom. Det er heller ikke lett å fortelle denne historien, men hun er opptatt av at andre skal få muligheten til å dele det de har erfart. I farens begravelse valgte Ydun å fortelle om farens sykdom.

– Jeg ville bidra til at familie og venner skulle kunne forstå bedre det far måtte gjennomgå og som preget hele vår familie gjennom mange år. På den måten ønsket jeg å gjøre det enklere for alle å bevare minnet om Ole Kristian som en staut mann og et verdig menneske. Jeg ville også bidra til at det skulle bli lettere for mor i tida etter begravelsen. Mor forteller at mange har vært glade for innholdet i talen. Jeg håpet å være med å redusere den reaksjonsfasen jeg ante måtte komme etter en slik traumatisk periode – for som min filosofiske far alltid sa: «En hver aksjon har en motsatt og like stor reaksjon»!



Frontotemporal demens: Handler det bare om atferd?

Når noen mister hjerneceller i et stort nok omfang frontalt, ser man utfall innen disse områdene. Ofte er det mest fremtredende symptomet endring i personlighet eller væremåte.

«Firebarnsfaren trivdes ikke på jobben som regnskapsfører, det siste året hadde vært tungt. Det første kollegaene merket var en mangel på fakturering av oppdrag fra kunder, og at han ikke overholdt fellesmøtene. Det var imidlertid vanskelig å konfrontere mannen. Han tok sjelden noe på alvor lenger og bagatelliserte sine forsømmelser på jobben. I hjemmet var det vanskelig for kona og sønnene. Når han kom hjem var han uinteressert i hva familien holdt på med, glemte fotballkamper der sønnene spilte, overså skoleavslutninger og satt helst foran fjernsynet i kjelleren og ville være alene. Sosial kontakt med venner og familie så han ikke hensikten med lenger. Han hadde heller ingen motivasjon til å hjelpe med å klippe plenen, skifte dekk, lage måltider i helgene og utføre småreparasjoner i huset – ting han bestandig hadde gjort. Før hadde han også hjulpet sønnene med leksene, men de siste par årene brydde han seg ikke med å ta seg tid til dette.

Nå satt mannen, som tidligere var årlig deltager i Birkebeinerrennet, og stappet i seg usunn mat, spesielt søtsaker. Han trente aldri mer. Vekten hadde gått opp flere kilo på kort tid. Han hadde nærmest vært avholdsmann, men hadde nå drukket seg overstadig beruset midt på dagen og oppført seg krenkende mot sine sønner og deres venner når de ble med hjem fra skolen. Yngstemann på ni år tok alle endringene hos faren

hardest. Ingen nådde gjennom til faren når de sa at oppførselen hans var endret og til tider svært ukritisk og belastende for dem. Dessuten var han altfor likegyldig til å forstå at han trengte å oppsøke lege.»

Hva er frontotemporal demens?

Frontotemporal demens innebærer, som navnet tilsier, en degenerativ prosess frontalt (panelappen) og temporalt (tinninglappen). En degenerativ utvikling er en sykkelig forandring som betyr at nevroner får sviktende funksjon eller tapes. Sykdommen er progredierende, og etter hvert vil et mønster av frontale symptomer framtre. Symptomdebuten er snikende, med en gradvis utvikling av symptomer. Picks sykdom har sitt opphav fra tsjekiske Arnold Pick, en psykiatriprofessor som i 1892 i Praha fant en opphopning av tau¹ i nerveceller (Pick legemer) hos pasienter med frontale utfall. I 1911 oppdaget imidlertid Alois Alzheimer en viktig forskjell mellom disse pasientene sammenlignet med dem som hadde Alzheimers demens, nemlig fraværet av senile plakker bestående av beta-amyloid. Slike plakker er et kjennetegn ved Alzheimers demens (AD). Dette skiller sådan histopatologisk² de to demensformene.

Andrew Kertesz, en ungarskfødt professor fra USA, mener at det tidligere brukte navnet Picks sykdom nå er bedre representert med sekkebegrepet frontotemporal degenerasjon eller frontotemporal demens (FTD) (1). I dag er Picks sykdom regnet som en av undergruppene til FTD. Det finnes flere andre typer av FTD, som blant annet frontal eller atferdsvariant av FTD (fv-FTD) og temporal eller språkvariant av FTD (tv-FTD), samt også progressiv ikke-flytende afasi³ semantisk demens⁴ og mer sammensatte nevrologiske varianter som kortiko-

1) Tau: Et protein viktig i nervesignaloverføring, men er samtidig en demensmarkør i spinalvæsken.

2) Histopatologi: Mikroskopisk undersøkelse av hjernevev utført post mortem.

3) Ikke-flytende afasi: Oppstykket og grammatikalsk ukorrekt tale, men bevart forståelse av ord.

4) Semantisk demens: Pasienter snakker grammatisk korrekt, men har vansker med å forstå ord og setninger.

basal degenerasjon⁵ og progressiv supranukleær parese⁶. Man kan også dele inn undergruppene i FTD gjennom å være knyttet til endringer av tauproteinet (tau positiv) eller være relatert til andre proteiner (tau negativ).

Hvem får frontotemporal demens?

Sykdommen angriper vesentlig mennesker i alderen 45-65 år og regnes som den vanligste formen for demens hos yngre etter Alzheimers demens. Harvey et al (2003) utførte en stor forekomststudie og beregnet ut fra sine resultater at FTD vil være den hyppigste formen for demens hos personer i alderen mellom 45 og 50 år (2). Ut fra Harveys beregninger vil det i Norge være omtrent 1200 personer i alderen 30-64 år som har en demensdiagnose, derav rundt 200 personer med diagnosen FTD. Det reelle antallet personer med FTD er nok betraktelig høyere. Noen pasienter med diagnosen vil ha vært syke i flere år og er eldre enn 65 år, mens mange yngre enda ikke vil ha mottatt diagnosen til tross for flere års sykdom. Vår studie fra Norge viser at personer med FTD ikke mottar korrekt diagnose før det har gått inntil fem år i gjennomsnitt, og at hele 71 prosent mottar en førstegangsdiagnose som ikke er demensrelatert (3). De hyppigste feildiagnosene består av atypisk depresjon, utbrenthet, alkoholmisbruk, «midtlivskrise», uspesifisert nevrologisk sykdom eller uspesifisert psykiatrisk lidelse. Den hyppige feildiagnostisering av FTD ses i sammenheng med at pasientene ikke debuterer med de mer klassiske symptomene på demens, som hukommelsessvikt og redusert orienteringsevne.

De vanligste symptomene

Frontallappene har «hovedansvaret» for å styre viktige funksjoner i hjernen som språkevne, drifter, evne til overordnet planlegging kalt eksekutiv funksjon⁷ på fagspråket, impulsivitet, sosial tilpasning, innsikt og vurderingsevne. Det er derimot en forenkling å hevde at enkelte områder fremme i hjernen alene kontrollerer disse forskjellige egenskapene, siden alle områder i hjernen kommuniserer med hverandre. Men når noen mister hjerneceller i et stort nok omfang frontalt ser man utfall innen disse områdene. Ofte er det mest fremtredende symptomet endring i personlighet eller væremåte, noe som kan innebære krenkende atferd med støtende kommentarer eller upassende seksuell oppførsel. Pasientens atferd kan være preget av uhensiktsmessige handlinger eller tvangsgjennomføring av irrasjonelle ritualer og inntak av økt mengde mat og drikke, spesielt

søtsaker og alkohol, eller økt bruk av tobakk. Atferden kan variere fra person til person. Noen kan i begynnelsen av sykdomsforløpet være passive og tilbaketruke, mens andre blir aktive og impulspregede. Andre igjen får vansker med å uttrykke seg eller utvikler en stereotypisk talemåte der de repeterer enkelte ord uten at det gir noen sammenheng eller mening. Apati forekommer hyppig siden hjernens følelsessenter sitter i pannelappen, og sentret blir lammet ved tap av nerveceller i dette området. Derfor mister ofte FTD-pasienter interesse for omgivelsene og andre personer, som dermed opplever mangel på følelser.

Hvordan utrede kognitive symptomer ved FTD?

Nevropsykologisk evaluering hos yngre personer mistenkt for å ha en begynnende demens, er sammen- satt, og resultatene må tolkes med solid faglig tyngde og erfaring. Det viktigste innenfor differensialdiagnostikk av FTD hos yngre personer er å utelukke Alzheimers

demens eller andre sykdommer som lar seg behandle, som normaltrykk hydrocephalus⁸ hjernesvulst og ikke minst hjerneslag.

Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE) er en kortfattet kognitiv screeningtest som er lett å utføre og som har vist seg å skille effektivt mellom FTD og AD, særlig i et tidlig stadium. Skåringen er fra 0-100. Den omfatter testing av seks forskjellige kognitive domener og inneholder blant annet det velkjente skjemaet Mini Mental Status Examination (MMSE). MMSE blir alene et for grovt verktøy å diagnostisere yngre personer med demens, men en har funnet at pasienter med AD og med semantisk demens var mer svekket innenfor verbal hukommelse enn pasientgruppen med FTD ved tolkning av MMSE resultatet (4). Et annet velkjent og hyppig brukt screeningverktøy er klokketesten. Selv om den delvis undersøker både visuospatiell evne⁹ og eksekutiv funksjon ved en tidlig fase av sykdommen, skåret FTD-pasienter bedre enn AD-pasienter (5). I den kvalitative analysen hadde FTD-pasienter mindre vansker enn AD-pasienter med planlegging og visuospatielle evne som vises gjennom klokketegningen. Dette illustrerer at slike tester alene blir for lite spesifikke, og man er avhengig av et større nevropsykologisk testbatteri.

Ved å undersøke de kombinerte språkferdighetene til pasienter ved å be dem ramse opp så mange ord de klarer på en bestemt bokstav (for eksempel «b») eller en bestemt kategori (for eksempel grønnsaker eller dyr), fant man i en studie med histopatologisk verifisering at pasienter med FTD skåret vesentlig lavere på bokstav- og kategoriutførelsen enn AD-pasienter (6).

Det er vanskelig for en lege å spå hvordan en person med FTD vil endre seg med tiden, men å sette korrekt diagnose tidligst mulig er avgjørende for å kunne legge til rette de best mulige forholdene for både pasient og

«Noen kan være passive og tilbaketruke, mens andre blir aktive og impulspregede.»

5) Kortikobasal degenerasjon: Sjelden nevrologisk sykdom, rammer hjernebarken og basalgangliene. Symptomene minner om Parkinsons sykdom.

6) Progressiv supranukleær parese: Sjelden sykdom i hjernen, innebærer svekket balanse, personlighetsendringer og visuelle forstyrrelser. Senere i forløpet forekommer språkvansker, ukritisk atferd og vansker med å planlegge.

7) Eksekutiv funksjon: Organisert og sammensatt planlegging.

8) Normaltrykk hydrocephalus: Opphopning av spinalvæske i hulrommene (ventriklene) i hjernen.

9) Visuospatiell evne: Evne til å tolke og forstå visuelle forhold i sammenheng.

pårørende. En studie fant at FTD-pasienter har en årlig reduksjon i skår på MMSE på 6,7 sammenlignet med 2,3 poengreduksjon hos AD-pasienter (7). Andre har ikke kunnet bekrefte at utviklingen går raskere hos FTD-pasienter og i stedet funnet at de mister i gjennomsnitt 0,9 poeng på MMSE mens AD-pasienter mister 2,0 poeng årlig (8).

Sammensatte nevropsykologiske utfall

En studie vurderte et bredt utvalg av tester og konkluderte med at pasienter med den frontale varianten av FTD har bedre episodisk hukommelse, oppmerksomhetsevne og visuospatial kapasitet enn AD-pasienter (9). Noe overraskende fantes det ingen klare forskjeller mellom disse demenstypene ved måling av eksekutiv funksjon, intellektuell evne eller språk. Dette tyder på at redusert eksekutiv evne og språk er relatert til degenerative forandringer temporalt, mens de som er rammet mer frontalt, i større grad kan være spart for slik svikt. Denne teorien er blitt bekreftet av andre, der AD-pasienter med lik grad av demens som fv-FTD-pasienter¹⁰, skårer svakere på både hukommelsestester og eksekutive tester (10).

Disse nevropsykologiske forskjellene gjør at det er vanskelig å stille korrekt diagnose på et tidlig stadium. Ved diagnostikkutredning hos FTD-pasienter er man nødt til også å inkludere atferdsendringer. En studie som undersøkte initiale symptomer, fant at apati og stereotypisk oppførsel var de mest vanlige hos FTD pasienter, mens vansker med å forstå betydningen av ord var det mest vanlige hos dem med semantisk demens, og hukommelsesvansker var det hyppigste symptom først registrert hos AD pasienter (11).

Hvordan bedømme atferd ved FTD?

Thompson et al (2005) påpeker at man ikke bør tolke testresultater uten å ta hensyn til at frontale utfall som perseverering¹¹, konfabulasjon¹² og dårlig evne til å organisere kan forstyrre evnen til å utføre testene. Derfor bør man alltid foreta en ledsagende undersøkelse av atferdssymptomer (12).

Kertez et al. (2003) observerte at bruk av Frontal Behavioural Inventory (FBI), en skala som består av 24 spørsmål til pårørende, (oversatt til norsk av Wotton, Brenne og Skjerve) kunne skille opptil 98 prosent av pasienter med FTD fra pasienter med AD (13). Dette understreker nytten av å bruke komparentopplysninger ved demensdiagnostikk, særlig hos yngre personer med demens. Det er verdt å merke seg at en annen studie fant at pasienter med progressiv ikke-flytende afasi¹³ og semantisk demens skåret relativt normal på FBI-skjemaet (14).

En nylig publisert svensk studie fra Lund med 52 histopatologisk verifiserte FTD-pasienter, brukte et klinisk spørreskjema utviklet på slutten av 1970-tallet.

De fant at en skår på 6 eller mer av totalt 13, resulterte i en sensitivitet på 93 prosent og en spesifisitet på 92 prosent når det gjaldt å diagnostisere FTD-pasienter korrekt. Det ble spurt om langsom utvikling, tidlig tap av innsikt og ukritisk atferd, irritabilitet/dysfori, konfabulering, redusert og stereotypisk talemåte og etteraping av ord. I denne studien var gjennomsnittsalder for sykdomsdebut 54,7 år og 63,8 år for død (15).

En større oversiktsartikkel omhandlet 94 forskjellige studier som totalt inkluderte 2 936 pasienter med AD og 1 748 pasienter med FTD. Forfatterne oppsummerte at selv om signifikante forskjeller i kognitive ferdigheter mellom disse typene av demens fantes, var det en betydelig overlapping i resultatene, spesielt i tidlig sykdomsfase (16). Dermed må kognitive tester tolkes varsomt og vurderes i sammenheng med kliniske opplysninger om pasienten, spesielt atferd, og ikke minst med bildediagnostikk.

Bilediagnostikk og demensmarkører hører alltid med

Høysignalforandringer på Magnetisk Resonans (MR) bilder av hodet er vanlig og dermed uspesifikke i diagnostikken hos yngre pasienter med FTD (17). Områder av hjernen på MR som skiller mellom FTD og andre former for demens hos yngre varierer innenfor forskningsresultater (18). FTD pasienter har ofte lett atrofi¹³ i hippocampus og uttalt atrofi frontalt og temporalt i en tidlig fase. Hos AD-pasienter ser man oftest en moderat atrofi både i hippocampus og temporalt med relativt sparsomme forandringer frontalt. Atrofien temporalt er mer asymmetrisk i FTD med en overvekt på venstre side, sammenlignet med AD-pasienter (19).

Flere anbefaler å vurdere nevropsykiatriske symptomer og forandringer gjennom både vanlig MR og funksjonell MR bilder av hjernen over noe tid når man skal stille en klinisk FTD-diagnose. Samtidig er det alltid indisert hos yngre å utføre enten en SPECT- eller PET-skan som måler blodgjennomstrømning i hjernen (20). Redusert blodgjennomstrømning i hele den frontale regionen anses som et vanlig tegn for å skille FTD fra AD på SPECT (21).

De vanligste spinalvæskemarkører er total tau, fosforylert tau¹⁴, og Abeta⁴²¹⁵. Prøve av spinalvæsken hører alltid med i diagnostikken hos yngre personer med demens. Vanligvis er konsentrasjonen av tau i spinalvæsken høyere hos FTD-pasienter enn hos friske kontroller. FTD-pasienter skal som regel ha lavere nivå av tau og høyere Abeta⁴²-nivå sammenlignet med AD-pasienter (21).

Pårørende til personer med FTD

Det å være pårørende til en person under 65 år med demens, betyr høyere nivå av stress hos familiemedlemmer enn det vi ser hos pårørende til eldre personer med demens (23). Yngre pårørende har andre behov for

10) Fv-FTD: Frontalvariant av FTD, pasienter mest preget av atferdsendringer, mindre språkvansker.

11) Perseverering: gjentagelse av ord eller uttrykk uten at det gir mening.

12) Konfabulasjon: oppdiktnng.

13) Atrofi: svinn av hjernevev.

14) Fosforylert tau: tau danner en kjemisk forbindelse med fosfat, skadelig for hjernen ved hyperfosforylering.

15) Abeta 42: proteinprodukt dannet av en feilspleising; skadelig når det danner plakk i hjernen.

avlastning. Dette kan være i form av egnet dagsenter, støttekontakter, korttidsplass på sykehjem og etter hvert heldøgnsomsorg på institusjon. Ansatte innenfor disse ulike tilbudene må ha god kunnskap om demens hos yngre og det må finnes tilrettelagte aktiviteter (24).

Det er bred enighet blant pårørende til yngre personer med demens om at noe av det mest belastende med å prøve å ivareta pasientens beste, er å stå alene med hele ansvaret. Det blir en fulltidsjobb ettersom sykdommen progredierer, og pårørende er ofte nødt til å redusere sin egen arbeidsstilling. Det betyr lavere fellesinntekt og en vanskelig økonomisk situasjon. Pårørende til en ung person med FTD trenger særlig tilrettelegging og et eget støtteprogram siden tilværelsen i noen grad vil være annerledes enn for pårørende til AD pasienter (25). Atferdsendringene hos FTD-pasienter er viktigste årsak til den alvorlige belastningen pårørende opplever, ikke de kognitive endringene (26).

I vår norske studie fant vi at flere FTD-pasienter var innlagt på enten korttids- eller langtidsplass sammenlignet med yngre AD-pasienter (27). Dette kommer trolig av at atferdsendringer forårsaker større byrde og gjør pårørende mer utslitte. De trenger oftere avlastning. Det er vanskeligere å hjelpe pasienter med FTD grunnet deres svekkede innsikt og at de dermed er mindre mottagelig for nødvendig hjelp i hjemmet. En medvirkende årsak til tidligere og mer hyppig bruk av innleggelse på sykehjem av FTD-pasienter, er assosiert til økt belastning hos pårørende siden det går en lengre tid før en mottar riktig diagnose. Vi fant at pårørende ikke blir tilstrekkelig informert om hvordan de bør takle den vanskelige atferden, og blir dermed fortere utslitt, spesielt i tiden før man vet hva endringer i pasientens væremåte skyldes. Dette understreker igjen viktigheten av en tidligst mulig korrekt FTD-diagnose. Sammenlignet med pårørende til AD-pasienter var pårørende til FTD-pasienter mindre fornøyd med den støtte og veiledning som ble tilbudt fra spesialisthelsetjenesten og med informasjonen de mottok om sykdommen og det videre forløp. Dette har sammenheng med at FTD er en kompleks sykdom som forekommer sjeldnere enn Alzheimers demens.

Helsepersonell vet mindre om hvordan man bør behandle pasienter med FTD og har færre gode råd å tilby. I dagens Norge er det dessverre altfor få både korttids og langtids sykehjemsplasser som er tilrettelagt for denne pasientgruppen. God tilrettelegging innebærer blant annet aktive tilbud, der daglig mosjon er viktig, faste rutiner for daglige gjøremål og søvnmønster, håndtering og forebygging av vanskelig atferd, motvirkning av passive holdninger og apati samt gjentagende uhensiktsmessig handlinger, hjelp ved språkvansker, kontroll av inntak av mat og drikke og spesielt nikotin, og tilpasning av mengden av visuelle stimuli. Flere studier har også vist at antidepressiva, spesielt selektive serotonin opptakshemmere (SSRI) har en stabiliserende virkning på atferden til pasienter med FTD, og kan være et aktuelt medikamentelt tilbud for enkelte pasienter (28).

«Noe av det mest belastende er å stå alene med hele ansvaret.»

Barna trenger oppfølging!

Vi vet dessverre altfor lite om behovene for støtte hos barn som har en mor eller far med FTD. En gjennomgang av litteraturen på området har ikke gitt mange svar på dette. Barn som har foreldre med FTD opplever ofte samværskonflikter, og det er viktig at spesielt de yngste barna får et tilbud om oppfølging, da en slik sykdom hos foresatte vil kunne påvirke egen trivsel og forhold til venner og skole.

Barn til foreldre med FTD har behov for tilrettelagt informasjon, og det er fordelaktig at dette tilbys på deres premisser. Dette kan dreie seg om chattelinjer, informasjon gjennom internett med gode nettsteder eller samlinger der de møter andre barn og kan utveksle tanker og egne erfaringer. Barn har ofte spørsmål angående arvelighet og om de vil arve samme sykdom som mor eller far. Det finnes ingen mulighet i Norge for å kunne teste seg for denne sykdommen, og selv om det eksisterer en arvelig komponent ved FTD, er de fleste av tilfellene sporadiske uten familær opphopning av sykdommen i slekten til dem som blir rammet.

■ tor.rosness@aldringoghelse.no

Referanser - se side 43.

LESERUNDERSØKELSE:

Hjelp oss å bli bedre!

Sammen med dette nummeret av Demens&Alderspsykiatri (D&A) får du et spørreskjema. Det ber vi deg fylle ut og sende oss i vedlagte frankerte konvolutt innen 7. januar 2011.

Demens&Alderspsykiatri (tidligere DEMENS) er det eneste tidsskriftet i sitt slag i Norden og har eksistert siden 1997. I årenes løp har det vokst både i sidetall og emneområde. Vår lille redaksjon har forsøkt å skape et tidsskrift som gir leselyst, og tidsskriftet har endret utseende og utforming flere ganger. Nå vil vi gjerne vite hva du som leser mener om D&A. Det kan hjelpe oss til å lage et enda bedre tidsskrift, der vi fortsatt skal bidra til å øke lesernes kunnskap om demens og alderspsykiatri.

Hvis du oppgir e-postadresse eller navn og postadresse, deltar du i trekning av bokpakke som takk for hjelpen. (Red.)

Virksomhetsleder Elsa Kommedal fra Mørkved sykehjem i Bodø fikk mange positive tilbakemeldinger etter sitt inspirerende innlegg om lederrollen

■ Tekst og foto: Jartrud Høstmælingen



Nytt kurs i miljøbehandling

For første gang ble det i høst holdt et åpent todagers kurs i miljøbehandling og kommunikasjon, arrangert av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Kurset ble lagt til Oslo, og 39 deltakere fra hele landet fikk inspirerende dager, skal vi dømme etter stemningen og kommentarene i salen. På programmet sto frivillighetsarbeid, bruk av sansehage året rundt, personsentrert omsorg, bruk av erindringsarbeid, sansestimulering og håndmassasje, danseglede på stol, kommunikasjon gjennom sang og lederens nøkkelrolle i utvikling av gode miljøtiltak i sykehjem.

D&A hadde gleden av å overvære et gnistrende innlegg om lederrollen ved virksomhetsleder Elsa Kommedal fra Mørkved sykehjem i Bodø. Livsmotto: «Skap en verden som folk vil tilhøre.»

Vær engasjert!

«Lar du deg ikke berøre og engasjere av menneskene du er ansatt for å arbeide med, bør du finne deg en annen arbeidsplass», sier Kommedal. Mørkved sykehjem, med sine 30 beboere som har demens, skal være en arena for livsglede. Dette oppnås blant annet ved at det ikke finnes noe vaktrom: «Vi er ikke på jobb for å høre om hverandres skilsmisser.» Det meste skjer gjennom prosjektarbeid, det siste er om demens og seksualitet: «To av beboerne har innledet et forhold, og mens BH-er

og truser flagrer går vi inn i kvaliteten på faget vi utøver og tar for oss hvordan vi skal forholde oss til dette.» Og Kommedahl har mer på hjertet:

«Mennesket er ikke skapt for å sitte passivt i en stol og se inn i en hvit vegg. Personligheten forsvinner ikke selv om demenssykdommen utvikler seg, mennesket trenger uansett kjærlighet». Hun understreker hvor viktig det er å hente frem ressursene i den som har demens, slik at personen kan ses som et helt menneske, ikke bare som pasient med en diagnose.

Kommedal har mest sans for at det arbeides nedenfra og oppover i systemet, for personalet vokser når de får komme med ideer og tanker. Hun opplever at sang og musikk i stellet er særdeles effektivt. På Mørkved er det slik at om teksten er glemt, er det bare å kikke på kanten av vasken – der ligger det små kort med sangtekster. Hunden Dollie har egen vaktliste og gjør underverker hos dem med mye uro.

Individuelt tilpasset

Hva om beboere ikke har personlighetstypen til eller ikke vil delta på ulike aktiviteter?

– Vi er veldig bevisst på det. Gjennom et nært samarbeid med pårørende henter vi ut mest mulig informasjon om hvem vedkommende er og hva hun liker. Den første samtalen om dette varer én til halvannen time. Det er viktig for oss at det gjøres individuelle tilpasninger.

Det er en økende andel ansatte med minoritetsbakgrunn i eldreomsorgen. Er det en utfordring når man ønsker å inkludere de gamle kulturskattene i miljøarbeidet, som de norske folkesangene?

– Det handler om fleksibilitet, at de ansatte kan ha ulike roller etter hva som er deres ressurser. Om man ikke kan synge på badet, kan man holde rundt personen. Slik blir nærheten og tilstedeværelsen ivaretatt, den som kan skape stjernestunder for både ansatt og pasient.



og kommunikasjon

Er blitt inspirert!



Kristi Stedje, musikkterapeut i Sandefjord kommune, ambulerer mellom de fleste av institusjonene for personer med demens, blant andre bofellesskap og sykehjem. Hvorfor meldte hun seg på kurset?

– Jeg er ansatt i en ny stilling ved et helt nytt sykehjem i

kommunen, Kamfjordhjemmet, og jeg meldte meg på for å få inspirasjon og påfyll til det åpnes våren 2011.

Hva har du fått ut av kurset?

– Jeg er blitt inspirert, det har vært mange spennende og ulike innfallsvinkler til miljøbehandlingsfeltet. Jeg har fått utvidet horisonten utover musikkterapiens områder. Minnearbeid var spesielt interessant.

Hvordan vil du bruke kunnskapen på arbeidsplassen?

– Jeg har lyst å presentere noen av ideene om ledelse for mine nye ledere. Det er en gylden mulighet til å se på slike ting når man starter opp med noe nytt.

Hva har gitt deg mest?

– Innlegget om ledelse var spesielt godt. Jeg lærte mest om det jeg kan minst om fra før, samtidig var det gøy å høre om det man kan en del om fra før, som sittedans og kommunikasjon gjennom sang. Jeg håper mange av mine kollegaer får muligheten til å gå på et slikt kurs.



Anne Rasmussen er sykepleier og avdelingsleder i en skjermet enhet på Skibotn omsorgssenter, Storfjord kommune i Nord-Troms. Hun har jobbet mange år i demensfeltet, men mener det er nødvendig med faglig påfyll. Anne har hatt stort utbytte av kurset, forteller hun til D&A.

– Jeg har fått en del gode bekreftelser på at det vi gjør ved vår avdeling er riktig, vi er på rett spor. Jeg har fått nye tips og ideer til konkrete tiltak, som for eksempel sittedans. Jeg ble også inspirert av innleggene om sansehage og frivillighetsarbeid, det siste fordi vår kommune nettopp har startet frivillighetssentral. Dessuten var det fint med de praktiske øvelsene, å teste ut tingene på egen kropp, slik som bolken med håndmassasje var lagt opp.

Hvordan vil du bruke kunnskapen på arbeidsplassen?

– Vi kommer til å begynne med håndmassasje. Det er generelt viktig å sette inn miljøtiltak før vi eventuelt går over på medisiner.

Hva har gitt deg mest?

– Helhetsinntrykket er positivt. Gode forelesere med lang erfaring som visste hva de snakket om, alle temaene som ble tatt opp var viktige, kjempebra at det var vinklet så praksisnært, vi fikk en rekke konkrete tips og ideer som vi kan ta med oss rett ut i praksis.



Debatten ble startet av Allan Øvereng i D&A nr 2, og ført videre av Kurt Larsen i nr. 3.

■ Allan Øvereng, alderspsykiatrisk poliklinikk, Stavanger Universitetssykehus



Rammer og innhold i omsorgsbolig og sykehjem – svar til Kurt Larsen

Kurt Larsen synes å oppfatte mitt innlegg som en kritikk av personalet og omsorgen som gis i omsorgsboliger. Det var slett ikke intensjonen. Tvert i mot kjenner jeg godt til flere omsorgsboliger og er dypt imponert over det arbeidet som gjøres der. Mitt anliggende er at de arbeider under dårligere forutsetninger enn de ville gjort hvis boligen hadde vært definert som sykehjem. Etter mitt syn gir dette svakere rammer på noen områder som tilsynslegeordning, samarbeidsstrukturer, i forhold til pasientrettigheter i kapittel 4 A, fleksibilitet når det gjelder differensierte tilbud, og vi kunne tatt med krav til arkitektonisk utforming.

Jeg mener ikke at personalet i omsorgsboliger ikke er opptatt av miljøarbeid og personsentrert omsorg, men jeg deler heller ikke Kurt Larsens skepsis til skjermede enheter sykehjem i så måte. Mitt innlegg dreier seg ikke om hva som er god heldøgns omsorg for personer med demens. Jeg kjenner godt til både sykehjems- og omsorgsboligvirkeligheten, og vet at kvaliteten på omsorgen kan variere. Da trenger vi nyanserte diskusjoner om årsaken til dette.

Når det gjelder elendighetsbeskrivelser, er mitt anliggende å nyansere. Etter min oppfatning får personalet i demensomsorgen unødvendig store utfordringer når systemet er hardt presset med pasienter, brukere og beboere som flyttes fra sted til sted, hvor inntakskriterier og formål med enheter stadig må brytes for å løse krisesituasjoner, når beboersammensetninger blir for sprikende, og ikke minst når de vanskeligste situasjonene med aggresjon og uro ikke håndteres på en god måte. Det er dette som skaper et system som ikke virker og hvor personalets ambisjoner om god demensomsorg blir vanskelig å gjennomføre.

Ikke alle enheter har gode nok ambisjoner og ledere selv om rammer og forutsetninger er tilstede. Man driver gammeldags institusjonsoppgaveorientert. Men hvis rammene er gode ligger dette problemet i hoder, hjerter og lederskap ikke i om enheten er omsorgsbolig eller sykehjem.

Å jobbe i demensomsorgen kan være ytterst tilfredsstillende og lærerikt gitt at rammene er gode. Vi har en fantastisk demensomsorg. Allikevel ser vi stadig elendighetsbeskrivelser. Etter min mening er de altfor ofte unyansert rettet mot dem som arbeider i omsorgen og ikke mot de forutsetningene de arbeider under.

Avslutningsvis en personsentrert betraktning: Hvis noen gir meg tilbud om å sitte på legens venteværelse som aktivitetstilbud når jeg blir beboer i enhet for personer med demens, takker jeg nei jeg har andre preferanser og forventer at legen kommer til meg...

■ aov@sir.no

Her setter vi strek for disputten mellom Allan Øvereng og Kurt Larsen, men oppfordrer gjerne til debattinnlegg om rammene for å utøve god omsorg for personer med demens i sykehjem, omsorgsboliger eller hjemmesykepleien. Skriv til D&A, e-post: tidsskriftet@aldringoghelse.no

Den som vil lese mer om bruk av omsorgsboliger kontra sykehjem, henvises til Øyvind Kirkevolds innlegg i D&A nr 3-2007: «Omsorgsbolig og sykehjem er ikke samme tilbud». Vi gjør også oppmerksom på SINTEF Helses rapport fra 2007: «Kommunenes erfaringer med omsorgsboliger for eldre».

■ Anmelder: Tove S. Kvamme, musikterapeut,
doktorgradsstipendiat

Lyden av liv – dvd til inspirasjon



Dvd: Lyden av liv

Regi, foto, klipp: Christine Lensberg

Produsent: Ina Remme

Produsert av Think vivid media i samarbeid
med Uni helse og GAMUT – Griegakademiets
senter for musikkterapiforskning

*«Lyden av liv» er en 25 minutters
dvd-film som handler om musikk
og musikkterapi i eldreomsorgen.
Vi blir presentert for betydningen
av musikktilbud for ulike grupper
av eldre, både hjemmeboende,
institusjonsbeboere og personer
med demens. Det blir vist
eksempler på mange ulike
musikkaktiviteter, blant andre
rullestoldans, sittedans, kor,
torader-/trekkspillgruppe, lytting,
sang til stell og ulike former for
musisering i smågrupper.*

Eldre mennesker forteller hva musikk betyr for dem, og en del fagfolk snakker om musikkens betydning for kommunikasjon, livskvalitet og identitet. Opplysninger om hvordan ulike typer musikk virker på hjernen, er også med. Betydningen av tilbud om varierte miljøtiltak generelt er et tema. Fagfolkene som uttaler seg har både høy og relevant kompetanse. De som deltar er engasjerte og fremstår med troverdighet.

Filmen er godt fortalt, variert uten å bli masete. Den har en god blanding av autentisk og spesialkomponert musikk. Bildene er illustrerende og ofte vakre. I det hele tatt er den tekniske kvaliteten høy. Noe av det som blir sagt er tekstet. Det hadde vært en fordel med teksting av all tale, både for eventuelle seere med hørselshemninger og personer som kan ha problemer med å oppfatte enkelte dialekter.

Min oppfatning er at dette er en film for folk flest. Fakta og fagstoff er enkelt forklart. Slik jeg ser det, vil den først og fremst bidra til å skape motivasjon og engasjement og dermed kunne være opinionsdannende. For ansatte i eldreomsorgen vil den kunne gi inspirasjon og ideer til tiltak, men for øvrig er dette ikke en instruksjonsfilm om hvordan man bør gå frem for å sette i gang musikkaktiviteter.

Det er på mange måter «solskinshistorier» som fortelles. Vi ser eldre som har stort utbytte av aktivitetene, ikke de som eventuelt synes dansetilstelninger er for bråkete, de som ikke liker revyviser eller de som er grusomt lei «Jenter fra Bergen». Det er prisverdig at filmen understreker behovet for varierte aktivitetstilbud og for å finne musikk som passer den enkelte. Det kan likevel være fare for at den individuelle tilpasningen blir for lite poengtert i filmen, og at enkelte entusiastiske politikere eller institusjonsledere vil tro at bare en tilbyr store, felles arrangementer med musikk ofte nok, vil behovet være dekket. Filmen nyanserer heller ikke mellom musikk som forebygging og som terapi. Den sier ikke noe om forskjellen mellom å ansette en musikkterapeut og andre med musikkfaglig bakgrunn.

Spørsmålet om ressurser berøres ikke i filmen. Det kan tenkes at enkelte sykehjemsansatte som opplever en travel hverdag, vil sukke oppgitt og tenke: «Det er mye fint vi kunne gjøre bare vi hadde hatt tid, penger og nok ansatte.» Filmen starter med påstanden om at vi sitter på en tidsinnstilt bombe, en dobling av antallet eldre i løpet av tretti år. «Helsevesenet har ingen mulighet til å møte eldrebølgen med sitt nåværende repertoar», sies det. Et spørsmål er hva det siktes til med «repertoar». Filmen kan gi inntrykk av at problemet er løst hvis vi får en vifte av ulike miljøtiltak. Så enkelt er det dessverre ikke, men i denne sammenheng er det bekymringsfullt at stadig flere av de ansatte har begrensede norskkunnskaper og kjenner lite til norske sang- og musikktradisjoner.

I filmen er det eksempler fra Førde, Lørenskog og Bergen. Bergen Røde Kors sykehjem løftes frem som et eksempel på et sykehjem med mange gode tilbud. En pårørende sier: «Jeg er så glad for at hun er på en sånn plass hvor det foregår ting. At hun ikke bare blir stuet vekk.» Det er positivt å vise at det går an å få det til. Så får heller de som lur, kontakte sykehjemmet selv for å finne ut av hvordan de løser organisering og budsjetter.

Alt i alt synes jeg dette er en inspirerende og god film som fortjener å bli sett av mange.

Nasjonalforeningens fylkeslag i Finnmark ga Demensprisen 2010 til Simone Gærnæ



Overrekkelsen ble foretatt på Vadsø Hotell av Nasjonalforeningens demenskontakt i Øst-Finnmark, Jenny Eriksen, som også er leder i Vadsø demensforening, og styremedlem i Vadsø demensforening Any Gerd Marki, tidligere helse- og sosialleder i Vadsø kommune.

Simone Gærnæ (bildet) er sykepleier og har delt stilling som fagleder og demens-konsulent i hjemmesykepleien. Som leder i demensteam arbeider hun med oppfølging av pårørende og veiledning av personalet med internundervisning. Hun er også kontaktperson i spesialisthelsetjenesten.

Simone har vært med i planleggingen og gjennomføringen av to pårørendeskoler og demens kafé, og er nå i oppstart av den tredje pårørendeskolen.

Demensprisen 2010 delt ut av følgende fylkeslag:

Vestfold: «Inn på tunet», Vittersø gård

Akershus: Frivillige ved Døli pleie- og omsorgssenter

Møre og Romsdal: Jorunn Ellingsgård

Oslo: Kjerstin Winge

Østfold: Omsorgsarbeider/trivselskoordinator Lisbeth Bjerke, Halden sykehjem

Aust-Agder: Kastanjen Dagsenter, Elim Omsorgssenter

Hedmark: Sykehuset Innlandet, Avdeling for alderspsykiatri, Sanderud

Oppland: Beate Solli

Buskerud: Sundjordet Bofellesskap

Nordland: Mai-Helen Walsnes

Troms: Sonjatun Omsorgssenter

Finnmark: Simone Jørgensen Gærnæ

Sør-Trøndelag: Sigrid Botne Sando

Nord-Trøndelag: Anne Marie Nessimo

Hordaland: Marion Lillestøl Madsen og Leiv Severin Madsen

Sogn og Fjordane har delt ut to priser:
Gun Føleide og Ingeleiv Myhre

Omsorgspris til dagtilbud for personer med demens

Molde kommune fikk Omsorgsprisen 2010 for dagtilbudet for personer med demens på Råkhaugen. Prisen består av et gavebrev på kr. 10.000 og et kunstverk av Gunn Morstøl.

– Kommunen viser ved dette tilbudet betydningen av individuell tilrettelegging, økt kompetanse på fagfeltet og samarbeid med kultur og frivillig sektor, sa fylkeslege Christian Bjelke under tildelingsseremonien. Stort mangfold av aktivitetstilbud og bruk av nye terapi- og veiledningsteknikker ble fremhevet i begrunnelsen for prisen.

(Kilde: Romsdals Budstikke)

Demens&Alderspsykiatri gratulerer!



Foto: Bente Wallander

- Kertesz A (2009) Clinical features and diagnosis of frontotemporal dementia. *Front Neurol Neurosci*, 24: 140-8.
- Harvey RJ, Skelton-Robinson M and Rossor MN (2003) The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 74(9):1206-9.
- Rosness TA et al. (2008) Frontotemporal dementia: a clinically complex diagnosis. *Int J Geriatr Psychiatry*, 23(8):837-42.
- Kramer JH et al. (2003) Distinctive neuropsychological patterns in frontotemporal dementia, semantic dementia, and Alzheimer disease. *Cogn Behav Neurol*, 16(4): p. 211-8.
- Blair M et al. (2006) Quantitative and qualitative analyses of clock drawing in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *J Int Neuropsychol Soc*, 12(2):159-65.
- Rascovsky K et al. (2002) Cognitive profiles differ in autopsy-confirmed frontotemporal dementia and AD. *Neurology*, 58(12):1801-8.
- Rascovsky K et al. (2005) Rate of progression differs in frontotemporal dementia and Alzheimer disease. *Neurology*, 65(3):397-403.
- Pasquier F, Richard F and Lebert F (2004) Natural history of frontotemporal dementia: comparison with Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 17(4): 253-7.
- Giovagnoli AR et al. (2008) Differential neuropsychological patterns of frontal variant frontotemporal dementia and Alzheimer's disease in a study of diagnostic concordance. *Neuropsychologia*, 46(5):1495-504.
- Jenner C et al. (2006) Can cognitive and behavioural disorders differentiate frontal variant-frontotemporal dementia from Alzheimer's disease at early stages? *Behav Neurol*, 17(2):89-95.
- Shinagawa S et al. (2006) Initial symptoms in frontotemporal dementia and semantic dementia compared with Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 21(2):74-80.
- Thompson JC et al. (2005) Qualitative neuropsychological performance characteristics in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 76(7):920-7.
- Kertesz A et al. (2003) Behavioral quantitation is more sensitive than cognitive testing in frontotemporal dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 2003. 17(4):223-9.
- Heidler-Gary J et al. (2007) Utility of behavioral versus cognitive measures in differentiating between subtypes of frontotemporal lobar degeneration and Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 23(3):184-93.
- Gustafson L et al. (2010) The Accuracy of Short Clinical Rating Scales in Neuropathologically Diagnosed Dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*.
- Hutchinson AD and Mathias JL (2007) Neuropsychological deficits in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: a meta-analytic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 78(9):917-28.
- Varma AR et al. (2002) Diagnostic value of high signal abnormalities on T2 weighted MRI in the differentiation of Alzheimer's, frontotemporal and vascular dementias. *Acta Neurol Scand*, 105(5):355-64.
- Hayashida Y et al. (2006) Usefulness of measurement of the temporal stem on magnetic resonance imaging in the diagnosis of frontotemporal dementia. *Acta Radiol*, 47(6):603-8.
- Boccardi M et al. (2003) The MRI pattern of frontal and temporal brain atrophy in fronto-temporal dementia. *Neurobiol Aging*, 24(1):95-103.
- Mendez MF et al. (2007) Accuracy of the clinical evaluation for frontotemporal dementia. *Arch Neurol*, 64(6):830-5.
- Pickut BA et al. (1997) Discriminative use of SPECT in frontal lobe-type dementia versus (senile) dementia of the Alzheimer's type. *J Nucl Med*, 38(6):929-34.
- Riemenschneider M et al. (2002) Tau and Abeta42 protein in CSF of patients with frontotemporal degeneration. *Neurology*, 58(11):1622-8.
- Arai A et al. (2007) Do family caregivers perceive more difficulty when they look after patients with early onset dementia compared to those with late onset dementia? *Int J Geriatr Psychiatry*, 22(12):1255-61.
- Freyne A et al. (1999) Burden in carers of dementia patients: higher levels in carers of younger sufferers. *Int J Geriatr Psychiatry*, 14(9):784-8.
- de Vugt ME et al. (2006) Impact of behavioural problems on spousal caregivers: a comparison between Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 22(1):35-41.
- Riedijk SR et al. (2006) Caregiver burden, health-related quality of life and coping in dementia caregivers: a comparison of frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 22(5-6):405-12.
- Rosness TA, Haugen PK and Engedal K (2008) Support to family carers of patients with frontotemporal dementia. *Aging Ment Health*, 12(4):462-6.
- Mendez F (2009) Frontotemporal dementia: therapeutic interventions. *Front Neurol Neurosci*, 24:168-78.

Retningslinjer for publisering i Demens&Alderspsykiatri

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

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

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

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

Returadresse:
Nasjonalt kompetansesenter
for aldring og helse
Oslo universitetssykehus, Ullevål
Bygning 37
0407 Oslo

D&A går i dybden – og i bredden



Demens&Alderspsykiatri

Kommer:

- Angst hos personer med demens kan behandles
- Fysisk aktivitet
– medisin uten bivirkninger
- Alderspsykiatriske pasienter i to fylker:
ingen kommunale tilbud
- Hjemmets betydning
i demensutredning

www.demensogalderspsykiatri.no

tidsskriftet@aldringoghelse.no

ISSN: 0809-3520

Medlem av



Demens&Alderspsykiatri utgis av



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

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

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

post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no