



Finner tonen på Fjell

side 32

s 4



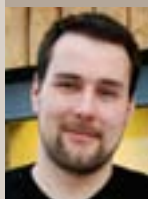
Frittalende
forkjemper

s 7



Samhandling
i vest

s 15



Gruppeterapi
på Olaviken

s 21



Demens
i media

Redaktør:
Bente Wallander
Nasjonalt kompetansesenter
for aldring og helse
Postboks 2136
3103 Tønsberg
Tlf.: 33 34 19 68 / 922 962 51
bente.wallander@aldringoghelse.no

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

Ansvarlig redaksjonskomité:
Øyvind Kirkevold, professor, 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,
stipendiat,
Nasjonalt kompetansesenter
for aldring og helse
Tlf. 22 11 77 27

Bernhard Lorentzen,
avdelingsoverlege, Diakonhjemmet
sykehus, Alderspsykiatrisk avd.
Tlf. 22 45 85 00

Torhild Holthe,
forsker/ergoterapispesialist,
Nasjonalt kompetansesenter for
aldring og helse. Tlf. 33 34 19 50

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

Demens&Alderspsykiatri
utkommer fire ganger i året.

Abonnement koster per år: Norge:
kr 350 Norden: kr 440

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

Layout/trykk
BK Grafisk, Sandefjord (TAa)

Det redaksjonelle arbeidet er
avsluttet 28. februar 2013.

Fagpressen

- 4 Hele Nord-Norges demensdoktor
Sigurd Sparr
- 7 Regionalt kompetansesenter for
eldremedisin og samhandling (SESAM)
*Allan Øvereng, Ingelin Testad, Kristin Aas-Nordin,
Dag Årslund og Kristin Osland Lexow*
- 10 Kognitiv reduksjon ett år etter
sykehusinnleggelse hos eldre uten demens
Anne-Sofie Helvik, Geir Selbæk og Knut Engedal
- 15 Gruppeterapi ved angst og
depresjon hos eldre
- 18 Erik Andreas Nordberg – til minne
*Mina Bergem, Knut Engedal, Kari Os Eskeland,
Bernhard Lorentzen og Kjell Martin Moksnes*
- 19 Den som har skoen på
vet hvor den trykker!
May-Hilde Garden
- 20 – Ta samtalen!
- 21 Svart på hvitt – norske avisers fremstilling
av personer med demens
Linda Gjøre
- 24 Bruk av refleksjonskort fremmer ansattes
bevisstgjøring rundt bruk av tvang
*Elisabeth Østensvik, Sigurd Roger Nilsen og
Siri Brynhildsen*
- 28 Når pårørende forteller
- 29 Demensdagene 2012
– Å leve med demens
- 31 Leon Jarners forskningspris 2012
– Svært verdifull avhandling
- 32 Går nye veier på Fjell
– Med en gammel melodi
- 34 Ser nytteverdien
- 35 Musikkterapi ved demens og depresjon
- 37 Nytt fagskoletilbud:
Utviklingshemning og aldring
- 38 Fra ABC til fagprøve
- 38 Jeg vil bli helsefagarbeider
– med ABC til fagbrev
- 39 Møter egne og andres minner
- 41 For barn fra Forlaget Aldring og helse



Forsiden:
Sunniva Kayser og Otto
Fjæreide, Fjell Sjukeheim
Foto: Bente Wallander



Et opplyst folk

Media presenterer ofte personer med demens som en homogen gruppe, gjerne relatert til negative beskrivelser som ressurskrevende, samfunnets ansvar og samfunnets byrde (tema for fagartikkel side 20). Dette bidrar til å opprettholde stigma når det gjelder demenssykdommene, og påvirker hvordan samfunnet skal forholde seg til og reagere på dem.

De siste ukers medieoppslag om medisineringen av alzheimersyke Ole Fyrand viser oss samtidig behovet for en kritisk presse. Flere medier har i påfølgende reportasjer avdekket alvorlige feil og mangler i kommunenes omsorg for personer med demens. Det er til bekymring at vi nærmest daglig blir servert slike historier. Ville andre pasientgrupper, med mer ressurser, kunne bli utsatt for noe liknende?

Et opplyst folk er en god forsikring mot slett behandling av personer med demens og deres pårørende. Det er positivt at Helsedirektoratet i vår skal gjennomføre en ny informasjonskampanje om demens. Dette vil sammen med det sterke fokus vi får på demenssykdommene i forbindelse med høstens tv-aksjon, gi nordmenn flest økt kunnskap om en av fremtidens store helseutfordringer.

For demenssykdommene kan, som WHO og Alzheimer's Disease International sier i rapporten *Dementia: a public health priority*, være overveldende, både for personen som rammes, deres omsorgspersoner og pårørende. «Demens er en av de alvorligste truslene mot den fremtidige globale helse», fastslår de. Også for norske myndigheter bør det med bakgrunn i denne rapporten, bli enklere å prioritere omsorg for personer med demens og deres pårørende.

Bente Wallander

bente.wallander@aldringoghelse.no



ENGASJERT: Sigurd Sparr synger gjerne ut, dersom han mener det er til befolkningens beste.

Bente Wallander (tekst og foto)

Hele Nord-Norges demensdoktor

Sigurd Sparr har reist Nord-Norge rundt i en mannsalder og omtales som hele landsdelens demensdoktor. Den 72 år gamle ildsjelen i nasjonale og internasjonale demensfora farter fortsatt til Finnmark for å arbeide en uke hver måned.

Formelt sett gikk Sigurd Sparr av med alderspensjon i 2011, men den som spør 72-åringen om hva han bedriver som pensjonist, finner fort ut at denne karens dager fortsatt er fylt av arbeid.

– Jeg arbeider flere forskjellige steder. Litt i Tromsø og litt i Kirkenes. Nå ja. Hvis jeg legger sammen disse prosentene blir det visst 100 prosent, sier han og smiler bredt.

Kjempet drabelig imot

Med et sterkt engasjement synger Sigurd Sparr fortsatt ut, også etter fylte 70, dersom han mener det er til befolkningens beste.

Temaet han sist yppet til strid rundt var helsetjenesten til eldre i Nord-Norge. Sigurd Sparr ledet frem til i 2010 en, etter egen mening, svært oppegående geriatriisk avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) med 30 sengeplasser, en poliklinikk og et ambulende team med god kapasitet.

– Fagmiljøet var preget av entusiastiske ansatte som satset på geriatri. Vi hadde vårt eget sangkor, en dramagruppe og utga en egen avis da beslutningen om at vi skulle omorganiseres kom. I løpet av ett år sluttet hele 21 sykepleiere. Legegruppen ble også berørt, to av legene ble blant annet alvorlig syke,

Navn	Sigurd Sparr
Alder	Blir 72 i år i sommer
Bor	Tromsø
Familie	Gift med kollega Trine Magnus. Fem barn, hvorav Sigurds ene sønn døde i en ulykke i 2000, og ti barnebarn
Stilling	Formelt sett pensjonist, men arbeider i 25 prosent stilling som overlege ved Geriatrisk Seksjon, Medisinsk Klinikk, Universitetssykehuset Nord-Norge og ved Finnmark sykehus tilsvarende 25 prosent stilling. Er engasjert i et prosjekt for Helse Nord i cirka 50 prosent stilling. Alle oppdragene er tidsbegrenset.

uten at jeg skal påstå at det skyldes endringene, og hele avdelingen fikk seg en alvorlig knekk. Jeg kjempet drabelig imot, dessverre uten å lykkes, og endte i en svært opphisset debatt med sykehusets direktør. Jeg fikk en smekk over fingrene for å ha gått ut med min kritikk i den saken. Dét var en lei sak på tampen av karrieren, medgir han.

Plikter å si fra

Etter Sigurd Sparrs mening har det de siste tre årene skjedd en nedbygging av tilbudet til de gamle i Nord-Norge.

– Dette skyldes dels samhandlingsreformen, men også at direktører og andre som ikke forstår geriatrien i detalj, mener at gamle mennesker, jo de kan man behandle utenfor sykehusene. Men når eldre blir syke har de krav på akkurat de samme tjenestene som yngre, og vi må ha sykehus som tilbyr dette. Dette kan gjøres rimelig raskt, slik at ferdig diagnostiserte pasienter kan sendes ut til videre behandling. Men hos oss har man bygget ned geriatrien uten i tilstrekkelig grad å ha bygget opp noe utenfor sykehusene. Når gamle mennesker blir syke har de ofte behov for heldøgns pleie og omsorg, og vi har nå bare 14, i verste fall ni, av våre 30 geriatriske senger igjen. Denne situasjonen har jeg vært svært fortvilet over. Vi har ingen dårlig helsetjeneste i Norge, men hvorfor fatter man beslutninger som ødelegger det som fungerer bra? Jeg har sittet i posisjoner der jeg har måttet forholde meg til vedtak som fattes. Men jeg har også følt meg forpliktet til å opplyse befolkningen om hva som er virkningen av de vedtak som fattes. I hvert fall hvis vedtakene, etter mitt beste skjønn, vil ramme befolkningen.

Fengslet av Finnmark

Sigurd Sparr er født og oppvokst i Trøndelag, de siste seks årene før artium

bodde han i Steinkjer. Familien flyttet mye, da Sigurds far var offiser. Sparr tok sin medisinske embedseksamen ved Universitetet i Oslo i 1966, 25 år gammel. I 1977 ble han spesialist i indre-medisin, året etter i kardiologi, før han i 1987 spesialiserte seg i geriatri. Sparr arbeidet flere steder før han i 1977 ble ansatt ved Kirkenes sykehus. Det var her hans folkehelseengasjement for alvor ble vekket. Takket være en rekke tilfældigheter og mennesker, ifølge ham selv.

– Da jeg kom til Finnmark første gang var jeg som relativt ung spesialist i indre-medisin den eneste kardiologen i fylket. Nasjonalforeningen for folkehelsen ønsket seg på det tidspunkt en spesialist fra hvert fylke som representant til Rådet for hjerte- og karsykdommer. Jeg ble derfor kontaktet av daværende fylkessekretær i Finnmark, Helga Mostervik, som i årene fremover arbeidet intenst for å få meg med i flere råd og utvalg. Hun fikk meg også til å holde kurs om hjerte- og karsykdommer rundt om i fylket, husker han.

Norge rundt

Kurs har han siden holdt mange av. Han har reist land og strand rundt, for å forelese om alt fra hjerte-/karlidelser til demens. Sparr finner åpne møter for helsepersonell og pårørende svært hensiktsmessige.

– Hovedfokus er da å prøve å gjøre tingene slik at pårørende uten nødvendig medisinsk bakgrunn skal få innsikt i temaet, samtidig som det skal være interessant for helsepersonell. Det er jo litt av Nasjonalforeningens idégrunnlag, å bringe fagfolk med bred kompetanse sammen med engasjerte pårørende. En slik forsamling kan det komme mye bra ut av! Kursvirksomhet driver jeg fortsatt med. For knappe to uker siden var jeg i Vadsø og i løpet av våren skal jeg holde geriatrikurs

for leger på Helgeland, Svolvær, Alta, Hammerfest og Tromsø. Så jeg har nok vært rundt over alt ja. Det er helt riktig!

Demens på nært hold

Sigurd Sparr kom inn i Rådet for hjerte- og karsykdommer i 1978 og satt der inntil han flyttet til Tromsø for å bli leder av UNNs geriatriske avdeling i 1986. Han bidro i løpet av disse årene sterkt til opplysningsarbeidet om forebygging av hjerte- og karsykdommer i nord, og tok selv initiativ til lokale tiltak i helselagenes regi. Han arbeidet samtidig som avdelingssjef ved Kirkenes Sykehus.

– Jeg trivdes kjempegodt de ni årene jeg bodde i Finnmark, og føler meg fortsatt veldig knyttet til områdets natur og folk. Det var nærmest tilfeldig at jeg brøt opp og havnet i Tromsø, forteller Sparr.

På Nasjonalforeningens landsmøte i 1988 ble han så, etter et benkeforslag, valgt inn i Nasjonalforeningens elderråd, senere kalt Rådet for eldre. Blant personene han i disse årene hadde stor glede av å bli kjent med, var daværende leder av Rådet for eldre, professor Peter F. Hjort, mannen som ga navn til en pris Sigurd Sparr selv har mottatt. Senere ble tidligere fylkeslege Egil Willumsen leder, og det var på denne tiden at to temaer pekte seg ut som elderrådets store interesseområder.

– Det ene var eldresentrene og det andre demenssaken. Jeg var på den tiden svært opptatt av den siste, også av personlige grunner. Min far var nettopp død av demenssykdom og min svigermor hadde demens. Jeg fikk det inn på nært hold, kan man si. Dette skjedde i en periode da vi lærte stadig nye medisinske ting om demens, og jeg begynte å interessere meg mer for temaet. Innfallsportene ble både faglige, familiemessig/personlige og foreningsmessige, noe som nok bidro til at jeg ble veldig

engasjert. Snart prøvde jeg derfor å få etablert en mye sterkere organisasjon rundt demens i Nasjonalforeningen.

Litt rabiat i formen

Sigurd Sparr minnes mange heftige debatter og sterke mennesker fra denne perioden.

– Det begynte med Liv Patel i 1990/92, sykepleieren som ved hjelp av midler fra Nasjonalforeningen etablerte et prosjekt med tilbud til pårørende til personer med demens. Dermed ble ideen om lokale demensforeninger født, og vi etablerte en slik organisasjon, som et underutvalg til Rådet for eldre (i dag Rådet for Demens). Jeg var opptatt av å få ansatt en konsulent på demensområdet og fremsto nok litt rabiat i andres øyne. Jeg formulerte meg i hvert fall skarpt og maste fælt om dette. En form jeg også har hatt litt glede av, det må innrømmes. Jeg lyktes uansett, og vi fikk inn en konsulent i 50 prosent stilling, et grep som viste seg å bli svært verdifullt. Det har siden vært flere konsulenter, men den jeg vil nevne som virkelig betydningsfull for saken, var Kjersti Engh. Hun gjorde et kjempearbeide, blant annet med prinsippprogrammet om hvordan man kan bedre forholdene for personer med demens og deres pårørende her i landet.

Internasjonalt engasjement

Som leder av Nasjonalforeningens demensråd kom Sigurd Sparr i kontakt med frivillige demensmiljøer, både i Norden, Europa og andre verdensdeler. Han satt selv som medlem og Honorary Secretary i Alzheimer Europe i flere år.

– Det var spennende å være med der, og jeg er fortsatt knyttet til deler av deres virksomhet, blant annet på områdene etikk og livets sluttfase for folk med demens. Men etter at jeg gikk ut av Demensrådets styre i 2010/11, følte jeg at tiden var moden for å trekke meg ut fra Alzheimer Europe. For meg synes det naturlig at den som sitter i styret i Alzheimer Europe representerer styret i den nasjonale foreningen, kanskje også er leder av den. På dette området er jeg nok også litt på kollisjonskurs med den rådende oppfatningen i Nasjonalforeningen, som er svært opptatt av å være aktive her i Norge og mindre interessert i internasjonalt samarbeid. Jeg mener at det er nyttig for oss alle å lære av andre.

Vi har også mye å bidra med til land som har kommet kortere enn oss, en slags internasjonal forpliktelse. Jeg er ikke lei meg for selv å være ute av det europeiske samarbeidet, men at Norge er ute er jeg lei meg for.

Hedret med gull

Uenighet om enkelttemaer til tross, tiden som aktiv i Nasjonalforeningen har for Sigurd Sparr vært en positiv reise, som han i dag er svært glad for å ha vært med på.

– Jeg har hatt stor nytte av å ha en så stor organisasjon i ryggen. At vi nå har fått tv-innsamlingen er veldig bra. Og ja, som du hører sier jeg fortsatt vi. Jeg var selv med på å diskutere bruken av midlene fra forrige innsamling i 1987, som den gang gikk til hele Nasjonalforeningen. Det er en del utfordringer i å skulle forvalte en slik inntekt på en god måte, men det er likevel bra, spennende og fint. Alt i alt synes jeg i dag at vi har kommet bra ut. Vi har fått etablert demensforeninger som stort sett er oppe og går og satser først og fremst på å prøve å hjelpe personer med demens og deres pårørende i det daglige. Det har kanskje vært satset litt lite på forskning. Det har ikke vært midler nok til dette, men det blir det jo muligheter til å endre på nå.

Folk som arbeider frivillig har to hovedutfordringer: Den ene er å gjøre de riktige tiltakene, den andre å skaffe ressursene til dette arbeidet. En god del av kampen handler om å skaffe midler, det har jeg lært mye om i min tid i Alzheimer Europe, der jeg var Honorary Secretary i hele min periode i styret.

Sigurd Sparr ble i 2008 hedret med Kongens fortjenestemedalje i gull for sin frivillige innsats for Nasjonalforeningen for folkehelsen gjennom 30 år. I begrunnelsen for prisen står det at Sparr har løftet demensarbeidet i Nasjo-

nalforeningen, at han har gjort en betydelig innsats for Alzheimer Europe og at han har nedlagt et stort arbeide i å spre opplysning om Alzheimers sykdom og andre demenssykdommer. Sparr har blant annet vært en pådriver i prosjektet «Samer – demens og pårønderarbeid», noe som har medført mer åpenhet om demens i de samiske områdene.

Synger fortsatt ut

Sin egen helse pleier Sparr helst i det fri, og han priser i så måte den nordnorske naturen.

– Jeg har gått på ski nesten hver dag i vinter, det har vært så fine forhold her. Den som gidder å reise litt opp i høyden kan faktisk gå på ski fra oktober til mai måned. Fra her vi bor på Tromsøya er det dessuten bare syv kilometer til sykehuset. Når jeg har tid til det, går jeg gjerne den turen morgen og kveld. På sommeren driver jeg med fluefiske etter ørret og røye. Det er det også rikelige muligheter for her oppe. Jeg er i tillegg interessert i fotball, noe som har litt sammenheng med at min datter er helsefrelst Manchester United-supporter. Da må jeg jo følge med, ikke minst på Premier League.

Sigurd Sparr synger ikke bare ut sine meninger lokalt og nasjonalt, han er også en ivrig sanger i Ultima Thule, kammerkoret fra Tromsø som har vunnet flere sangkonkurranser ute i verden.

– Jeg har stor glede av å være med i koret, og har nok en tendens til i festlige lag, å stige opp for å synge en drikkevise eller sang.

I FRONT: Overlege Sigurd Sparr, her avbildet foran Fellesforbundets symbolske monument på Lilletorget i Oslo. Han har selv kjempet drabelig for sine hjertesaker.





Allan Øvereng, nettverkskoordinator, Ingelin Testad, senterleder, Kristin Aas Nordin, koordinator for fagutvikling, kurs og kompetanse, Dag Årslund, forskningsleder, Kristin Osland Lexow, prosjektkoordinator

Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM)

Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM) presenterer i denne artikkelen seg selv, bakgrunnen for opprettelsen samt sine tanker om fremtiden.

Bakgrunn

En aldrende befolkning samt ny samhandlingsreform var bakgrunnen for at styret i Helse Vest RHF i 2010 opprettet Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling. I desember samme år ble det vedtatt lokalisert til Helse Stavanger HF i sterk konkurranse med to andre søkere. I vedtaket het det at «Gjennom å etablere eit regionalt kompetansesenter innan eldremedisin og samhandling vil ein stimulere til og styrkje forskning og kompetanseutvikling på området, og bidra til koordinering og nettverksbygging mellom fagmiljøa og tenestenivåa i regionen». Samhandling i og mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste er en forutsetning for utvikling av gode og sammenhengende helsetjenester til eldre, det ligger i eldremedisinens natur. Bakgrunnen for at Stavanger universitetssykehus søkte om oppdraget var en mangeårig utvikling av klinikk, fagutvikling og forskningssamarbeid mellom nevrologi, geriatri og alderspsykiatri. I denne prosessen hadde det også utviklet seg gode samarbeidsrelasjoner til kommunehelsetjenesten, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, utviklings-senteret for sykehjem i Sør Rogaland, universitet og høyskole, Fylkesmannen, og regionale, nasjonale og internasjonale forskningskontakter. Sykehusets eget Senter for eldremedisin ble opprettet og samlokalisert med geriatrisk og alderspsykiatrisk poliklinikk. Det kliniske samarbeidet utviklet seg videre med en

felles hukommelsespoliklinikk innbefattet ressurser fra nevrologisk poliklinikk.

I oppdraget fra Helse Vest RHF ble det presisert at:

- ♦ Arbeidet må gis en reell regional forankring.
- ♦ Det må vektlegges et bredt forskningsfokus blant annet ved at forskning på- og kompetanseutvikling innen felt som geriatri, eldremedisin generelt og samhandling styrkes. I tillegg gis senteret et særskilt ansvar for å styrke kompetanse innen eldremedisin og samhandling i Helse Førde HF.

Helse Fonna HF har en egen forsknings- og undervisningsavdeling, som er en sentral del av samhandlingsprosjektet Helsetorgmodellen¹. En forskningsbasert evaluering av denne modellen er en ønsket oppgave for SESAM.

- ♦ Helse Bergen HF har et bredt fagfelt og et sterkt fagmiljø, især knyttet til geriatri. Det er derfor en viktig føring for det nye senteret å integrere og bruke denne kompetansen slik at den kommer hele regionen til gode.

SESAM skal altså bidra til å utvikle gode kommunikasjonsmodeller, å samordne de kunnskaper og den ekspertise som foreligger i de ulike helseforetakene, og å utvikle og spre ny kunnskap, slik at denne i størst mulig grad kommer den enkelte eldre i Helseregion Vest til gode.

Organisering og lokalisering

SESAM er samlokalisert med geriatrisk og alderspsykiatrisk poliklinikk ved Stavanger universitetssykehus. Organisatorisk er det plassert i psykiatrisk divisjon

i seksjon for alderspsykiatri. Senterleder er Ingelin Testad. Virksomheten er delt i tre hovedområder:

- ♦ Kurs og kompetanse, ved koordinator Kristin Aas Nordin
- ♦ Fagnettverk, ved koordinator Allan Øvereng
- ♦ Forskning, ved forskningsleder Dag Årslund og koordinator Kristin Osland Lexow.

Sammen med rådgiver Arne Endresen og konsulent Helen G. Wigestrøm utgjør dette teamet i SESAM.

Målsetting

I henhold til SESAMs visjon om samhandling for eldres helse og livskvalitet er hovedmålsettingen å bedre arbeidsformene i forhold til:

- ♦ Helsefremmende arbeid overfor eldre
- ♦ Helhetlig helsetilbud til eldre med sammensatte lidelser
- ♦ utfordringer innen spesialisthelsetjenesten overfor eldre generelt

gjennom å:

- ♦ Utvikle samhandlingsarenaer i helseforetaksområdene som binder sammen pasientrettet virksomhet, forskning, fagutvikling og formidling
- ♦ Utvikle fagnettverk i regionen
- ♦ Utvikle og gjennomføre kompetansehevende tiltak i regionen
- ♦ Initiere og koordinere forskning samt å formidle resultater slik at kunnskapsbasert kompetanse raskt kan komme de eldre i Helseregionen til gode.

SESAM har dermed et bredt mandat, som omhandler hele fagfeltet eldremedisin, samhandling innen dette fagfeltet

¹) Helsetorgmodellen er et samhandlingsprosjekt mellom Helse Fonna, Høgskolen Stord/Haugesund og kommunene Haugesund, Karmøy, Tysvær, Bømlo, Stord, Sveio og Odda.

samt forskning, fagutvikling og formidling. Samhandling på andre felt enn eldremedisin er ikke en del av SESAMs mandat.

Forskning

Forskningsgruppen har cirka 30 forskere tilknyttet med stor spredning i tema, problemstilling og metode. SESAM skal arbeide for å styrke samarbeidet om forskning og fagutvikling mellom helseforetakene, kommunene og andre sentrale samarbeidspartnere, og arbeider for å etablere gode nettverk mellom relevante forskningsmiljø i Helse Vest.

Det meste av forskningen er klinisk, som for eksempel diagnostisk fordeling, klinisk forløp og kostnader knyttet til de ulike demenssykdommer. Etterhvert har forskningen ved SESAM dreiet mer mot translasjonsforskning, der vi kombinerer den kliniske forskningen med laboratoriebasert forskning for slik å studere sykdomsmekanismer. For eksempel pågår flere studier for å identifisere biomarkører for diagnose og prognose ved ulike demenssykdommer basert på blod, cerebrospinalvæske (CSF) og magnetresonanstomografi (MR). Konkret har man det siste året identifisert MR-forandringer som kan skille ulike demenstyper fra hverandre og også hjerneforandringer relatert til depressive symptomer, samt for første gang vist hvordan helserelaterte kostnader øker i takt med økende demensgrad².

Andre viktige forskningstema er livskvalitet for personer med demens, kvalitet i helsetjenestene, velferdsteknologi og pasientsikkerhet.

Vi arbeider sammen tverrfaglig, noe som er en styrke for fagmiljøet på SESAM. Likevel er det ekstra gledelig å kunne trekke frem at vi nå har hele ni sykepleiere som enten er i gang med eller planlegger doktorgradsarbeid, og som er helt (fire) eller delvis tilknyttet SESAM gjennom for eksempel veiledning.

SESAM har mange gode samarbeidspartnere både nasjonalt og internasjonalt, slik som Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Senter for alders- og sykehjemsmedisin, UiB, Senter for omsorgsforskning, HiB, nevroforskningsgruppen ved AHUS, professor Clive Ballard og hans gruppe ved Wolfson Centre for Age-Related Diseases ved King's College London, Alderspsyki-

atrisk forskningssenter Sykehuset Innlandet, og de siste to årene med AlzheimerCentrum ved Karolinska Institutet.

Sentrale forskningstema er:

- ◆ Klinisk og translatorisk demensforskning
- ◆ Legemiddelbruk hos eldre: Polyfarmasi og negative helseeffekter
- ◆ Depresjon hos eldre
- ◆ Implementering av ny kunnskap i praksis
- ◆ Kvalitet og sikkerhet i samhandlingen i helsenivåene (pasientsikkerhet, velferdsteknologi)
- ◆ Helseøkonomi
- ◆ Et godt liv i hjem og sykehjem for personer med demens
- ◆ Pårørendeforskning
- ◆ Smerter og demens
- ◆ Forskning om kognisjon og hjertekarsykdom.

Nettverksbygging

SESAM har fokus på nettverksbygging i helseregionen. Hensikten er å styrke den faglige formidlingen, skape samarbeidsrelasjoner og bidra til deling av erfaringer på tvers av fag-, etats- og nivågrenser. Kompetansegrupper og fagnettverk skaper en arena for kontakt mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, helsemyndigheter, utdannings- og forskningsinstitusjoner og er gode formidlingskanaler. Arbeidet har også som siktemål å dele kunnskap og erfaringer i regionen. Ved Stavanger universitetsjukehus har man god erfaring med formidling gjennom Tverrkommunal kompetansegruppe for demens, og i tilknytning til dette et godt samarbeid med Fylkesmannen i forhold til å følge opp Demensplan 2015. Dette har blant annet resultert i fagnettverk med tema:

- ◆ Dagtilbud for personer med demens
- ◆ Pårørendearbeid på sykehjem
- ◆ Utredning av demens
- ◆ Kartlegging av demensomsorg (Dementia Care Mapping – DCM).

SESAM vil bygge videre på disse erfaringene i «kompetansegruppe for eldremedisin» – et forum for formidling av kompetanse og informasjon via internett og seminarer. Med basis i denne kompetansegruppen utvikles fagnettverk med tema fra hele fagfeltet.

Fagnettverk har til hensikt:

- ◆ Å støtte implementering av nasjonale føringer
- ◆ Å støtte lokale fagutviklingsbehov
- ◆ Utvikling av samhandlingsrelasjoner

- ◆ Gi faglig støtte for spesielle funksjoner – som for eksempel Marte Meo-terapeuter.

Fagnettverk må ha definerte måltema. Arbeidsformen gir større mulighet for likemannsarbeid og erfaringsutveksling enn ved tradisjonell undervisning. Nettverkene er selvstyrte, og arbeidsformen er møter og studiebesøk. Når det ikke lenger er behov for nettverket avsluttes det – men uformelle relasjoner kan videreutvikles.

Regionalt nettverk

For å styrke dette arbeidet i regionen har SESAM knyttet til seg ressurspersoner i 20 prosent stillinger for å utvikle et Regionalt nettverk for eldremedisin og samhandling, med formål å støtte opp om informasjonsutveksling og samordning av fagutvikling, forskning og formidling innen feltet eldremedisin og samhandling.

I Sogn og Fjordane arbeides det med basis i Nordfjord psykiatrisenter og Førde sentralsjukehus med fagnettverk i alderspsykiatri og kompetansegruppe for eldremedisin. Dette arbeidet medfører rundreise til alle kommunene, kontaktetablering og samhandling rundt demensutredning og innspill til planer om eldremedisinsk poliklinikk ved Nordfjord sjukehus. SESAMs lokale koordinatorene får på denne måten en aktiv rolle i å koordinere samhandling for å styrke eldremedisin innen somatikk og psykiatri i Helse Førde i samarbeid med Senter for helseforskning, Høgskulen i Sogn og Fjordane og i å etablere en nær kontakt mellom spesialisthelsetjenesten og fylkets utviklingsenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT).

SESAMs lokale koordinatorene er for tiden:

- ◆ Hildur Thingnes, Førde sentralsjukehus
- ◆ Alice Vedvik, Nordfjord psykiatrisenter.
- ◆ Janne-Lise Strand Ferstad, Haraldsplass Diakonale Sykehus
- ◆ Synnøve Bremer Skarpenes, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus
- ◆ Marianne Hauge Wennersberg, Helse Fonna HF
- ◆ Siri Ueland, Ingrid Langeland Braut, Hilde Rydland Marianayagam, Helse Stavanger HF.

Liknende prosesser skjer i Hordaland og Rogaland via SESAMs lokale koordinatorene knyttet til Olaviken alderspsykiatrisk sykehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Helse Fonna med forankring i Helse-

²⁾ Vossius C et al. akseptert for publisering i *Amj-GerPsychiatry*.

torgmodellen og Stavanger universitets-sjukehus.

SESAM er også med i regionalt nettverk for USHT som drives av Senter for omsorgsforskning vest.

Kurs og kompetanse

SESAM vil etterhvert utvikle en kurs- og kompetanseavdeling. Samarbeidet med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Fylkesmennene og USHT om Demensplan 2015 er et godt utgangspunkt for dette. Spesielt har demensomsorgens ABC vært prioritert – og godt mottatt. Senteret er også ressursinstans for den nasjonale satsingen på samtalegrupper og pårørendeskoler. Oppfølgingen av demensplanens satsing på personsentrert omsorg er også et viktig element. SESAM er involvert i utdanning i Marte Meo-veiledning, samarbeider med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse om DCM-utdanning og planlegger å bidra til å formidle opplæring i VIPS³.

Emneområde personsentrert omsorg ved demens

Emneområdet er en del av masterutdanningen eldre og aldring ved Institutt for helsefag ved Universitetet i Stavanger. Emneansvarlig er Ingelin Testad. SESAM ønsker med dette at fagpersoner knyttet til SESAM i samarbeid med universitetet setter fokus på denne nasjonale satsingen som grunnlag for demensomsorgen. SESAM har kompetanse på metodikken knyttet til personsentrert omsorg, DCM, Marte Meo og VIPS. I 2012 bestod 15 studenter eksamen. Emneområdet tilbys hvert år.

FORUM

SESAM skal som kompetansesenter bidra til spredning av kunnskap om forskning, og være en aktør i forhold til å rekruttere og bistå studenter i deres forskningsarbeid knyttet til eldremedisin. FORUM arrangeres jevnlig for både mastergradsstudenter og stipendiater, og fungerer som et faglig møtested der de kan få veiledning av fagpersoner tilknyttet senteret. SESAM har flere arbeidsstasjoner studentene kan benytte seg av. FORUM-møtene brukes også til faglige foredrag eller kursing, og er et

sted der studentene kan presentere arbeidene sine for hverandre og forskere tilknyttet SESAM for å få tilbakemeldinger. Ressurspersoner i SESAM kan også fungere som hovedveiledere eller biveiledere i forskningsprosjekter, og studentene får anledning til å delta på SESAMs faglunser.

Faglunser

Mandager fra 11.30 til 12.15 er det faglunser i SESAMs møterom. Det første kvarteret er avsatt til lunser, deretter er det en halv times foredrag med inviterte foredragsholdere fra forskning og klinikk i eldremedisin. Dette er populært, med cirka 25 deltagere ukentlig og over 100 på invitasjonslista.

Regional konferanse i eldremedisin

SESAM arrangerer årlig konferanse i eldremedisin og samhandling, i samarbeid med Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning. I år (5.–6. juni 2013) er tittelen *Flere aktive år... Hva kan helsevesenet bidra med?*

I tilknytning til konferansen arrangeres det forsknings- og nettverksforum for å sette fokus på SESAMs hovedutfordringer; Forskning, fagutvikling og formidling.

Konferansen henvender seg bredt til helsepersonell med interesse for eldres helse. Målet med konferansen er å gi deltakere fra klinikk og forskning og fra primær- og spesialisthelsetjeneste ny kunnskap og inspirasjon fra mange faglige synsvinkler.

En årlig konferanse blir en møteplass, et rom for utvikling av faglige nettverk og en mulighet til å skape bedre samhandling. Eldremedisin er sammensatt og kunnskap må settes i sammenheng for å gjøre oss i stand til å løse våre oppgaver på en god måte. Samhandlingsreformen peker på at en hovedutfordring er å begrense og forebygge sykdom, og man ønsker en klarere pasientrolle, hvor egen mestring fokuseres sterkere og hvor helsetjenestene samlet må legge til rette for at den enkelte kan ta et større ansvar for egen helse. Årets konferanse vil utfordre foredragsholdere og deltakere med spørsmål som;

- ◆ Hva kan tidlig innsats, godt koordinerte tjenester og rehabilitering gjøre for slagrammede?
- ◆ Hva er god depresjonsbehandling – og forebygger det annen helsesvikt?
- ◆ Hvordan kan fall og helsesvikt etter fall forebygges?

- ◆ Pårørende – hvordan samhandle med dem?
- ◆ Kan forløpet av demenssykdommer påvirkes positivt?

Konferansen vil gjennom foredrag med regionale, nasjonale og internasjonale foredragsholdere belyse disse spørsmålene. I tillegg blir det publikumsarrangement og kulturinnslag – med ønske om at konferansen blir inspirerende for både meritterte veteraner og nyankomne i eldremedisinfeltet.

Avslutning

Oppstart av SESAM har vært en spennende og kreativ prosess. Et godt, tverrfaglig miljø ved Senter for eldremedisin ved Stavanger universitetssjukehus har vært et viktig fundament for dette. Hovedsatsingen i denne perioden har vært å gi arbeidet en regional forankring gjennom knytting av kontakter, etablering av regionalt nettverk og ansettelse av ressurspersoner og forskere i helse-regionen. I Helse Førde HF er man godt i gang med prosesser knyttet til eldremedisin og samhandling, og vi tror at det vil utvikles gode modeller. I Helse Bergen HF er vi i gang med flere konkrete samarbeidsprosjekter, og med å få en god oversikt over arbeidet med eldremedisin og samhandling i området. Helsetorgmodellen i Helse Fonna HF er et viktig arbeid som vi får være med på å evaluere, og her er også etablert andre viktige samarbeidsprosjekter. Samhandling for eldres helse er vår visjon, og denne vil vi vektlegge i planarbeidet for 2013–2015. For å komme videre med fagutvikling og forskning er det viktig med samarbeid også utover vår helseregion. Senteret skal være knutepunkt og drivkraft for en rekke regionale samarbeidsprosjekter innen ulike forskningsområder, som også krever nasjonalt og internasjonalt samarbeid. I denne forbindelse har særlig vårt samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse vært viktig. Dette kompetansesenteret har lang erfaring og høy kompetanse, noe vi har kunnet lære av som samarbeidspartner i konkrete fagutviklings- og forskningsprosjekter. Internasjonalt er særlig samarbeidet med sterke forskningsmiljø ved King's College og Karolinska Institutet i Stockholm viktige.

■ allan.overeng@sus.no

3) VIPS – en metode for styrking av personsentrert omsorg for personer med demens hvor hovedfokus ligger på personsentrering av omsorgen i strukturerede fagmøter.

Anne-Sofie Helvik (1) (2) (3)
Geir Selbæk (4) (5)
Knut Engedal (4) (6) (7)



Kognitiv reduksjon ett år etter sykehusinnleggelse hos eldre uten demens

En tredel av de eldre (≥ 65 år) pasientene som ble innlagt på en medisinsk avdeling hadde utviklet kognitiv svikt ett år etter innleggelsen. Noen av pasientene kan ha hatt en udiagnostisert demens ved innleggelsen. Nedsatt hørsel og syn, redusert personlig og instrumentell funksjon i dagliglivet og økende grad av tilleggssykkelighet var helseindikatorer som hadde betydning for kognitiv funksjon ett år etter.

Abstrakt

Mål: I et utvalg av pasienter, 65 år eller eldre innlagt i medisinsk avdeling med minimal kognitiv svikt (T1), undersøkte vi kognitiv funksjon ett år etter sykehusinnleggelsen (T2) og så på hvilke faktorer som hadde sammenheng med redusert kognitiv funksjon. Normal kognitiv funksjon var delt i lav normal og høy normal kognitiv funksjon.

Metode: Kognitiv funksjon ble ved begge tidspunkt undersøkt med MMSE. Vi inkluderte 211 (114 kvinner) pasienter med gjennomsnittsalder 78,3 år og en MMSE skår på 24 og høyere. Personlig og instrumentell funksjon i dagliglivets aktiviteter (ADL), syn og hørsel, samt grad av tilleggssykdommer ble inkludert i analysen.

Resultater: Etter ett år (T2) hadde 69 (32,7 prosent) av deltakerne en MMSE

skåre på under 24. Hos de med lav normal kognitiv funksjon (MMSE 24-26) ved T1 var kognitiv reduksjon etter ett år relatert til nedsatt personlig og instrumentell fungering i dagliglivet og nedsatt syn og hørsel ved T1. Hos de med høy normal kognitiv funksjon (MMSE 27-30) var kognitiv reduksjon relatert til alvorlighetsgrad av komorbide tilstander og nedsatt personlig funksjon i dagliglivet og hørsel ved T1.

Konklusjon: En redusert kognitiv funksjon etter ett år var forklart av redusert funksjon ved studiestart og økende sykkelighet.

Innledning

Redusert kognitiv funksjon er et vanlig forekommende trekk ved aldring, og kognitiv svikt øker risikoen for institusjonalisering og dødelighet [1, 2]. Store internasjonale studier av hjemmeboende eldre har funnet at redusert kognitiv funksjon har sammenheng med ulike somatiske sykdommer, nedsatt syn og hørsel, nedsatt funksjon av personlige og instrumentelle aktiviteter i dagliglivet, redusert sosial aktivitet, ensomhet, lavt nivå av utdanning og manglende selv-tillit.

Akutt somatisk sykdom som krever sykehusinnleggelse kan hos eldre føre til redusert kognitiv funksjon i den akutte

fasen av sykdommen selv om de hadde normal kognitiv funksjon før sykdomsutbruddet. Noe av denne reduksjonen kan være forårsaket av delirium. Kognitiv bedring kan rapporteres over hele det første året etter utskrivelsen. Få studier har undersøkt kognitiv funksjon etter sykehusinnleggelse hos eldre med mange diagnoser og som hadde normal kognitiv funksjon ved innleggelse [3, 4].

Både internasjonalt og i Norge er Mini Mental Status evaluering (MMSE) et hyppig brukt verktøy for å måle kognitiv funksjon [5]. En mild kognitiv svikt kan være til stede selv om skåren på MMSE er innenfor normalverdiene (for MMSE: 24-30). I en studie av Brækhus og medarbeidere fant man at eldre med en lav normal kognitiv funksjon (MMSE 24-26) utviklet hyppigere kognitiv svikt etter tre års oppfølging enn de som hadde høy normal skåre på MMSE (MMSE 27-30) dersom en bruker en terskelverdi for å definere en grenseskåre for nedsatt kognisjon [6].

Hensikten med denne studien var å undersøke endring av kognitive funksjoner målt med MMSE ett år etter sykehusinnleggelse hos eldre (≥ 65 år) som hadde ulike somatiske sykdommer, men som hadde en kognitiv funksjon innenfor normalområdet (definert som MMSE ≥ 24). I tillegg ønsket vi å studere hvordan kognitiv reduksjon kunne ha sammen-

(1) Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, Norges Naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim

(2) Sykehuset Innlandet, Divisjon Tynset

(3) St Olavs Hospital, Universitetssykehuset Trondheim

(4) Alderspsykiatrisk forskningscenter, Sykehuset Innlandet, Ottestad.

(5) Akershus Universitetssykehus

(6) Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Oslo universitetssykehus, Ullevål

(7) Det medisinske fakultetet, Universitetet i Oslo

heng med helsetilstanden ved sykehusinnleggelsen og videre undersøke om forskjellige helseindikatorer hadde betydning for dem med lav normal (MMSE 24-26) og høy normal (MMSE 27-30) kognitiv funksjon ved sykehusinnleggelsen.

Metode

Deltakerne

Alle pasienter 65 år og eldre som ble lagt inn på medisinsk avdeling som øyeblikkelig hjelp på Sykehuset Innlandet Divisjon Tynset ble vurdert for inklusjon i en toårs periode. Av de 484 deltakerne som ble inkludert i hovedstudien hadde 264 en MMSE skåre på 24 eller høyere.

Ved oppfølgingen ett år etter var 27 deltakere døde, sju hadde utviklet alvorlig demens (Klinisk demens vurdering (KDV 3)) og 19 ønsket ikke å besvare ytterligere spørsmål. I alt ble 211 (79.9 prosent) av deltakerne fulgt opp. (se flytskjema, Figur 1) [7].

Måleinstrument

Ved innleggelse i sykehus og ett år senere ble kognitiv funksjon kartlagt med Mini Mental Status evaluering (MMSE) [5], som er et 30 poengs intervjukskjema der høy skåre indikerer bedre kognisjon, og med Klinisk Demensvurdering (KDV), der høy skåre indikerer alvorligere grad av demens [8].

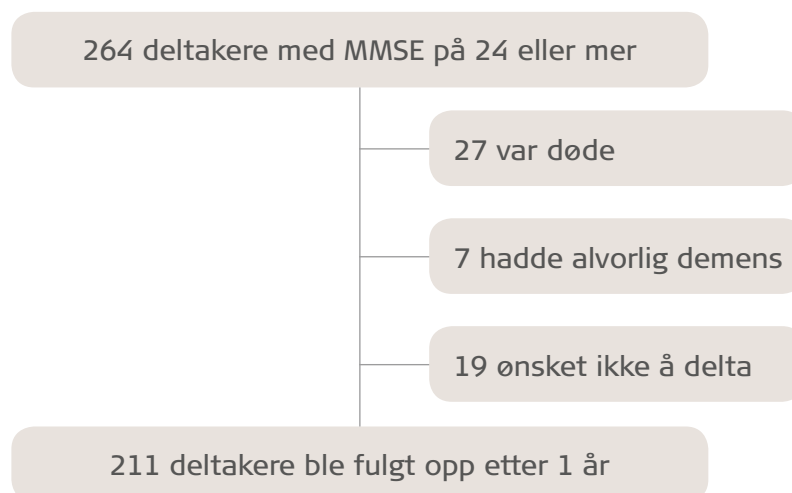
Fysisk helse ble registrert ved hjelp av opplysninger i pasientjournal og pasientadministrativt system. Dette inkluderte antall innleggelser siste fem år før inklusjon, lengden på sykehusinnleggelsen ved inklusjon og diagnoser ved tidligere og nåværende innleggelse. Detaljer om tilleggssykdommer ble systematisk registrert på en indeks, Charlson Indeks, der økende skåre indikerer økende alvorlighetsgrad av sykdommene [9].

Funksjonsnivå ble kartlagt med Lawtons skalaer for personlig og instrumentell funksjon i dagliglivets aktiviteter (P-ADL og I-ADL) [10]. Vi kartla nedsatt syn og hørsel med spørsmål fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) [11].

Depressive symptomer ble undersøkt ved hjelp av Hospital, Angst og Depressjons-skalaen (HAD) [12]. Skalaen kartlegger angstrelaterte og depressive symptomer (sju spørsmål på hvert område) den siste uken uten bruk av somatisk relaterte spørsmål. Høy skåre indikerer mer alvorligere symptomatologi.

Figur 1

Flytskjema for eldre uten kognitiv svikt (MMSE $\geq$ 24) innlagt ved Sykehuset Innlandet, Divisjon Tynset og etter ett år



En skåre på 8 eller mer på hver av de to symptomskalaene er forenlig med depressiv lidelse (mild, moderat eller alvorlig lidelse) [13].

Selvrapportert helse ble undersøkt med spørsmålet «hvordan er helsen din nå» som hadde fire svaralternativ, fra svært god (4) til dårlig (1).

Sosiodemografisk informasjon (lever alene eller ikke, røykevaner og opplysninger om bosted) ble besvart med selvrapporteringsspørsmål [11].

Dataanalyse

PASW, versjon 18,0 ble brukt for å gjennomføre statistiske analyser. Både enklere analyser for å beskrive datamaterialet (Kji-kvadrat test, T-tester for uavhengige utvalg og aldersjustert ANOVA) og kompliserte analyser for utforskning av sammenhengen mellom helseindikatorer ved sykehusinnleggelsen og endring over tid (multipel lineær regresjon) ble brukt.

Prosedyre

Potensielle deltakere ble forespurt etter at de var medisinsk stabilisert. De mottok skriftlig og muntlig informasjon. Samtykkekompetente pasienter undertegnet informert samtykkeskjema ved inklusjon. Hvis pasientene hadde redusert samtykkekompetanse ble pårørende informert, slik at de kunne reservere seg mot deltakelse på vegne av pasienten. Forskningsassistenten kartla først kognitiv funksjon med MMSE. Inkluderte pasienter ble deretter intervjuet. De som

trengte det fikk hjelp til å lese eller kryse av svarene.

Pasientene som ble inkludert i studien på sykehuset ble kontaktet via telefon for å avtale en oppfølgingsregistrering (ett år etter innleggelsen $\pm$ 14 dager) på hjemmeadressen eller der de nå befant seg. De samme to sykepleierne fulgte opp pasientene etter ett år med samme prosedyre som ved sykehusinnleggelsen. Ved alvorlig demens (KDV=3) ble pasienten ekskludert fra studien.

Regional etisk komité og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste har godkjent studien.

Resultater

I alt deltok 97 menn og 114 kvinner ved både inklusjon (T1) og oppfølging (T2) (tabell 1). Gjennomsnittsalderen til deltakerne ved inklusjon var 78.3 år og den varierte fra 65-95 år. De som ikke deltok ved oppfølgingen hadde tilsvarende alder, kjønn og MMSE-fordeling som de som deltok ved T2. Den gjennomsnittlige oppfølgingstiden for deltakerne var 369 (SD 29.3) dager.

Forekomst av kognitiv svikt ved T2

Etter ett år hadde 32.7 prosent (69) av deltakerne en kognitiv svikt (MMSE $\leq$ 23), med en spredning på MMSE 10-23. En høyere andel av deltakerne med lav normal kognitiv funksjon hadde fått en kognitiv svikt enn dem med høy normal kognitiv funksjon (tabell 2). Deltakerne

Tabell 1**Beskrivelse av deltakerne ved inklusjon (N=211)**

Totalt			
<i>Sosiodemografisk</i>			
Kvinner	N (%)	114	(54.0)
Alder	Gjennomsnitt (SD)	78.3	(7.0)
Bor alene	N (%)	109	(51.7)
<i>Informasjon om somatisk helse</i>			
Antall sykehusinnleggelser de siste 5 år før inklusjon	Gjennomsnitt (SD)	2.1	(2.8)
Den aktuelle sykehus innleggelsen (dager)	Gjennomsnitt (SD)	5.5	(3.9)
Varighet før inklusjon (dager)	Gjennomsnitt (SD)	3.8	(2.9)
Tilleggssykkelighetsskår	Gjennomsnitt (SD)	1.9	(1.9)
<i>Funksjonsnedsettelse</i>			
MMSE	Gjennomsnitt (SD)	26.8	(2.0)
P-ADL	Gjennomsnitt (SD)	7.5	(2.2)
I-ADL	Gjennomsnitt (SD)	8.4	(2.9)
Nedsatt hørsel	N (%)	77	(36.5)
Nedsatt syn	N (%)	36	(17.1)
<i>Symptomer på angst og depresjon</i>			
HAD-D $\geq$ 8	N (%)	17	(8.1)
HAD-A $\geq$ 8	N (%)	19	(9.0)
<i>Helse</i>			
God selvrapportert helse	N (%)	89	(42.2)

MMSE= Mini Mental Status evaluering, P-ADL = Personlig fingering i dagliglivet,

I-ADL = Instrumentell fungering i dagliglivet

HAD-D = Symptomer på depresjon, HAD-A = Symptomer på angst

Tabell 2**Fordeelingen av MMSE ved T1 og T2 (N=211)**

MMSE ved sykehusinnleggelsen		MMSE etter ett år					
		< 24		24-26		27-30	
24-26	N (%) spredning	40	(45.5) 18-23	33	(37.5)	15	(17.1)
27-30	N (%) spredning	29	(23.6) 10-23	42	(34.2)	52	(42.3)
Total	N (%) spredning	69	(32.7) 10-23	75	(35.5)	67	(31.8)

MMSE= Mini Mental Status evaluering,

T1 Ved inklusjon, T2 Ved oppfølgingen ett år etter

med MMSE 24-26 var eldre enn de med MMSE 27-30. I aldersjusterte analyser var den gjennomsnittlige reduksjonen i MMSE-skåren mindre blant dem med lav normal kognitiv funksjon ($p < 0.05$). Den aldersjusterte gjennomsnittlige reduksjonen var 1.2 (SD 2.6) ($p < 0.05$) poeng for dem med lav normal kognitiv funksjon og 3.0 (SD 3.1) poeng ($p < 0.01$) for dem med høy normal MMSE.

Faktorer som har sammenheng med kognitiv reduksjon ved T2

Risikoen for å skåre ett eller flere poeng dårligere på MMSE hadde sammenheng med MMSE-skåren og alder ved T1, og alle analyser har derfor tatt hensyn til dette. Hos de med MMSE 24-26 ved T1 fant vi i ulike analyser at redusert kognitiv funksjon ved T2 hadde sammenheng med nedsatt I-ADL og P-ADL og nedsatt syn og hørsel under innleggelsen (tabell 3). Hos de med MMSE 27-30 ved T1 hadde redusert MMSE ved T2 sammenheng med høy skåre på Charlson indeksen, redusert P-ADL og nedsatt hørsel under innleggelsen.

Diskusjon

Dette er den første skandinaviske oppfølgingsstudien blant innlagte eldre pasienter i sykehus uten kognitiv svikt ($MMSE \geq 24$). Gjennomsnittsskåren på MMSE var etter ett år redusert hos både de med lav normal og høy normal kognitive funksjon ved sykehusinnleggelsen.

Den gjennomsnittlige reduksjonen i kognitiv funksjon målt med MMSE var større hos de med høy normal kognitiv funksjon ved innleggelsen enn de med lav normal kognitiv funksjon, selv etter at vi hadde tatt hensyn til at alderen i de to gruppene var forskjellige. Dette gjaldt selv om andelen med kognitiv svikt ($MMSE < 24$) etter ett år var større hos de med lav normal funksjon enn de med høy normal funksjon.

I ulike analyser fant vi ut at redusert MMSE skåre etter ett år hadde sammenheng med redusert I-ADL og redusert syn hos de eldre som hadde lav normal kognitiv funksjon ved T1, men ikke hos de som hadde høy normal kognitiv funksjon. Dette mener vi kan ha sammenheng med at I-ADL i større grad enn P-ADL er nært knyttet til kognisjon hos eldre [14]. I tillegg er også I-ADL svikt nært knyttet til et tidlig stadium av enkelte former for demens, som Alzheimers demens (AD). Sammen-

hengen mellom kognitiv reduksjon og I-ADL hos de med lav normal MMSE ved T1 kan skyldes at mange av disse pasientene allerede hadde en mild grad av AD. Denne forklaringen støttes av at en stor andel i denne gruppen hadde en MMSE < 24 ved oppfølgingstidspunktet. Nedsatt syn og kognitiv svekkelse vil også kunne opptre samtidig i en tidlig fase av den progredierende hjerneskaden som ved utvikling av AD [15]. Dette støtter opp under sammenhengen mellom redusert syn og senere kognitiv reduksjon hos de med lav normal kognitiv funksjon ved innleggelsen.

For både de med lav og høy normal kognitiv funksjon ved sykehusinnleggelsen hadde reduksjon i kognitiv funksjon sammenheng med redusert P-ADL og nedsatt hørsel. Redusert P-ADL kan til dels være knyttet til de somatiske sykdommene pasientene hadde. Gjennom forskning er det vel kjent at nedsatt P-ADL og kognitiv reduksjon er tett knyttet sammen, og det gjelder ikke bare for eldre innlagt i sykehus. Enkelte studier har foreslått at det er en gjensidig påvirkning mellom redusert P-ADL og redusert kognitiv funksjon [16].

Sammenhengen vi fant mellom nedsatt hørsel og senere kognitiv reduksjon er rapportert i andre oppfølgingsstudier av eldre med normal kognitiv funksjon ved studiestart, men også i studier som omhandler eldre med en lett kognitiv svikt eller med demens. En kan hevde at resultatet vårt er forårsaket av hørselstapet, altså at hørselstapet hadde virket negativt inn på besvarelsen av den kognitive testen, og da mer negativt ved oppfølgingstidspunktet enn ved innleggelsen. Andre er av den formening at nedsatt hørsel enten er en markør for tidlig fase av demens forårsaket av en sentral svikt i hjernen ved overføring av hørselsinformasjon, og andre igjen at det er en risikofaktor for senere demens [17]. Nedsatt hørsel kan gi økt kognitiv belastning ved kommunikasjon og kan også bidra til sosial isolasjon. Begge forhold kan hver for seg være medvirkende til senere redusert kognitiv funksjon. Om adekvat hørselsrehabilitering, høreapparat tilpassing og bruk av høreapparat kan modifisere betydningen av hørselstapet er ennå ikke avklart i empiriske studier [18].

Tilleggssykkelighet hadde sammenheng med en senere reduksjon i kognitiv

Tabell 3

Helse indikatorer ved T1 som kan ha sammenheng med redusert kognitiv fungering ved T2 (MMSE T2-T1) ¹

	MMSE 24-26 (N=88)		MMSE 27-30 (N=123)	
	β	(95% KI)	β_A	95% CI
Økende sykkelighet	-0.01	(-0.33 0.31)	-0.35	(-0.63 -0.07)
Nedsatt P-ADL	-1.27	(-2.37 -0.18)	-1.19	(-2.31 -0.07)
Nedsatt I-ADL	-1.61	(-2.72 -0.50)	-1.12	(-2.47 0.24)
Nedsatt hørsel	-1.95	(-3.02 -0.88)	-1.41	(-2.56 -0.27)
Nedsatt lese-syn	-1.76	(-3.10 -0.42)	-0.78	(-2.27 0.71)

β = De lineære regresjon koeffisienter

KI = konfidensintervall

Alle de ulike helseindikatorer som undersøkes er kontrollert for MMSE og alder

(økende) ved sykehusinnleggelsen

Uthevet tekst er signifikante sammenhenger ($p < 0.05$)

MMSE = Mini Mental Status evaluering

P-ADL = Personlig fungering i dagliglivet, I-ADL = Instrumentell fungering i dagliglivet

funksjon bare hos de med høy normal kognitiv funksjon ved sykehusinnleggelsen. Andre studier som har undersøkt sammenhengen mellom grad av tilleggssykkelighet og senere kognitiv svikt, skilte dessverre ikke mellom lav normal og høy normal kognitiv funksjon, men støtter vårt funn om at økende grad av sykkelighet har sammenheng med økende demens etter ett år [4, 19].

Noen studier har vist en sammenheng mellom depresjon og senere kognitiv reduksjon hos sykehusinnlagte, andre studier har vist at denne sammenhengen er midlertidig. I vårt utvalg fant vi etter ett år ingen sammenheng mellom kognitiv funksjon og depresjon, men vi hadde heller ikke mange deltakere som hadde depressive symptomer under sykehusinnleggelsen. Dette står i motsetning til andre studier som har funnet at grad av depresjon har sammenheng med kognitiv reduksjon ved oppfølgingen [20]. Dessverre hadde vi ikke informasjon om utdanning, selvtillit og ensomhet, som er faktorer som kan påvirke kognitiv reduksjon.

Konklusjon

Vi fant at en tredel av de eldre (≥ 65 år) som ble innlagt på medisinsk avdeling, ett år etter innleggelsen hadde utviklet kognitiv svikt. Noen av disse pasientene kan ha hatt en udiagnostisert demens

ved innleggelsen, spesielt gjelder det blant de med MMSE skåre 24-26. Nedsatt hørsel og syn, redusert personlig og instrumentell funksjon i dagliglivet og økende grad av tilleggssykkelighet var helseindikatorer som hadde betydning for kognitiv funksjon ett år etter.

Kjernepunkter

- ♦ Eldre pasienter som innlegges på sykehus uten kognitive nedsettelse har etter ett år en gjennomsnittlig reduksjon i den kognitive funksjonen. Denne reduksjonen finner sted både hos de med lav normal kognitiv funksjon og de med høy normal kognitiv funksjon
- ♦ De med høy normal kognitiv funksjon under innleggelsen hadde større reduksjon enn de som hadde lavere normal kognitiv funksjon
- ♦ Helseindikatorer ved innleggelsen som har sammenheng med reduksjon av kognitiv funksjon etter ett år er økt sykkelighet og nedsatt funksjon når det gjelder syn, hørsel og personlige og instrumentelle aktiviteter i dagliglivet
- ♦ Noen pasienter med normal kognitiv funksjon kan ha en udiagnostisert demens, og da spesielt de med lav normal kognitiv skår.

Takk til

Studien var finansiert ved hjelp av penger fra Helse- og omsorgsdepartementet og Sykehuset Innlandet. Forfatterne vil takke PhD Hans Cato Guldberg og Randi Scanke for verdifull støtte, og den medisinske avdelingen ved sykehuset som muliggjorde studien gjennom sitt samarbeid. Det er ingen interessekonflikter i denne studien. En mer omfattende versjon av metode, resultater og diskusjon er publisert tidligere, se referanse nr 7.

■ Anne-Sofie.Helvik@ntnu.no

REFERANSER

1. Zuccala G, et al., The effects of cognitive impairment on mortality among hospitalized patients with heart failure. *The American Journal of Medicine* 2003;115:97-103.
2. Chodosh J, et al., Cognitive decline in high-functioning older persons is associated with an increased risk of hospitalization. *Journal of the American Geriatrics Society* 2004;52:1456-1462.
3. Ehlenbach WJ, et al., Association between acute care and critical illness hospitalization and cognitive function in older adults. *JAMA: the journal of the American Medical Association* 2010;303:763-770.
4. Wilson RS, et al., Cognitive decline after hospitalization in a community population of older persons. *Neurology* 2012;78:950-956.
5. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, «Minimal mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975;12:189-198.
6. Braekhus A, Laake K, Engedal K, A low, 'normal' score on the Mini-Mental State Examination predicts development of dementia after three years. *Journal of the American Geriatrics Society* 1995;43:656-661.
7. Helvik A-S, Selbaek G, Engedal K, Cognitive Decline One Year after Hospitalization in Older Adults without Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2012;34:198-205.
8. Hughes CP, et al., A new clinical scale for the staging of dementia. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. 1982;140:566-572.
9. Quan H, et al., Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. *Medical Care* 2005;43:1130-1139.
10. Lawton MP and Brody EM, Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist* 1969;9:179-186.
11. Holmen J, et al., The Nord-Trøndelag Health Study 1995-97 (HUNT 2): Objectives, contents, methods and participation. *Norsk Epidemiologi* 2003;13:19-32.
12. Zigmond AS and Snaith RP, The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983;67:361-370.
13. Snaith RP and Zigmond AS, *The hospital anxiety and depression scale manual*. 1994, Windsor: NFER-Nelson.
14. Hoogerduijn JG, et al., A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Journal of Clinical Nursing* 2007;16:46-57.
15. Anstey KJ, Hofer SM, Luszcz MA, A latent growth curve analysis of late-life sensory and cognitive function over 8 years: evidence for specific and common factors underlying change. *Psychology and Aging* 2003;18:714-726.
16. Albert SM, et al., The impact of mild cognitive impairment on functional abilities in the elderly. *Current Psychiatry Reports* 2002;4:64-68.
17. Lin FR, et al., Hearing loss and incident dementia. *Arch Neurol* 2011;68:214-220.
18. Lin FR, et al., Hearing Loss and Cognitive Decline in Older Adults. *JAMA Internal Medicine* 2013; 1-7.
19. Chen CC, et al., Patterns of cognitive change in elderly patients during and 6 months after hospitalisation: A prospective cohort study. *International Journal Nursing Studies* 2011;48:338-346.
20. Helvik A-S, Skancke RH, Selbæk G, Depresjon hos eldre innlagte på sykehus - blir den oppdaget? *Demens&Alderspsykiatri* 2010;14:40-42.

UTDANNINGSTILBUD



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

FAGSKOLE Demensomsorg og alderspsykiatri

- For helsefagarbeidere/ omsorgsarbeidere/hjelpepleiere
- Fleksibel og nettbasert
- Praksis på egen arbeidsplass

- Deltidsutdanning over 2 år
- Ukesamlinger i Tønsberg, én per halvår
- Godkjent av NOKUT

Ta kontakt!

Informasjon, opptakskriterier og søknadsskjema:

www.aldringoghelse.no

Tlf.: 33 34 19 50 – post@aldringoghelse.no



FORNØYD: – Mange av våre pasienter sier at de opplever det som godt og lettende å gå i gruppe, sier psykolog Sindre Angeltvedt.

Bente Wallander (tekst og foto)

Gruppeterapi ved angst og depresjon hos eldre

Pasienter med angst og depresjon har de to siste årene fått tilbud om gruppeterapi ved NKS Olaviken Alderspsykiatriske sykehus AS.

– Dette er fortsatt upløyd mark for vårt fagmiljø, men vi høster mange positive erfaringer, sier psykolog Sindre Angeltvedt, som driver gruppen sammen med spesialsykepleier Eva Marie Buberger.

Tilbudet om gruppeterapi startet da Post 1, som er en allmennpsykiatrisk post for eldre med angst, depresjon og andre psykiske lidelser, ble åpnet i 2010. Posten er aktuell også for pasienter med mild kognitiv svikt, men er ikke ment for pasienter som utredes og behandles for demens.

Sykehusets bakenforliggende idé er at Post 1, siden den er ment for allmennpsykiatriske problemstillinger, skal være

en mer aktiv post, og at pasientene skal trenes mer i forhold til sine psykiske lidelser. Pasientene som mottar gruppebehandling er i alderen 65+. De opplever nå mindre skjerming og mer eksponering enn ved de andre avdelingene hvor målgruppen er personer med demens og kognitiv svikt. Gruppeterapi er ikke en del av behandlingstilbudet bare for personer fra Post 1.

– Noen ganger ser vi at folk på andre poster også kan dra nytte av og ha behov for et slikt tiltak. Vi har blant annet inkludert noen yngre personer med mild kognitiv svikt i gruppen, og jobber med deres lidelser på den samme måten som

vi gjør overfor andre, forutsatt at de har kognitiv kapasitet til å forstå og bearbeide informasjonen i gruppen. Erfaringene vi har høstet så langt er gode, forteller psykolog Sindre Angeltvedt.

Psykoedukativt arbeid ¹

Ved Post 1 jobbes det ut fra en kognitiv modell som preger både innhold og struktur. Dette preger også gruppearbeidet.

– Vi er lite opptatt av å gå tilbake i livet, her handler det mest om her og

¹) Av psyko- og lat. 'oppdra', behandling av psykiske lidelser ved hjelp av pedagogiske prinsipper.

nå. Det er nå den enkelte har det vanskelig. «Hvordan tolker du det», spør vi. «Hva gjør du i forhold til det?» Vi vet at en del negative spiraler pleier å være til stede. Personer som er deprimerert unngår ofte lystbetonte aktiviteter og kontakt med andre. Man kan nok si at det er et sterkere innslag av psykoedukasjon hos oss, enn det som er gjennomsnitt i grupper ellers. Vi bruker blant annet mye tid på å forklare hva psykiske lidelser er, hvilke symptomer de kan gi og hva som kan være nyttig med tanke på å bli frisk igjen.

Finner fast struktur

Gruppen treffes tre ganger i uken, en time hver gang, og drives etter en fast struktur av aktive gruppeledere. Hvor mange deltakere som er med varierer, men det ligger vanligvis på cirka fire-fem deltakere i tillegg til to gruppeledere.

– Vi går en runde der alle sier noe om hvordan de har det nå, slik at alle er klar over hvordan alle har det den dagen, og hva de opplever her. Mellom hver samling har deltakerne laget seg individuelle mål/hjemmeoppgaver som skal hjelpe

dem videre i riktig retning. Vi begynner med å gå gjennom målsettingen fra forrige gang og forteller hvordan det har gått. Tilsvarende gjør vi på slutten av timen. Deltakerne lager seg da nye målsettinger og sier noe om hvordan det har vært å være i gruppen den dagen. Vi prøver å stimulere deltakerne til større aktivitet på områder som fremmer helse. Eksempler på delmål kan være å gå tur, møte opp ved felles måltider og ta bus-sen alene.

Ettervern

Etter utskrivning får deltakerne tilbud om å delta i en etterverngruppe. Der kan de gå i opp til ett år. Etterverngruppen møtes på vår Poliklinikk ved Haraldsplass i Bergen i en og en halv time hver uke.

– Vi ønsker å gi folk anledning til å få behandling og jobbe med problemene sine ute. På den måten blir ikke bedringen bare et løft mens man er innlagt. Deltakerne skal selv finne måter å håndtere livene sine videre. Det fungerer best når man er ute i livet sitt, forklarer Sindre Angeltvedt.

Gruppens fokus dreier seg ofte om ensomhet, som mange sliter med.

– Det letter jo ting når man kommer inn her og får mennesker rundt seg. I fellesskapet finner vi løsninger, men det er den enkelte som erfarer hvordan det fungerer i praksis.

Poliklinikkens grupper synes ifølge psykologen å fungere på et svært godt nivå, da deltakerne her allerede har vært en del i grupper.

– De er nok mer prosessorienterte og deltakerdrevne enn vår gruppe.

Resultater

Siden gruppene ble etablert har det vært gjort forsøk på måling av resultater. Pasientene fyller ut spørreskjemaer like før de begynner i gruppe, og igjen på slutten av perioden.

– Problemet vårt er at vi ikke får målt gruppen isolert. Svarene blir mer et mål på hvordan hele perioden har vært. Det skjer andre ting på avdelingen, vi bruker også musikkterapi, medikamentell behandling, miljøterapi med mere. Målingene viser en generell effekt, men viten-

Fikk hjelp for medisinnmisbruk

77 år gamle «Solveig» er godt fornøyd med gruppeterapitilbudet hun har fått under oppholdet på NKS Olaviken sykehus.

Solveig ønsker ikke å stå frem med sitt egentlige navn og bilde, men lar seg gjerne intervjuet om det hun har opplevd mens hun har vært innlagt ved NKS Olaviken sykehus.

– Jeg har vært innlagt i snart syv uker og synes at gruppetilbudet har vært veldig fint. Det hjalp meg til å forstå at andre strever med det samme som meg. Jeg fikk høre om hvordan de andre har taklet det og hvordan det går opp og ned i løpet av behandlingen, særlig til å begynne med. Det ser ut som om de aller fleste klarer å komme seg ut igjen og leve helt vanlig, reflekterer hun.

Misbruk av tabletter

Solveig forteller at hun var godt voksen da hun første gang fikk problemer med søvnløshet og angst.

– Jeg har ikke vært plaget med dette tidligere i livet. Men nå, når jeg er eldre og ikke i så stor aktivitet, dukket det opp. Kanskje fordi jeg har vært veldig sliten.

Solveig fikk tabletter som hjalp henne mot søvnløshet.

– Men jeg led av angst, trolig også av depresjon, og begynte å ta flere medisiner. Etter hvert tok jeg mer enn jeg skulle, jeg tok nok også mer enn det legen hadde foreskrevet, erindrer hun.

Solveig forsto at hun burde søke hjelp for problemene sine, men tenkte lenge at hun ikke kunne reise fra mannen sin for å få behandling.

– Han har slitt med sykdom gjennom flere år, og jeg følte meg uunnværlig. Det har jo ikke vært snakk om et slikt tilbud heller.

Fjernet tablettene

Etter flere ukers behandling ved Olaviken har Solveig snart redusert tablettforbruket til et nullnivå.

– Det går overraskende bra. Jeg sover om natten, helt normalt uten medisiner og får bedre dager samtidig. Man blir i ulage i hele kroppen når man ikke sover om natta.

skapelig er det vanskelig å si at det skyldes det ene eller andre. I ett av skjemaene dreier noen spørsmål seg om selvfølelse og andre om generelle symptomer. Blant gruppedeltakerne ser man ganske tydelig at selvfølelsen blir bedre og symptomene blir dempet. Men igjen, vi vet ikke akkurat hvor stort det relative bidraget fra gruppen er, medgir Angelvedt. Våre erfaringer rent subjektivt er at gruppen har gode effekter.

Er litt ubehag bra?

Han forteller at mange pasienter gir uttrykk for at de opplever det som godt og lettende å gå i gruppe. Andre synes det kan bli for tett, eller for ubehagelig, å skulle snakke til flere om personlige ting.

– Det er også forhold vi må utforske videre: Gir den umiddelbare gode følelsen reell bedring på sikt? Kan det hende at litt ubehag kan være nyttig, hvis det kommer noe konstruktivt ut av det. Deltakelsen i gruppen er et frivillig tiltak. De som synes at det er vanskelig å åpne seg sier ofte, etter et par ganger, at det ikke passer for dem og forlater gruppen.

Slik er det ofte med grupper. Det føles nok mer behagelig for enkelte å gå til én person. Men erfaringen de fleste gjør seg etter hvert, er at dette var jo nyttig og bra.

– Nylig innførte vi også miljøterapeutiske samtaler. Pasientene har nå ukentlige strukturerte samtaler med primærkontakten sin, som oftest sykepleier eller psykiatrisk sykepleier. Dette blir det spennende å se virkningen av.

Deler gjerne erfaringer

Sindre Angelvedt vet ikke hvorfor gruppeterapi til eldre ikke er hyppigere brukt.

– Det er ingen grunn til å tro at folk i denne aldersgruppen ikke skulle ha like stor nytte av det som andre. Vi opplever våre deltakere som reflekterte mennesker som setter ord på ting som fører til gode gruppeprosesser. Noen har hatt angst/depresjon siden de var 20 år gamle, andre har fått problemer på veien, ofte på grunn av endringer. Det kan være tap av ektefelle, å bli pensjonist, somatiske vansker, smerteproblematikk og/eller belastninger. Vi har også en del pasienter

som over tid har utviklet et overforbruk av ulike medisiner, for det meste foreskrevne legemidler. Direkte rusutløste problemer ser vi ikke så ofte, ei heller alkoholmisbruk for å oppnå en rus.

Den gjennomsnittlige innleggelsestiden ved Post 1 varierer litt, men seks-åtte uker er utgangspunktet.

– Enkelte setter nok pris på å ta en pause fra livet sitt, men vi forsøker å snu litt på det, slik at det ikke blir hovedmålet. Vårt fokus er å ansvarliggjøre, og vi motiverer pasienter med angst og sterkt ubehag til å tørre å stå litt i det. Hva har de blitt hjulpet av før? Hva kan de gjøre nå for å oppleve det samme? De finner en slags nøkkel til forståelse, som er viktig for oss alle. Det er ikke alltid vi hører på det vi får servert fra andre. Jo mer som kommer innenfra, jo bedre er det!

Solveig kan snart se frem til hjemreise. Hun er usikker på om hun får deltatt i etterverntilbudet, men håper at det hun har lært vil hjelpe henne videre.

– Jeg skal i hvert fall ikke pøse på med medisiner igjen. Jeg er endelig kvitt angstproblemene nå og føler meg simpelthen helt ny. Dette er et tilbud som mange andre sikkert også skulle fått, sier hun.

MISBRUKTE MEDISINER: «Solveigs» problemer startet med søvnløshet og endte med medisinmisbruk. Etter fem uker med behandling har hun redusert tablettinntaket til nær null.

(Ill.foto: Scan Stock Photo)





FOTO: Kjell Martin Moksnes

Erik Andreas Nordberg

– til minne

Erik Andreas Nordberg sovnet inn første juledag, bare 63 år gammel. Vi har mistet en god kollega, og norsk psykiatri har mistet en pioner i det norske alderspsykiatriske fagfeltet. Han visste at han ikke ville bli så gammel. For fire år siden fikk han konstatert en meget aggressiv kreftform, men han la om livsstilen og sitt daglige virke og fikk flere gode år med sine kjære.

Erik Nordberg vokste opp i Trøndelag og Volda i en stor søskenflokk. Han fullførte medisinsk embetseksamen i 1977. Tidlig viste han et bredt interessefelt og stor arbeidskapasitet. Hovedinteressen var psykiske lidelser og han fikk erfaring fra barne- og ungdomspsykiatri, militærpsykiatri og katastrofepsykiatri, fra Modum Bad, Vindern, Gaustad og Dikemark. Han hadde en god hånd med pasientene og deres pårørende, og de fikk stor tillit til ham. Han ble godkjent spesialist i psykiatri i 1984. Senere var han spesiallege i Helsedirektoratet i to år, og han beholdt sin interesse for faglig administrativt arbeid gjennom hele sitt yrkesaktive liv. Han begynte som avdelingsoverlege ved alderspsykiatrisk avdeling, Gaustad sykehus i 1987, og var der til han på grunn av sykdom sluttet i 2010. Han var en pioner for de store endringene i dette fagfeltet og med sin innsats og entusiasme var han med på å drive frem strukturelle og faglige end-

ringer for å gjøre alderspsykiatri til et spennende og innovativt fagfelt. Han hadde klare visjoner: Pasientenes beste var et ufravikelig krav. Ikke alle skulle være på sykehus, men alle hadde krav på god omsorg og behandling. Han sto i spissen for alternative måter å drive sykehus-psykiatri på ved å opprette en spesialisert alderspsykiatrisk poliklinikk, den første i landet. Med sitt milde vesen og klare tale fikk han personalet og administrasjonen med seg i det meget nødvendige endringsarbeidet.

Lenge før samhandlingsreformen ble lansert sto han i spissen for å tilby alderspsykiatrisk kompetanse til sykehjem i Oslo. Dette prosjektet var forskningsbasert og er nå videreført med statlige midler. Han knyttet kontakter til andre avdelinger og kollegaer og var en sentral person i å utvikle alderspsykiatri til et spesialfelt i psykisk helsevern. Mange og ulike råd og utvalg i arbeidsfeltet, i statlig regi og i foreningssammenheng fikk glede av hans innsats.

Han var en stillferdig samarbeidspartner, men vi var aldri i tvil om hva han ville og hvor han ville i sitt fagområde. Han evnet å finne praktiske løsninger og ga aldri opp i vanskelige saker, problemer var til for å løses – noe han alltid bidro til. Samarbeidet med kommunale instanser ble etter hvert meget sentralt, og der viste han også sin evne til å invol-

vere og ansvarliggjøre andre deler av helsetjenesten gjennom veiledning og opplæring.

Erik var opptatt av god ledelse og han var selv en god leder. Han tok mastergrad i Helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo i 1997 og skrev hovedoppgave om organisering av den alderspsykiatriske helsetjenesten. Som leder var han en god støtte og samarbeidspartner, alltid til å stole på, initiativrik og ansvarlig, aldri med de store ord, men alltid til stede for sine medarbeidere. Det kunne bli lange arbeidsdager, men Erik var alltid like blid. Erik hadde en egen evne til å få sine medarbeidere til å føle seg verdsatt, han evnet å spre positivitet og optimisme rundt seg og fikk fram det beste hos sine medarbeidere.

Vi takker for at vi fikk arbeide sammen med ham og ha ham som en god kollega og venn, og vil savne han dypt. Våre tanker går til de nærmeste som har mistet sin kjære Erik.

*Mina Bergem
Knut Engedal
Kari Os Eskeland
Bernhard Lorentzen
Kjell Martin Moksnes*



May-Hilde Garden, fagkonsulent demens,
Nasjonalforeningen for folkehelsen

Den som har skoen på, vet hvor den trykker!

Har brukermedvirkning for personer med demens
et større utviklingspotensial?

Brukermedvirkning og person-sentrert omsorg er gull-standarden i moderne norsk demensomsorg. Både omsorgs-filosofier, utviklingsprosjekter og organisering av tjenester for personer med demens tar sikte på individuell tilrettelegging. Dette er bra! Men etter årevis i teten i europeisk helsepolitikk når det gjelder demensomsorg, henger vi i Norge nå etter på et område; brukermedvirkning.

Er det blitt slik at vår stadig bedre kompetanse på demens og våre gode hensikter har ført til at hovedpersonen i demensomsorgen, selve personen som lever med demens, ikke trenger å bli hørt?

På samfunns- og systemnivå ser vi nå endringer i andre europeiske land og fra forskningsmiljøer i hvordan de inkluderer personer med demens. Personer med demens får sin egen stemme, og uttaler selv sine ønsker og behov, de blir i større grad en pressgruppe innen lobbyvirksomhet overfor myndigheter. I Skottland har de kommet langt på dette området. Der har personer med demens organisert seg i en arbeidsgruppe under mottoet «Nothing about us, without us». Noe tilsvarende har vi ennå ikke i Norge. Men det er bare et tidsspørsmål! Innen omsorgsforskning, og spesielt innen livskvalitetsforskning, kommer det flere studier som tar utgangspunkt i personens egen opplevelse av livssituasjonen. I Norge har Kjersti Wogn-Henriksen gjort fremragende arbeid med å bringe fram personer med demens sin egen stemme. Dette er det virkelig behov for, og det utvider vår forståelse og horisont. Noen ganger hører vi likevel metodologiske innvendinger til resultatenes troverdighet hvis fokusgruppen er personer med demens, siden vi ikke kan forutsette konsistente svar. Andre innvendinger mot å utelukke personer med

demens fra studier som omhandler dem selv, er at det stilles spørsmål ved deres samtykkekompetanse. Gruppen regnes som en sårbar gruppe som dermed bør beskyttes.

Også på individnivå er det nå større fokus på brukerstemmen. Ikke minst er det viktig at personer med demens bidrar aktivt i å utforme egne tjenester. Hvem andre er bedre egnet til å beskrive behov og påpeke hull i tilbudet? Særlig i starten av demensforløpet kan personer med demens delta aktivt i å utforme sine egne helse- og omsorgstjenester. Dette er vel kanskje den beste måten å sikre at tilbudet blir individuelt tilrettelagt? Både bagatellisering av demenssymptomene og å undervurdere deres samtykkekompetanse er grøfter det er mulig å havne i når man vurderer å involvere personer med demens i beslutningsprosesser. Det kreves både åpenhet og kunnskap om demens for å finne og manøvrere i balansegangen mellom ytterpunktene.

Hvordan kan vi på en god måte legge til rette for reell brukermedvirkning ved å sette personen i sentrum? Vil ikke alle som jobber med personer med demens deres beste og er ikke det nok? Å utføre handlinger og tilrettelegge tjenester som har personen med demens sitt beste i fokus er selvfølgelig et viktig utgangspunkt. Men gode hensikter alene er ikke nok for å sikre reell brukermedvirkning.

I tillegg må vi som samfunn og som tjenesteytere skape møteplasser og strukturer som sikrer deltakelse, og ikke minst innflytelse. Personer med demens har i tillegg sykdomssymptomer som gjør at disse arenaene må være tilrettelagt slik at de får støtte, enten det dreier seg om brukervedvirkning på system- eller individnivå. Dette gjelder alt fra strukturer og kognitiv støtte i møtevirksomhet til en gjennomgang av hvordan organisasjonen har prosedyrer for involvering av brukeren. I tillegg må vi konfrontere våre egne holdninger til personer med demens som likestilte deltakere i samfunnet.

Brukermedvirkning og individuell tilrettelegging kan synes både ukomplisert og riktig så lenge støttepersoner og personer med demens er enige i virkemidler, mål og metoder. Utfordringen blir større når personen som selv lever med sykdommen vil noe annet enn det som virker både rimelig og fornuftig. Det er

vel særlig i disse situasjonene våre holdninger til brukervedvirkning og vårt syn på personer med demens virkelig stilles på prøve. Vi må spørre oss selv om deres ønske er et uttrykk for sykdom eller for personlig egenart. Her bør vi utfordre oss selv, og la personen som selv lever med demens få ta del i beslutningene på en helt ny måte.

Nasjonalforeningen for folkehelsen er interesseorganisasjon for personer med demens og deres pårørende. Som interesseorganisasjon ønsker vi å jobbe for et mer demensvennlig samfunn for en stadig større gruppe i samfunnet, for bedre helsetjenester, for mer åpenhet og større deltakelse. Vi ønsker i tillegg å jobbe med personer med demens og deres pårørende for at deres stemme skal bli hørt. Nasjonalforeningen for folkehelsens handlingsprogram og prinsippprogram er utformet med deres beste i tankene, og vi har sikret oss pårørende i viktige posisjoner i organisasjonen. Vår

neste utfordring er å involvere personer som selv lever med demens som reelle deltakere og samarbeidspartnere når vi skal forme vår politikk og standpunkter og når vi møter politikere og beslutningstakere.

Brukermedvirkning er allment akseptert, og en av grunnpillarene i velferds-samfunnet. De det angår vet selv best hvor skoen trykker. Men det er særlig hvordan holdningene kommer til uttrykk i aktive handlinger i organisasjonsliv, helse-tjenester og mellommenneskelige møter med personer med demens, som virkelig teller for dem som lever med demens-sykdom. Vår målsetting med brukervedvirkning bør være å støtte personer med demens til selv å kunne ta uavhengige beslutninger og fremme deres selvbestemmelse.

■ maga@nasjonalforeningen.no

–Ta samtalen!

Hvordan skal man gå frem dersom en mistenker at en av ens nærmeste har utviklet demens? Hva skal en si, og hvor kan man eventuelt få hjelp?

Helsedirektoratet skal i april i år lansere en nasjonal informasjonskampanje om demens hvor disse spørsmålene er sentrale.

Samtidig er TV-aksjonen viet Nasjonalforeningen for folkehelsen og demenssaken i oktober, og dette til sammen vil gi demens mye nasjonal oppmerksomhet i år.

Ett av målene med informasjonskampanjen *Ta samtalen!* er å øke åpenheten og kunnskapen om demens i samfunnet.

– Vi ønsker at mennesker skal snakke sammen om demens, og at en ved mistanke om demenssykdom oppsøker fastlege/demensteam tidlig for utredning og diagnostisering, sier Anneline Svensen, som er prosjektleder for Demenskampanjen 2013.

Vikige kommuner

Det er viktig at pårørende og personer med demens lett får tilgang til informasjon om sykdommen, og hvilke tjenestetilbud som

finnes. Her spiller kommunene en viktig rolle.

– Kommunene bør bruke egne nettsider til å promotere sitt tjenestetilbud, som pårørendeskoler og dagaktivitetstilbud. Det er også viktig å gjøre kontaktinformasjon til demenskoordinator og/eller demensteam synlig, oppfordrer Svensen.

Det kan i tillegg være lurt å vise til Nasjonalforeningens Demenstelefon 815 33 032, samt vise vei til ytterligere informasjon på www.helsenorge.no/demens. Det er produsert en kampanjefilm som skal vises på TV i april, og denne vil, sammen med fagartikler, bli tilgjengelig på www.helsenorge.no.

Målgruppene for budskapet i kampanjen er pårørende til personer med demens, og personer med demens.



ØKT PÅGANG: – Med økt fokus på demens i 2013 kan vi regne med økt pågang til både kommuner og fastleger om temaet, sier Anneline Svensen.



Linda Gjøre, Ergoterapeut MPH, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse



Faksimile Stavanger Aftenblad 25.06.2010

Faksimile Lillesandposten 13.07.2010

Svart på hvitt

– norske avisers fremstilling av personer med demens

I løpet av livet vil mange av oss måtte forholde oss til en demenssykdom. Hvordan vi reagerer på sykdommen vil henge sammen med kjennskapen vi har til den fra før. Mange vil skaffe seg mer kunnskap om demens via massemedia. Hvordan demens fremstilles i media vil påvirke hvordan personer med demens, pårørende og samfunnet forholder seg til og reagerer på denne sykdommen.

Massemedia

Massemedia er en av våre viktigste kilder til informasjon og kunnskap (1). Media har mulighet for å nå et stort antall personer samtidig, men som mottaker av informasjonen har man liten mulighet til å komme med spontan tilbakemelding på det som blir presentert (2). Dette innebærer at man i større grad enn ved toveis kommunikasjon vil danne seg en mening om innholdet som ikke blir utfordret av andres oppfatninger.

Massemedia velger hva de ønsker å presentere og har makt til å fremheve enkelte tema. En sak kan presenteres med en positiv, nøytral eller negativ vinkling og jo lenger unna vår hverdag et tema befinner seg, desto større er sjansen for at våre meninger er formet av informasjonen vi får presentert i media (3). Spesielt på områder der media er vår hovedkilde til innhenting av kunnskap, er vi avhengige av å få presentert fakta hvis vi skal kunne danne oss egne meninger på et nøytralt grunnlag (4).

Mediedekning bidrar ofte til at det blir gjort noe med problemstillinger som tas opp (3), og det bildet media presenterer av en sak ligger ofte til grunn for den offentlige debatten og for politiske beslutninger (4). Avisene er blant de viktige mediene, som skaper og sprer kunnskap til allmennheten (5). De bidrar til å forme våre forestillinger og ofte fokuserer de på ekstreme ytterpunkt ved et tema. Et eksempel på dette er fremstilling av eldre i avisene der vi ofte får presentert den eldre som den utrolig spreke mannen eller som den gamle mannen som lå død i egen leilighet i lang tid før han ble funnet (3).

Demens og massemedia

Massemedia er det vi benytter hyppigst for å skaffe oss informasjon om helse-spørsmål, og vår kunnskap formes mye ut fra de fremstillingene vi får fra media (6-8). Kirkman fant i en studie at massemedia var hovedkilden befolkningen brukte for å skaffe seg informasjon om

Alzheimers sykdom (9). Helsedirektoratet har påpekt at bevisstheten om demens er økende (10). Fordi dette er en sykdom som øker i omfang er det behov for å gi befolkningen mer kunnskap. Det er viktig å satse på spredning av riktig informasjon om demens via mange kanaler. Det er et mål at dette skal bidra til et mer demensvennlig samfunn.

Analyse av avisene

For å undersøke hvordan personer med demens fremstilles i avisene ble det valgt en kvalitativ tilnærming. Datamaterialet ble skaffet ved å søke etter aktuelle avisartikler i Mediarkivet Atekst (11). Der finnes alle avisartikler som publiseres i papirutgave eller via nett i Norge. Små og store, lokale og landsdekkende aviser som ble gitt ut i perioden 15. mai – 15. juli 2010 ble inkludert. Det ble søkt etter artikler som inneholdt minst ett av ordene: Alzheimer(s), demens eller dement(e). Til sammen ble 363 artikler inkludert i studien. Artiklene omfattet leserinnlegg, minneord, vitser og bokomtaler i tillegg til de journalistiske artiklene.

Analysen ble gjort i tre faser, først en åpen koding der det ble brukt tid på gjennomlesing av alle artiklene. I åpen koding kodes innholdet i tekstene man arbeider med, man identifiserer viktige ord og setninger i datamaterialet som blir gitt navn/koder ut fra sitt meningsinnhold (12). Dette var starten på kate-

goriseringen av datamaterialet og kodene skulle være beskrivende for hva teksten formidlet om personer med demens. Artiklene ble kodet ut fra innholdet i hver enkelt tekst. Noen artikler fikk en kode på hva de omhandlet, andre fikk koder til deler av innholdet i teksten.

I den andre delen av analysen ble kodene fra artiklene sammenliknet for å finne likheter og ulikheter mellom dem. De kodene som hadde fellestrekk ble slått sammen i preliminaire kategorier. Slike kategorier skal være mer abstrakte enn kodene og bidra til å beskrive datamaterialet på en fyldig måte (13). De preliminaire kategoriene ble sammenliknet med hverandre for å se hva som var overordnede og underordnede kategorier og hvordan de passet sammen med hverandre.

I den tredje delen av analysen ble det valgt en kjernekategori for det fremvoksende resultatet. Kjernekategorien skal presentere hovedresultatet i studien (13) og det ble gjort en ny gjennomgang av dataene for å se om kjernekategorien i dette tilfellet var dekkende for datamaterialet. I denne delen av analysen ble resultatet med kjernekategorien og underkategoriene knyttet sammen i en modell som illustrerer hva som er kjernen i avisenes budskap om personer med demens.

Resultat

Gjennom analysen av hvordan avisene fremstiller personer med demens kom det frem at de presenteres som en homogen gruppe og dette er kjernekategorien i materialet. Fire underkategorier illustrerer karakteristika ved den homogene gruppen gjennom at personer med demens fremstilles som ressurskrevende, samfunnets ansvar, samfunnets byrde og som fritt vilt.

En homogen gruppe

Personer med demens beskrives i avisene ofte med utgangspunkt i sin sykdom og ikke som personer. I mange artikler er de omtalt som *de demente* og det er i liten grad fokus på enkeltpersoners historie. De presenteres som en homogen gruppe med alvorlig grad av demens og i stor grad er det referert til dem som bor på sykehjem eller har behov for sykehjemsplass.

Om det blir noe til overs, skal det kjøpes inn planter til hagen ved den skjermede enheten for de 17 demente. (Avis A, juni 2010).

Personer med demens uttaler seg sjelden til avisene. Det er andre aktører som beskriver personer med demens som en homogen gruppe, og det er gjennom disse aktørene vi får en fremstilling av hvordan personer med demens er og hvilke behov de har. Den homogene gruppen av personer med demens fremstilles som svak og sårbar. Det er fokus på at ingen ønsker å bli en del av denne gruppen. Mye av det som skrives handler om hvordan man skal unngå å få demens. Eksempler på dette er artikler om beskyttende faktorer, risikofaktorer og hva forskningen skal kunne bidra med av fremtidige kurer mot denne sykdommen.

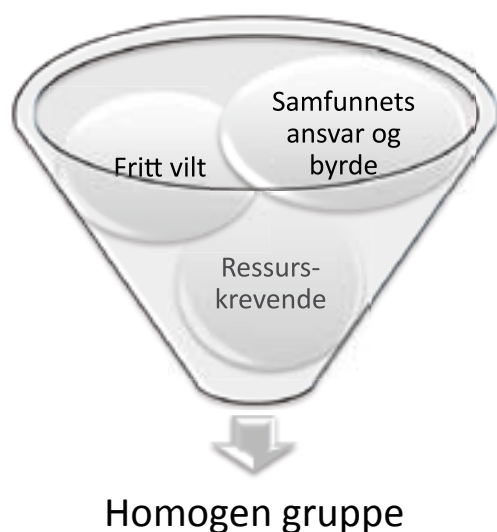
Modell 1 illustrerer de karakteristika personer med demens har til felles når de presenteres som en homogen gruppe i avisene. Illustrasjonen forestiller en trakt der personene har blitt tillagt egenskapene: *Ressurskrevende*, *samfunnets ansvar og byrde* og *fritt vilt* og dermed formes til den homogene gruppen av personer med alvorlig grad av demens. Personer med demens i mild og moderat fase presenteres i mindre grad i avisene. Trakten symboliserer et tidsspenn, sykdommen har vart over tid før man kommer til å tilhøre den homogene gruppen og blir beskrevet som en person med demens.

Ressurskrevende

Personer med demens blir fremstilt som ressurskrevende i dag og i nærmeste fremtid. I de nærmeste årene, med flere eldre, vil den store økningen i antall personer med demens gi større og større utfordringer for samfunnet. Det er i nyhetssaker som omhandler behovet for flere sykehjemsplasser personer med demens fremstilles som mest ressurskrevende.

Samfunnets ansvar og byrde

Har kommunen nok plasser for eldre i dag? Kommunen sier at det er nok plasser, men av det jeg hører fra folk som har forsøkt, er det vanskelig å komme inn. Så dette kommer veldig mye an på hvordan man ser det, sier



Modell 1 som illustreres hvordan personer med demens fremstilles i norske aviser.

hun og legger til at man nesten må være dement i denne byen for å få sykehjemsplass. (Avis B, mai 2010).

I avisene beskrives personer med demens som samfunnets ansvar. De deltar ikke lenger på linje med andre i samfunnet og avisene gir uttrykk for at det er samfunnets ansvar å sørge for at de får den hjelpen de trenger. I de fleste tilfellene innebærer dette at de bør få fast plass på sykehjem. Samtidig hevdes det at personer med demens er en byrde for samfunnet. De beskrives som en omsorgsbyrde for personalet i helsevesenet og for pårørende. For samfunnet omtales de som en byrde ved de økonomiske utgiftene de påfører stat og kommune.

Fritt vilt

Gjennom beskrivelser av hvordan personer med demens tidvis blir behandlet, kan avisene fremstille personer med demens som fritt vilt. Det er eksempler på økonomisk svindel, seksuelle overgrep og dårlig behandling fra helsepersonell. Det forekommer vitser i alvorlige avisartikler som omhandler personer med demens og det er vitsing om demens i artikler som omhandler andre tema. Beskrivelser som *kulturell Alzheimer* og personer som sier at en hendelse har vært så viktig for dem at de *kommer til å huske episoden til Alzheimeren tar dem* benyttes i avisene. Samtidig er det en bevissthet til stede i avisene om at denne fritt vilt-holdningen finnes, og flere artikler oppmuntrer til å bryte med tabuer rundt demens.

Oppsummering og konklusjon

Personer med demens fremstilles i media som en homogen gruppe med alvorlig grad av demens som har flere negative karakteristika til felles. Beskrivelsene kan bidra til at personer med demens i en tidlig fase ikke søker utredning, siden medias omtale ikke tar for seg sykdommen i en tidlig fase. Media fremstiller personer med demens med fokus på sykdommen og ikke hvordan de er som personer. De blir sjelden forespurt om saker som angår dem siden det antas at de ikke kan ytre egne meninger. Personer med demens fremstår i denne fremstillingen som stereotype og stigma relatert til demens kan opprettholdes.

For å kunne skape et mer nyansert bilde av personer med demens og bidra til et mer demensvennlig samfunn, bør personer med demens i større grad bli presentert med sine individuelle forskjeller, og i ulike faser av demenssykdommen.

■ linda.gjora@aldringoghelse.no

Artikkelen bygger på forfatterens masteroppgave Svart på hvitt – norske avisers fremstilling av personer med demens, MPH 2011:11 NHV

REFERANSER

1. Whitehead D. Using mass media within health-promoting practice: a nursing perspective. *J Adv Nurs* 2000 Oct;32(4):807-16.
2. Tones K, Tilford S. Health promotion : effectiveness, efficiency and equity. 3rd ed. Cheltenham: Nelson Thornes; 2001.
3. Danielsen K, Valset K. Se der hacker bestefar, eller bestemor på anbud : avisene og de eldre. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2004.
4. Dahlberg L. Medias bevakning av demens. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum; 1997.
5. Matamoros D, J.C. Health communication -A health content analysis of the main Swedish newspapers from a Public Health perspective. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, folkhälsovetenskap Nhf; 2006.
6. Grilli R, Ramsay C, Minozzi S. Mass media interventions: effects on health services utilisation. *The Cochrane Library* 2009(1).
7. Friedman DB, Laditka JN, Hunter R, Ivey SL, Wu B, Laditka SB, et al. Getting the message out about cognitive health: a cross-cultural comparison of older adults' media awareness and communication needs on how to maintain a healthy brain. *Gerontologist* 2009 Jun;49 Suppl 1:S50-60.
8. Wahl OF. Media madness : public images of mental illness. 1th ed. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 2003.
9. Kirkman A, M. Dementia in the news: the media coverage of Alzheimer's disease. *Australasian Journal on Ageing* 2006;25-2(2): 74-9.
10. Helsedirektoratet. Glemsk, men ikke glem!: Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. Oslo: Helsedirektoratet; 2007.
11. Retriever. <http://www.retriever.no>. 2010.
12. Hallberg LR-M. Qualitative Methods in Public Health Research: Theoretical Foundations and Practical Examples. Lund: Studentlitteratur; 2002.
13. Corbin JM, Strauss AL. Basics of qualitative research : techniques and procedures for developing grounded theory. 3rd ed. Thousand Oaks, Calif.: Sage; 2008.



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter



Litteraturhuset i Oslo

Å være pårørende til personer som utvikler demens før 65 år

Åpent møte 22. april 2013 kl. 18.00

Temaforedrag, intervju med pårørende, lansering av bøker og film

Mer informasjon se www.aldringoghelse.no og www.nasjonalforeningen.no

ÅPENT MØTE

Elisabeth Østensvik, FoU-leder Utviklingssenter for sykehjem i Østfold, Glemmen sykehjem i Fredrikstad.
 Sigurd Roger Nilsen, førstelektor, Høgskolen i Østfold.
 Siri Brynhildsen, høgskolelektor, Høgskolen i Østfold.



Bruk av refleksjonskort fremmer ansattes bevisstgjøring rundt bruk av tvang

Bruk av refleksjonskort fører til mer refleksjon blant ansatte på sykehjem og økt bevissthet på bruk av tillitskapende tiltak for å begrense bruk av tvang. Studien viser samtidig at ansatte kan ha behov for mer kompetanse knyttet til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.



TIL INFORMASJON

Refleksjonskortene som artikkelforfatterne har benyttet i prosjektet ble i sin tid utviklet og testet ved Glemmen sykehjem, Undervisningssykehjemmet i Østfold. Utviklerne overlot senere ansvaret for produksjon og salg til D&As utgiver, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, ved Forlaget Aldring og helse.

Redaksjonskomiteen i Demens&Alderspsykiatri er sammensatt av medlemmer med og uten tilknytning til Nasjonalt kompetansesenter. Arbeidet med å vurdere innsendte artikler skjer etter faglige prinsipper, uavhengig av forlaget.

Sammendrag

Denne artikkelen beskriver et prosjekt med bruk av refleksjonskort knyttet til bruk av tvang på sykehjem. Prosjektet ble gjennomført sommer/høst 2010.

Hensikt med studien er å finne ut om bruk av refleksjonskort kan fremme ansattes bevisstgjøring rundt bruk av tvang.

Metode: Artikkelen bygger på data fra spørreskjemaundersøkelser rettet mot ansatte, gjennomført på et sykehjem før og etter innføring av refleksjonskort på daglige rapportmøter.

Resultatet av studien tyder på at bruk av refleksjonskort fører til mer refleksjon blant ansatte og ifølge ansattes vurdering, mer bevissthet på bruk av tillitskapende tiltak for å begrense bruk av tvang. Studien peker på at ansatte kan ha behov for mer kompetanse knyttet til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Bakgrunn

Bruk av tvang og refleksjon over egen praksis

Daglig står ansatte i sykehjem overfor etiske problemstillinger og vurderinger

knyttet til bruk av tvang. Bruk av tvang i norske sykehjem er blitt kartlagt, og resultater fra publiseringer i 2003 og 2004 viste at 37 prosent av pasientene i somatiske avdelinger og 45 prosent av pasientene i skjermede enheter ble utsatt for minst ett tvangstiltak i løpet av uken som gikk forut for kartleggingen (1, 2, 3). Bruk av tvang ble lovregulert fra 1. januar 2009 (4). Ifølge loven som skal sikre nødvendig helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen, må det fattes vedtak før tvang kan iverksettes.

Samtykkekompetanse innebærer at pasienten har kompetanse til å ta avgjørelse i spørsmål om egen helsehjelp. Hvis pasienten mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelpen, skal tillitskapende tiltak alltid prøves før ansatte vurderer å bruke tvang (5). Tillitskapende tiltak handler om å etablere relasjoner i omsorgsarbeidet basert på tillit og respekt.

Lowverket gir rammer for de vanskelige avveiningene, men de enkelte situasjoner må vurderes individuelt. Dette stiller store krav til faglige og etiske vurderinger hos helsepersonell. Hvordan

kan ansatte yte helsehjelp til pasienter som motsetter seg hjelpen? Når kan vi si at pasienten ikke forstår konsekvenser av sine valg? På hvilken måte kan vi tolke motstand hos pasienten? På den ene siden har vi hensynet til pasientens helse og hva som er vurdert som nødvendig helsehjelp i denne situasjonen, og på den andre siden pasientens selvbestemmelsesrett og integritet. Slike spørsmål krever at ansatte diskuterer og reflekterer over egen praksis, fordi tvang mot pasienter ofte handler om ureflektert tvangsbruk i stell, ved mating, medisiner- ing og låste dører (6).

Ikke alle situasjoner er like åpenbare når det gjelder bruk av tvang. Situasjoner kan oppstå der grensene mellom frivillighet og tvang kan være uklare eller at situasjoner kan endre seg (7). Det er derfor viktig at ansatte engasjerer seg i kontinuerlige diskusjoner om praksis for å utvikle bevissthet om og alternativer til tvang. Systematisk etisk arbeid i sykehjem og hjemmetjenester er viktig for kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Det nasjonale prosjektet «Samarbeid om etisk kompetanseheving» er et tiltak for å styrke den etiske satsingen i kommunene (8). Prosjektet skal blant annet stimulere kommunene til å etablere arenaer for systematisk refleksjon i det daglige arbeidet.

Metode

Hvorfor refleksjonskort?

Utviklingssenter for sykehjem i Østfold, Glemmen sykehjem, så behov for mer kunnskap om lovverket og behov for økt kompetanse i etisk refleksjon. Senteret meldte seg derfor som deltaker i det nasjonale prosjektet *Samarbeid om etisk kompetanseheving* (9). Vi ønsket å se opplæring i lovverket, refleksjon over etiske dilemmaer og bruk av tvang i sammenheng. Samtidig ønsket vi å prøve ut en metode for å få refleksjon over egen praksis inn i hverdagskulturen på sykehjemmet. Som utviklingssenter har vi et ansvar for spredning av utviklingsarbeid og erfaringer til andre sykehjem i Østfold, og vi antok at refleksjonskort kunne være en god metode for slik spredning (10). Gjennom prosjektet *Samarbeid om etisk kompetanseheving* ble vi gjort kjent med Trekk et kort-metoden i *Etikkhåndboken* (11, s. 57). Her anbefales at refleksjonskort kunne brukes

på refleksjonsmøter, for eksempel 20 minutter hver 14. dag.

Utarbeidelse av refleksjonskort

I 2009 etablerte vi en prosjektgruppe som startet med utvikling av refleksjonskort knyttet til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Deltakerne i prosjektgruppa jobbet til daglig med pasienter på sykehjemmet og erfarte ofte etiske problemstillinger og dilemmaer knyttet til det nye lovverket. Refleksjonskortene ble utarbeidet rundt sentrale temaer i loven som tvang, tillit-skapende tiltak og samtykkekompetanse. I tillegg var tema knyttet til etiske begreper og ulike situasjonsbeskrivelser. Før refleksjonskortene ble tatt i bruk, ble 30 kort pilottestet ved tre avdelinger på Glemmen sykehjem USH (12, 13).

Bruk av refleksjonskortene

På hvilken måte og hvor ofte skulle vi ta i bruk kortene? Vi vurderte ulike alternativer og etter drøfting med ledergruppa på sykehjemmet kom vi fram til at vi ville bruke fem minutter daglig på rapportmøter. En ansvarlig trekker et kort og spørsmålet på kortet danner tema for samtalen i gruppen. Når det har gått fem minutter avbrytes refleksjonen og ansatte starter arbeidet. Rundskrivet om pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A var tilgjengelig, slik at personalet kunne finne konkrete svar der spørsmålet var knyttet til lovverket. Andre spørsmål til refleksjon var case som belyste etiske dilemmaer og spørsmål knyttet til grunnleggende verdier, som respekt og tillit.

Hensikt og problemstilling

Hensikten med bruk av refleksjonskortene var at ansatte på en enkel måte skulle få mer kunnskap om lovverket og bli mer reflektert og bevisst på bruk av tvang. Vi ønsket å undersøke om bruk av kortene kunne føre til endringer i ansattes praksis knyttet til bruk av tvang.

Kan bruk av refleksjonskort fremme ansattes bevisstgjøring om bruk av tvang?

Gjennomføring

For å få svar på vårt spørsmål gjennomførte vi en spørreundersøkelse før og etter innføring av refleksjonskortene. Spørreskjema ble valgt fordi vi ønsket

tilbakemelding fra alle ansatte. Spørreskjema inneholdt mest lukkede spørsmål om bruk av tvang, hvor hyppig og i hvilke situasjoner informantene hadde brukt tvang. I tillegg inneholdt spørreskjemaet ulike påstander om samtykkekompetanse og konkret kunnskap om selve lovverket. En ny spørreundersøkelse ble gjennomført cirka fire måneder etter at refleksjonskortene var tatt i bruk. Dette spørreskjemaet omhandlet samme temaer som den første kartleggingen, men var supplert med spørsmål om erfaringer ved bruk av refleksjonskortene og egen bevisstgjøring i forhold til bruk av tvang. Hensikten med ny spørreundersøkelse var å vurdere effekten av tiltaket. Alle ansatte fikk mulighet til å delta i spørreundersøkelsen, både vikarer og fast ansatte, uavhengig av stillingsbrøk.

Resultat og diskusjon

Bruk av refleksjonskortene

Refleksjonskortene ble tatt i bruk på alle de fem avdelingene på sykehjemmet. Ansatte fikk en brukerveiledning og ble bedt om å sette av fem minutter daglig på rapportmøter. Etter at kortene var brukt i tre måneder, ønsket vi å vite hvor ofte refleksjonskortene var blitt brukt. Bare ti prosent svarte at kortene var blitt brukt hver gang de hadde vært på jobb. 28 prosent svarte annenhver gang og 55 prosent mindre enn annenhver gang.

Mange svarte at de synes kortene burde brukes daglig eller annenhver dag (54 prosent), mens 39 prosent svarte ukentlig. De fleste (58 prosent) synes det skulle settes av ti minutter når de trekker et kort, 28 prosent svarte fem minutter og ti prosent svarte 30 minutter.

Vårt inntrykk var at bruk av kortene ble brukt daglig i startfasen. Når nyhetens interesse hadde lagt seg, ble kortene brukt noe sjeldnere. Samtidig sier avdelingssykepleierne at selv om ansatte ikke alltid trakk et kort daglig, så ble det flere andre diskusjoner og refleksjoner over aktuelle problemstillinger i avdelingen etter at kortene ble tatt i bruk. Noen av disse diskusjonene erstattet bruk av refleksjonskortene.

Våre funn kan tyde på at fem minutter er litt kort tid til refleksjoner, selv om hensikten med bruk av kortene, var at de skulle fungere som en igangsetter for

refleksjon og diskusjon i avdelingene. Hvis alle ansatte skulle komme til orde, ble fem minutter veldig kort tid. Ut fra de ansattes vurderinger kan det synes at 10 minutter annenhver dag kan være det optimale.

Mer reflekterte ansatte

Over halvparten (54 prosent) svarte at refleksjonskortene hadde satt i gang diskusjoner om bruk av tvang i avdelingene i ganske stor og i stor grad. I tillegg svarer 31 prosent at kortene har bidratt til diskusjoner i middels grad. Vi ønsket å vite om det å trekke et kort på morgenrapporten kunne sette i gang refleksjoner som ble tatt opp igjen senere på dagen. 45 prosent av de ansatte sa at det i middels til ganske stor grad hadde hendt at diskusjonen ble tatt opp igjen senere samme dag. 24 prosent svarte i liten grad.

Vi har ikke noe informasjon om det var forskjell på hvilke spørsmål som førte til at diskusjonen ble tatt opp senere på vakta eller om det var andre forhold som avgjorde dette. Når kortene har blitt brukt, kan det tyde på at kortene har satt i gang og vært «en starter» for diskusjoner om bruk av tvang på rapportmøtene, men også at diskusjoner har blitt tatt opp senere samme dag.

Mindre bruk av tvang

Personalet ble spurt om bevissthet om å bruke tillitskapende tiltak for å begrense bruk av tvang. 80 prosent svarte at de i ganske stor og i stor grad har blitt mer bevisst på bruk av tillitskapende tiltak. I tillegg svarer 78 prosent at de i ganske stor eller stor grad er mer bevisst på egne handlinger overfor pasientene når refleksjonskortene hadde vært i bruk i tre måneder.

Personalet rapporterte at bruk av tvang i avdelingene hadde gått ned fra 83 prosent (n=39) til 73 prosent (n=29) etter at kortene var blitt brukt i tre måneder. Ved spørsmål om personalet selv hadde brukt tvang i ulike situasjoner, viser tabell 2 at reduksjon i bruk av tvang spesielt var knyttet til gjennomføring av personlig hygiene som vask og stell og dusjing.

Våre funn tyder på at ansatte, etter at kortene ble tatt i bruk, i større grad stilte spørsmål om nødvendigheten av at pasienten må dusje akkurat nå. De kunne komme tilbake til pasienten senere

på dagen, eller vurdere om dusj var nødvendig. Dette samsvarer med studiet som beskriver at en ansatt sier «Kan hun få lov til å ikke vaske seg den ene dagen? Hvor mange dager skal det gå før man gjør det?» Ansatte bruker ofte uttrykket «å lirke det til» slik at de får gjennomført nødvendig pleie og omsorg uten motstand fra pasienten (7).

Det ble rapportert om redusert bruk av bevegelseshindrende tiltak som sengehest og bord på rullestol etter tre måneder. Ansatte kommenterte at bord på stol og sengehest ofte blir brukt av gammel vane, spesielt hvis pasienten ikke viser synlig motstand. Dette samsvarer med studien som refererer til at tvang mot pasienter ofte handler om ureflektert bruk av tvang i stell, ved mating, medisiner og låste dører (6).

Ansatte rapporterer at det har vært en økning fra 19 til 25 prosent i bruk av låste dører. Hvordan kan dette forstås? Har flere dører blitt låst etter at refleksjonskortene er tatt i bruk? Eller kan det forstås som at personalet har blitt mer

bevisst og at døren har vært låst som en vane tidligere? Kan det bety at ansatte ikke har reflektert over at en låst dør er et tvangstiltak?

Behov for mer kompetanse/opplæring?

Manglende samtykkekompetanse er en av forutsetningene når det skal fattes vedtak om bruk av tvang. 66 prosent av de ansatte svarer at de følger seg middels trygge/ganske trygge på vurdering av samtykkekompetanse før innføring av kortene, mens 76 prosent svarer det samme etter fire måneder. Samtidig er det 15 prosent som svarer at de er utrygge eller litt utrygge på vurdering av samtykkekompetanse.

Ansatte fikk også spørsmål knyttet til påstander om samtykkekompetanse, som «Pasienter som er tvangsinnlagte eller er demente mangler samtykkekompetanse». Tabell 3 viser at 25 prosent er enig i dette utsagnet. Dette kan bety at personalet har behov for mer kunnskap om og vurdering av samtykkekompe-

Tabell 1

Tabellen viser i hvor stor grad ansatte er bevisst på bruk av tillitskapende tiltak

Jeg har blitt mer bevisst på bruk av tillitskapende tiltak for å begrense bruk av tvang	N=40
I liten grad	2 (5 %)
I noen grad	1 (3 %)
I middels grad	5 (13 %)
I ganske stor grad	20 (50 %)
I stor grad	12 (30 %)

Tabell 2

Tabellen viser hyppighet ved bruk av tvang for å gjennomføre nødvendig helsehjelp i forbindelse med ulike situasjoner, før og etter at refleksjonskortene ble tatt i bruk.

Bruk av tvang for å gjennomføre nødvendig helsehjelp i forbindelse med ulike situasjoner	Før N=47	Etter N=40
Vask og stell (ikke dusjing og munnstell)	22 (47 %)	10 (25 %)
Munnstell	19 (40 %)	11 (28 %)
Dusjing	17 (36 %)	1 (2,5 %)
Legemidler/tabletter (knusing o.l.)	21 (45 %)	14 (35 %)
Sengehest	18 (38 %)	7 (18 %)
Bord på rullestol	16 (34 %)	5 (12,5 %)
Låst dør (tilbakeholdelse i institusjon)	9 (19 %)	10 (25 %)
Sårstell	4 (9 %)	4 (10 %)
Annet (beskriv)	4 (9 %)	2 (5 %)

tanse. Dette underbygges også at 49 prosent av personalet svarer at de har fortsatt behov for mer kunnskap om kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven.

Avslutning

Kritiske bemerkninger

Svarprosent på kartlegging i juni-august 2010 var 58 prosent (47/80). 49 prosent var hjelpepleiere og 28 prosent var sykepleiere. De fleste var ansatte på somatiske avdelinger (70 prosent) og fast ansatte var i flertall (68 prosent). Svarprosent på etterundersøkelsen var 50 prosent (40/80). 44 prosent var sykepleiere/vernepleiere og 38 prosent var helsefagarbeidere. De fleste var ansatte på somatiske avdelinger (69 prosent) og fast ansatte var i flertall (68 prosent). Forklaringen på svarprosenten kan være at flere ansatte uttrykte at de var redd for at de kunne gjenkjennes ut fra bakgrunnsvariablene. Av de som ikke ønsket å svare, var dette spesielt på små avdelinger. En annen årsak til lav svarprosent kan være tendens til prosjekttretthet i virksomheten.

Det er usikkerhet knyttet til om andre tiltak enn bruk av kortene har hatt innvirkning på resultatene. Ved sykehjemmet har det i prosjektperioden også vært andre utviklingsprosjekter og faglige diskusjoner. Dette kan ha skapt en generell økt faglig bevissthet hos de ansatte og kan slik ha påvirket resultatene.

Tabell 3

Tabellen viser i hvilken grad ansatte er enig, uenig eller vet ikke i følgende påstand om samtykkekompetanse, før og etter at refleksjonskortene ble tatt i bruk.

Påstand: «Pasienter som er tvangsinnlagt eller har demens mangler samtykkekompetanse»	Før N=47	Etter N=40
Enig	19 (41 %)	10 (25 %)
Uenig	22 (48 %)	26 (65 %)
Vet ikke	5 (11 %)	4 (10 %)

Det er kun samlet inn data på hvordan de ansatte opplevde effekten av de etiske refleksjonene. For å få mer utfyllende informasjon om innholdet i refleksjonene, kunne det vært samlet inn data gjennom deltakende observasjon i forbindelse med bruk av refleksjonskortene. For å kunne oppnå en mer nøyaktig registrering av i hvilket omfang kortene ble benyttet, kunne det som supplement blitt benyttet et system for registrering av hver gang kortene ble brukt.

Konklusjon

Studien viser at en begrenset ressursinnsats i en periode på tre måneder kan styrke kvaliteten på tjenestetilbudet til personer med demens. Dette begrunnes ved at faglig refleksjon ved bruk av refleksjonskort i ti minutter hver annen dag gjør at ansatte blir mer bevisst på egne handlinger overfor pasientene. Dette har ført til økt bruk av tillit-

skapende tiltak og mindre bruk av tvang. Studien viser at personalet bruker mindre tvang spesielt knyttet til pasientenes behov for personlig hygiene som vask/stell, munnstell og dusjing. Det vurderes at tiltak for å skape varig faglig bevisstgjøring om bruk av tvang ikke kan skapes gjennom et tidsavgrenset tiltak alene. Det må etableres møteplasser hvor faglige spørsmål diskuteres kontinuerlig. Bruk av refleksjonskort i forbindelse med rapporter anbefales som et slikt tiltak.

Samtidig viser undersøkelsen at ansatte fortsatt har behov for mer kunnskap og kompetanse om lovverket og utfordringer knyttet til vurdering av samtykkekompetanse.

■ *elos@fredrikstad.kommune.no*
siri.brynhildsen@hiof.no
sigurd.r.nilsen@hiof.no

REFERANSER

- Kirkevold Ø, Laake K, Engedal K. Use of constraints and surveillance in Norwegian wards for the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18: 491-7.
- Kirkevold Ø, Engedal K. Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes. *Scand J Caring Sci* 2004; 18: 281-6.
- Kirkevold Ø. Bruk av tvang i sykehjem. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 10, 2005; 125: 1346-8. URL: <http://tidsskriftet.no/article/1192223>
- Helse og omsorgsdepartementet. Lov om pasientrettigheter. 2. juli 1999. Sist endret LOV-2012-12-14-86 fra 2013-01-01 (Pasient- og brukerrettighetsloven). <http://www.lovdato.no/all/nl-19990702-063.html>
- Helsedirektoratet. Rundskriv om Lov om pasientrettigheter kapittel 4 A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Oslo, 2008. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/lov-om-pasientrettigheter-kapittel-4a/Sider/default.aspx>
- Bollig G, Pedersen R og Førde R. Etikk i sykehjem og hjemmetjeneste. *Sykepleien Forskning* 2009 4(3):186-187 DOI: 10.4220/sykepleienf.2009.0097
- Hem MH, Gjerberg E, Pedersen R, Førde R. Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien Forskning* 2010 5(4):294-301 DOI: 10.4220/sykepleienf.2011.0007
- Helse og omsorgsdepartementet. Omsorgsplan 2015. (2006) <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/ryddemappe/omsorg.html?id=279776>
- Kommunenes sentralforbund (KS). «Samarbeid om etisk kompetanseheving» <http://www.ks.no/portaler/samarbeid-for-etisk-kompetanseheving/>
- Helsedirektoratet. Utvikling gjennom kunnskap. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester – Overordnet strategi 2011-2015 (2010) <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/utvikling-gjennom-kunnskap-utviklingssenter-for-sykehjem-og-hjemmetjenester-overordnet-strategi-2011-2015/Sider/default.aspx>
- Eide T og Aadland E. *Etikkhåndboka*. Kommuneforlaget (2008) <http://www.ks.no/PageFiles/10247/Etikkh%C3%A5ndboka.pdf>
- Svennberg M. Prosjektrapport «Kort og godt». Glemmen sykehjem USH Østfold 2010. <http://www.ks.no/PageFiles/12392/slutt-rapport%20kort%20og%20god%20til%20KS%20juni%202010.pdf>
- Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Forlaget Aldring og helse. <http://www.nordemens.no/?PageID=1613&ItemID=2583>

MOBILISERING:
– Kunnskap er makt,
sa Lisbeth Rugtvedt.



Bente Wallander (tekst og foto)

Når pårørende forteller

Pårørendes kunnskap og erfaringer sto i sentrum da Nasjonalforeningen for folkehelsen inviterte til temadag for pårørende som holder innlegg ved pårørendeskoler.

Lisbeth Rugtvedt manet til egenkraft-mobilisering, eller som det heter på engelsk; empowerment, da hun åpnet temadagen på Gardermoen i januar:

– Pårørendes kunnskap må kanaliseres inn i allmennheten og våre besluttede organer. For kunnskap er makt, det er dét dette handler om. Gjennom pårørendeskoler og samtalegrupper får mange hjelp til dette. Jeg håper at dagens samling vil bidra til at vi gjør hverandre sterkere. Vi skal jobbe for at det offentlige har mer å tilby pårørende til personer med demens. Like viktig er det å legge til rette for gode møteplasser for dem som rammes av sykdom og deres nærmeste, slik at vi kan være til støtte og oppmuntring for hverandre.

Den skjulte pasient

Betydningen av pårørendes erfaringer og hvordan de kan møte andre pårørende var tema for innlegget til Ingun Ulstein, forsker og overlege ved Oslo Universitetssykehus, Vardåsen.

– Pårørende, hvem er det? spurte hun, og viste til Fengler&Goodrich som i 1979 introduserte begrepet «Den skjulte pasient».

– Mange vil protestere på dette, men det er godt dokumentert at det å være pårørende til en person med demens kan påvirke helsen negativt. Det er der-

for nyttig og nødvendig at pårørendes erfaringer kommer frem, dersom helsevesenet skal lykkes i å etablere «team» til pasientens og de pårørendes beste. De fleste opplever det som positivt å fortelle sine historier. Mange pårørende sier til og med at de har hatt stort utbytte av å dele sine erfaringer med andre, fortalte Ulstein.

Så stigmaet

Ulstein fikk støtte fra journalist og forfatter Laila Lanes, som både i bok og på film har delt sine og ektemannens, eks-fiskeriminister Jan Henry T Olsens, erfaringer fra hans tidlige periode med demens.

– Uten åpenhet havner man lett i en ond sirkel. Etter at vi hadde fortalt om Jan Henrys sykdom på tv forsto vi hva dette egentlig handlet om. Folk kom bort til oss på gata i Oslo og takket oss. Først da ble vi klar over dette stigmaet, eller tabuet, som demens fortsatt omfattes av. Det er et enormt behov for å få tatt av lokket som har ligget over disse sykdommene, mente Lanes.

– Usynliggjøringen av sykdommen har også skjult det enorme behovet personer med demens og deres nærmeste har for hjelp. Verken politikere eller andre har vært klar over dette. Nå ser vi at det hjelper å snakke. I Tromsø har vi fått

et dagsenter for yngre personer med demens, det var ikke der når jeg og Jan Henry trengte det. Jeg forstår folks frykt for å stå frem, ikke minst i media, men det er viktig at vi gjør det. Ta deg god tid og still krav om at det ikke skal komme noe på trykk uten at du har godkjent det, sa Laila Lanes.

Konkrete råd

Roy Samuelsen, som selv er en pårørende og demenskontakt i Nasjonalforeningen for folkehelsen, har delt sin historie med andre mange ganger. Han ga forsamlingen en rekke konkrete råd i den forbindelse, og understreket at det nettopp i år, i forbindelse med høstens tv-aksjon, er viktigere enn noensinne å stille opp.

– Vi må dele våre erfaringer, både på pårørendeskoler og i andre sammenhenger. Det er vi som er eksperter når det gjelder hvordan det er å være pårørende, understreket han.

Temadagen på Gardermoen ble arrangert av Nasjonalforeningen for folkehelsen i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og Helsedirektoratet.

Bente Wallander (tekst og foto)

Demensdagene 2012

Å leve med demens

Under Demensdagene 2012 ble det satt fokus på folks liv med demens.



VERTSKAP: Daglig leder ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Arntfinn Eek (t.v.) og senterets fag- og forsknings-sjef, Knut Engedal.



DEMENS LOKALT: Marit Gausel Blom oppfordret kommunene til å søke om midler til dagaktivitetsplasser.



BRUK TOLK: – Bruk tolk ved kognitiv testing av personer med innvandrebakgrunn, oppfordret Petter Wetterberg.

Lederen av Nasjonalforeningen for folkehelsens demensråd, Wenche Frogn Sellæg, holdt åpningsforedraget under Demensdagene 2012. Hun delte med vel 700 tilhørere sin glede over at folks gjennomsnittsalder stadig blir høyere.

– Det bekymringsfulle ved dette er at forekomsten av livsstilssykdommer øker. Stadig flere blir også rammet av en demenssykdom, fastslo hun.

FN listet nylig demens opp som en av fremtidens store helseutfordringer. I 2012 kom demens også med på Verdens helseorganisasjons (WHO) liste over prioriterte folkehelseutfordringer. 65,7 millioner mennesker vil ha en demenssykdom i 2013, anslår de.

– Vi vil fortsette arbeidet for å bedre de pårørendes situasjon og er også opp-tatt av at brukernes stemmer må bli

hørt. I Skottland har de opprettet *Scottish dementia working group* for personer med demens, for å gi personer med demens en stemme. Vi ønsker å opprette en liknende gruppe her i Norge, sa Frogn Sellæg.

Lokalt perspektiv

Marit Gausel Blom, prosjektleder i helsedirektoratets Avdeling Omsorgstjenester,



POPULÆRT: Det var stor interesse for årets posterkonkurranse, som ble vunnet av Bjørn Lichtwarck, Irene Røen, Ann-Marit Tverå og Geir Selbæk, med abstractet «Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens – TID».

trakk de globale utfordringene ned til et lokalt plan.

– Kommunene har de siste årene fått store oppgaver i forbindelse med de samlede helsetjenester, men de har ikke fått den status og prioritet som de fortjener. Statsministeren siteres ofte på at eldreomsorgen skal skinne. Jeg er så enig! Vi har gjort mye, og allerede fått gode resultater på flere områder, men den store missing link er hverdagene for våre 35 000 hjemmeboende personer med demens. Vi har bare oppnådd 9,3 prosent dekning på dagaktivitetstilbudet. Dette til tross for at kommunene har fått midler til personell gjennom statsbudsjettet.

Marit Gausel Bloms oppfordring til forsamlingen var derfor: – Søk!

Yngre personer med demens

MSc ph.d-student Deliane van Vliet, fra Maastricht University, Alzheimer Center Limburt i Nederland, fortalte om sin to-årige fordypning i temaet yngre personer med demens (> 65 år).

– Det sentrale målet med oppgaven min var å få innsikt i de særlige behov og omsorgskrav denne gruppen har, noe som er viktig for utvikling av evidensbaserte retningslinjer for praksis, innledet hun.

Van Vliets har funnet at det tar lengre tid før yngre personer som utvikler symptomer på demens får en diagnose enn eldre (4,4 år mot 2,8), samt at yngre oftere enn eldre blir feildiagnostisert som utbrent eller deprimeret. Hun fant også økt forekomst av symptomer som apati, depresjon og irritabilitet hos de yngre.

– Men vi ser også større motivasjon for støtte og behandling, nyanserte hun.

Kognisjon hos eldre innvandrere

Overlege Peter Wetterberg ved Hukommelsesklinikken, Oslo universitetssykehus, snakket om testing av kognitive funksjoner hos eldre innvandrere.

– Utdanningsnivået i personens opprinnelsesland er en viktig faktor. Ved testing av personer som kommer fra et land med 12-13 års skolegang, finner man små forskjeller, men hvis personene kun har grunnskole, vil man se et noe lavere resultat. Og testpersoner uten skolegang mangler ofte de begrepene man trenger for å gjennomføre kognitive tester. Da forstår man ikke oppgavene, opplyste han.

Språket er en annen barriere:

– Man kan derfor ikke bare oversette testmaterialet direkte. Tolk må brukes, og denne må oversette alt som blir sagt.

MMSE-NR har, i følge overlegen, vist seg å fungere dårlig for eldre innvandrere, fordi den fordrer kunnskaper i lesing, skriving og hoderegning av abstrakt type. Den australske skalaen RUDAS er et alternativ, og når hukommelsesfunksjoner skal testes kan det være et alternativ å bruke bilder. Wetterberg opplyste samtidig at et nordeuropeisk utviklingsarbeid som han selv deltar i, vil resultere i et validert og normert testmateriale som kan brukes på alle.

Økt livskvalitet med GPS

Tone Øderud, seniorforsker ved SINTEF helse og samfunn, fortalte om erfaringene fra Trygge spor-prosjektet, der personer med demens fra tre store og to små norske kommuner har prøvd ut bruk av GPS.

– Vi startet i februar 2012 med 50 brukere under 67 år. Noen bodde hjemme, med eller uten pårørende, andre bodde i bofellesskap eller på institusjon. De foreløpige effektene er at GPS gir større sikkerhet for pårørende og personale. Personene med demens opplever seg ikke overvåket. De sier tvert imot at GPS gir dem en følelse av trygghet, frihet og fravær av tvang. Totalt sett ser vi at GPS som hjelpemiddel medfører økt livskvalitet, både for personer med demens og deres pårørende, sa Øderud.



Bente Wallander (tekst og foto)

FIKK APPLAUS: Prisutdeler Harry-Sam Selikowitz og Kjersti Wogn-Henriksen avbildet ved utdelingen av Leon Jarners forskningspris under Demensdagene 2012.

Leon Jarners forskningspris 2012

– Svært verdifull doktoravhandling

Leon Jarners forskningspris 2012 ble tildelt sjefpsykolog Kjersti Wogn-Henriksen.

Kjersti Wogn-Henriksen har lang fartstid i norsk demensomsorg. Hun har jobbet med alderspsykiatri i 25 år, og er i dag sjefpsykolog ved Alderspsykiatrisk seksjon, Molde sykehus. I 2012 disputerte hun over avhandlingen «Du må... skape deg et liv», en kvalitativ studie om å oppleve og leve med demens basert på intervjuer med en gruppe personer med tidlig debuterende Alzheimers sykdom¹.

– Kjersti Wogn-Henriksen har med dette arbeidet bidratt til å gi personer med demens et ansikt og en sjel og hjulpet oss til bedre å forstå hvordan våre pasienter har det.

Slik formulerte Leon Jarners nevø Harry-Sam Selikowitz seg, da han på vegne av juryen sto for prisutdelingen under Demensdagene i Oslo.

– Dette var fantastisk hyggelig og jeg takker hjertelig! Særlig er jeg glad for at

prisutdelingen kan ses som en anerkjennelse av en ny og litt sartere type kunnskap som ikke alltid er så lett dokumenterbar, men som jeg tror er svært viktig i hverdagens samspill med personer med demens, repliserte Kjersti Wogn-Henriksen.

Fra innsiden

Kjersti Wogn-Henriksens doktorgradsarbeid er en kvalitativ studie av syv unge personer med Alzheimers demens. Hun har intervjuet dem fire ganger over en periode på 3 1/2 år. Samtalene er siden analysert for å kunne besvare de to forskningsspørsmålene hun stilte før arbeidet startet:

- 1) Hvordan opplever og forstår personer med Alzheimers demens seg selv, sin sykdom og sin situasjon
- 2) Hvordan endres denne opplevelsen gjennom demensutviklingen.

– Til nytte for mange

Juryen for Leon Jarners forskningspris besto i 2012 av professor Torgeir Bruun Wyller, psykiater, ph.d. Geir Selbæk og professor ph.d. Anette Høyen Ranhoff. De begrunnet sitt valg av vinner slik:

«Dette er blitt til en uvanlig og svært verdifull doktoravhandling. Arbeidet er velfundert, det favner bredt, det løfter frem et perspektiv som får relativt lite plass i demensforskningen, det er troverdig og virker gyldig. Språket er glimrende, forfatterens posisjon og tilnærming til prosjektet er godt beskrevet. Det er også innslag av utradisjonelle referanserammer som er forfriskende. Alt i alt er dette et meget solid arbeid og Wogn-Henriksen er en glimrende formidler. Hennes doktoravhandling vil bli lest og ha nytte for mange!»

Prisvinneren

Kjersti Wogn-Henriksens fokus er miljøbehandling, kommunikasjon og pasientperspektivet ved demens. Hun har skrevet flere bøker, bidrag til antologier og artikler i ulike fagtidsskrift. Kjersti Wogn-Henriksen underviser ved universiteter og høyskoler, og har vært medlem og nestleder i Rådet for demens i Nasjonalforeningen i en årrekke.

Du kan lese mer om prisvinneren og hennes doktorgradsarbeid i Demens&Alderspsykiatri nr 4-2012.

¹) Avhandlingen kan lastes ned gratis fra nettsiden <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:no:ntnu:diva-17618>

Leon Jarners Minnefond ble opprettet i 1990, til fremme for forskning om Alzheimers sykdom og aldersdemens. Minnefondet deler hvert år ut en forskningspris på 50 000 kroner.

Prisen tildeles et forsknings- eller utviklingsprosjekt om demenssykdommer, personer med demens eller pårørende, som er utført eller er under arbeid i Norge.

Leon Jarner (1910-79) var advokat og en musikkpersonlighet. Han hadde ikke selv Alzheimers sykdom eller aldersdemens, men hadde et nært familiemedlem som var rammet.

Les mer på www.alzheimerforskning.no

Bente Wallander (tekst og foto)

Går nye veier på Fjell – med en gammel melodi



AKTIV TERAPI: Otto Fjæreide (74) og musikkterapeut Sunniva Kayser beveger seg i takt med kjære gamle toner.

*Gleden er åpenbar når
Sunniva Kayser og Otto Fjæreide
deler musikalske minner på
Fjell sjukeheim.*

Det er tydelig at musikkterapeut Sunniva Kayser treffer kjente toner i Otto Fjæreides minne. Den 74 år gamle mannen er redusert på grunn av demens med Lewy-legemer, og har ikke så lett for å uttrykke seg. Men nå nynner han lykkelig med på den svenske slageren *Lilla söta fröken Fräken*, mens han klimprer på Kaysers gitar.

Otto har alltid vært glad i å synge og er fortsatt flink til å vokalimprovisere. Han liker dansemusikk, og med gitaren i fanget tolker han gjerne Jim Reeves udødelige *I love you because you understand me*.

– Gitarspillingen gir ham taktil stimulering. Mange eldre blir som Otto også stive i kroppen på grunn av sykdom og medisiner. Når vi danser til musikken får de gjennombeveget armene. Dermed får vi også fysiske aspektet inn, forklarer Sunniva Kayser.

Som en engel

Anna Bjørøy (88) bor noen rom lenger ned i korridoren. Hun oppsummerer selv behandlingen hun mottar slik:

– Jeg hadde ikke sunget på lenge, så jeg trodde først at det var en engel som kom!

Anna Bjørøy har Alzheimers sykdom og med musikken forsøker Sunniva å hjelpe henne til å fokusere på noe annet enn uro og smerter. Hos Anna er det den norske allsangskatten som rår, og 88-åringen siterer ofte frasen «når aldri du unner deg rast eller ro» fra *De nære ting*, når hun vandrer rundt på avdelingen.

– Jeg er så glad i de gamle sangene. De med innhold i teksten. *Gryta hennar mor*, for eksempel. Det er en nydelig sang, sier hun.

Duoene pleier å synge seg gjennom Annas velbrukte sangbok. Litt dans blir det også her, før terapitimen avsluttes med *Fager kveldsol smiler*.

– Var det ikke mer? sukker Anna litt skuffet.

– Nei, det var ikke mer denne gangen. Men jeg kommer igjen, lover Sunniva Kayser.

Sjelden vare

Sunniva Kayser avsluttet sin utdanning som musikkterapeut i Bergen våren 2011. Et snaut år senere ble hun fast ansatt som musikkterapeut i hel stilling ved Fjell sjukeheim.

– Helt fantastisk! Det er ikke mange slike stillinger her i landet, sier hun.

Som ansvarlig for musikkterapitilbudet skal Kayser blant annet finne ut hvordan musikken kan brukes som en aktivitet ved Fjell sjukeheim, og bidra til at pleiepersonalet integrerer musikk som en del av pleiehverdagen.

– Jeg er bare her i deler av døgnet. Hvis tilbudet skal få en virkning, må det øvrige personalet også bli inspirert til å ta tonene fatt og gis kunnskap om hvorfor dette er viktig. Hva er det som gjør at musikk når inn til beboerne? Og hvilke fysiske, nevrologiske reaksjoner kan musikk medvirke til i oss. Vi har alle en relasjon til musikk, det treffer noe i oss, uansett om vi har utøvd musikk selv eller ei. Det er dette jeg prøver å utnytte positivt, og også formidle til andre, forklarer Sunniva.

Individuelle behov

For å lykkes må Sunniva forberede seg godt. Hun søker individuelle løsninger:

– Vi holder derfor tverrfaglige møter for å diskutere pasientenes behov. På Fjell sjukeheim er det for tida mange på korttidsopphold. Med mye inn- og utflytting blir det ekstra viktig å ha møter.



BLE GLAD: Anna Bjørøy (88) hadde ikke sunget på lenge. – Jeg trodde først at det var en engel som kom!

Sunniva legger gjerne de individuelle timene til formiddagen, da de fleste beboerne er våkne og oppe. For andre, litt mer urolige pasienter, gir hun tilbud på ettermiddagstid.

– I tillegg samler vi pasienter i faste, mindre grupper nesten daglig. Her jobber jeg på flere måter. Vi synger sammen, bruker musikken til erindringsarbeid og jobber temabasert, det vil si at musikken er et utgangspunkt for samtaler om temaer beboerne er opptatt av. I samarbeid med en ergoterapeut jobber jeg også med musikk og bevegelse, både på somatisk avdeling og på demensavdelingen.

Tre ganger i uka inviterer Kayser og en fysioterapeut også til FysMus-grupper (FysMus er et begrep som fysioterapeuter og musikkterapeuter utviklet på 70-tallet red.anm.).

– Disse gruppene er primært et tilbud for dem som skal trene på balanse og styrke, beboere som er på sykehjemmet for en kort tid i forbindelse med rehabilitering. Deltakerne her får litt hardere trening, med flere opp og stå-øvelser samt knebøy, opplyser Kayser.

Virkning og forståelse

Sunniva Kayser rapporterer alt hun gjør på sykehjemmet, og prøver å få musikkterapitilbudet til å bli en del av et helhetlig behandlingstilbud.

– Vi kan lære å mestre våre sykdommer og man kan ha et godt liv selv om man har fått en sykdom. Jeg jobber gjerne inn mot et mål/problemområde som pasienten kan ha. Det er i en slik sammenheng viktig å integrere det fysiske og det psykiske aspektet. Man må respektere at sykdommen er der, men samtidig hjelpe personen til å finne ut hvordan han eller hun kan få det bedre. Min jobb er å finne ut hvordan jeg kan bringe musikken inn i dette arbeidet. I forbindelse med sykdommen Kols kan jeg for eksempel prioritere pustetrening og musikk. Det er viktig å være tydelig på hvorfor man gjør det man gjør. Jeg har utviklet et eget henvisningsskjema, slik at personalet kan henviser beboere til musikkterapi, forteller Sunniva Kayser.

Stadig flere henvisninger tyder på at andre ansatte nå forstår og respekterer tilbudet.

– Behandlingsaspektet er nødvendig for at personalet skal forstå at musikkterapi ikke bare er en underholdningsbit. Det ser hyggelig ut at noen spiller musikk, men det må kunnskap til for å forstå hva som virker under overflaten og erkjenne nytteverdien av å ha en musikkterapeut, understreker hun.

Neste post: Hjemmeboende

Musikkterapeuter har ikke vært et vanlig innslag på norske sykehjem, men situa-

sjonen er i endring. På landsbasis antar Kayser at det nå jobber ti til tyve musikkterapeuter i norsk eldreomsorg.

– Men det er få som jobber 100 prosent på et sykehjem, slik jeg gjør. Mange ansettes i kulturskolen, som så selger musikkterapitjenester videre til institusjonene. Den økte interessen for tilbudet skyldes flere forhold. Det øvrige personalet prioriterer blant annet aktiviteter i hverdagen høyere enn før. Mange har ønsket en slik utvikling, men nå det blitt mer legitimt. Det er likevel et paradoks at mange sykehjem ansetter musikkterapeuter på deltid, gjerne i 40 prosent prosjektstillinger. Da er det ikke lett å få øye på resultatene. Selv har jeg opplevd å bli spurt om det er mulig å videreføre et individuelt musikkterapitilbud til beboere som har flyttet hjem. I tiden fremover bør vi derfor få kommunene til å styrke tilbudet til hjemmeboende også. Det blir lett et vakuum ellers. Først er de her og drar nytte av masse tilbud og trening. Så kommer de hjem, til et liv ofte preget av stillstand. Det må bygges en bro over til hjemmetilbudet. Her i området tror jeg faktisk at hjemmesykepleierne allerede har snust litt på om man ikke bør få til et musikkterapitilbud hjemme hos folk, spesielt rettet mot personer med tidlig debuterende demens.



TREFFER OSS: – Vi har alle en relasjon til musikk, det treffer noe i oss, sier Sunniva Kayser.

Ser nytteverdien

Styrer Morten Amundsen ved Fjell sjukeheim er fornøyd med musikkterapitilbudet. – Det er helt fantastisk å se hvilken effekt behandlingen gir, sier han.

Fjell sjukeheim ligger i Fjell kommune rett utenfor Bergen og har plass til 60 pasienter fordelt på seks poster. En av postene er en skjermet enhet for ti personer med en demenssykdom. De andre fløyene har pasienter med store medisinske utfordringer. Ved Fjell sjukeheim er det ansatt 36 sykepleiere og to leger i hele faste stillinger.

– Sykehjemmet skal i utgangspunktet ikke brukes til langtidsboende eldre, da Fjell kommune har etablert omsorgsboliger med heldøgns pleie- og omsorgstjeneste for denne gruppen. Derfor har de fleste pasienter på Fjell sjukeheim korttids-, avlastnings-, rehabiliterings- eller vurderings-/behandlingsopphold, forteller Morten Amundsen.

Sammen om minisykehus

I 2010 ble det åpnet en intermediær avdeling ved sykehjemmet; et samarbeidsprosjekt mellom kommunene Askøy, Fjell, Sund, Øygard og Helse Bergen.

– Vi samhandler om sengeplasser, økonomi og medisinske tjenester som før ble gitt på sykehus. Sykehusene skriver også ut pasientene tidligere enn før, til viderebehandling ved vårt «minisykehus», forklarer Amundsen.

I dag får både ortopediske, nevrologiske, kirurgiske og medisinske pasienter deler av sin behandling ved Fjell sjukeheim. Sykehjemmet har fire Ø-hjelp-senger, i samarbeid med Helse Bergen og Sund kommune. Til denne posten kan legevakten i Fjell kommune, fastleger og sykehjemsleger legge inn pasienter. Sykehjemmet har også vært med i et Tung pust-prosjekt for kolspasienter i regi av Helse Bergen.



Styrer Morten Amundsen.

Begeistrede leger

– Fra det øyeblikket vi tar i mot pasientene har vi et tverrfaglig fokus på rask og god behandling for å kunne skrive ut en mer selvhjulpne pasient til eget hjem. Så lenge de føler seg trygge, ønsker de fleste å bo hjemme så lenge som mulig. Vår oppgave er å gjøre dem i stand til å ta vare på egen helse. Vi utfører i den forbindelse omfattende medisinsk behandling. Et slikt tverrfaglig arbeid har tidligere vært utført av representanter fra de tradisjonelle helsefagene, men da vi diskuterte en ledig stilling i fjor, dukket ideen om musikkterapi opp. Først og fremst med tanke på den kompetanse de har i det forebyggende arbeidet. Musikkterapeuten har en annen tilnærming til pasientene, slik at trening kanskje blir mer effektiv. I dag ser vi at nytteverdien er stor, også innenfor området demens. Det er helt fantastisk å se hvilken effekt musikkterapien gir. Legene våre har vært veldig begeistret, de ser absolutt nytten av denne behandlingen, sier Morten Amundsen.

 – Når det etableres musikkterapi-
stillinger i omsorgen kan man jobbe
kontinuerlig. En slik stilling innebærer
både en direkte og indirekte innsats, sier
professor i musikkterapi, Brynjulf Stige.



Bente Wallander (tekst og foto)

Musikkterapi ved demens og depresjon

Brynjulf Stige er opptatt av å synliggjøre forskjellen på det musikkarbeidet de etablerte yrkesgruppene i demensomsorgen kan gjøre og det arbeidet musikkterapeutene utfører.

Brynjulf Stige er professor i musikkterapi ved Griegakademiet, Universitetet i Bergen, og forskningsleder for Griegakademiets senter for musikkterapiforskning (GAMUT). Hverdagene dreier seg om musikkformidling. Den dagen D&A gjester kontoret er det den 54 år gamle bestefaren selv som får en musikalsk opplevelse. Med et stort smil mottar han bursdagssangen som det jublende lille barnebarnet i Alta fremfører via telefonen.

De fleste av oss har liknende minner knyttet til musikk, og det er med utgangspunkt i disse man har fått alle be-

skrivelsene av musikalske mirakler i norsk og internasjonal demens- og eldreomsorg.

Redskap i hverdagen

– Noen, deriblant Audun Myskja, har sett på hvordan pleierne kan integrere musikk i omsorgsmiljøene. Dette er viktig, men ikke nok. Jeg er opptatt av hva den profesjonelle musikkterapien kan bidra med for den enkelte beboer. Det er viktig å forstå forskjellen på det musikkarbeidet de etablerte yrkesgruppene i eldreomsorgen kan gjøre og det arbei-

det vi utfører. Vi er to ulike virksomheter som med fordel kan supplere hverandre, sier Brynjulf Stige.

– Det vil være arbeidsmåter og behov hos enkelte pasientgrupper som best ivaretas av en musikkterapeut, fortsetter han, og så, som Myskja har påpekt; er pleiergruppene der som en stor ressurs. Med musikken får de et nytt redskap. De er der også døgnet rundt, og ivaretagelse av pasientens behov forutsetter et døgnperspektiv på det vi gjør. Vi ser at musikk betyr noe, også for hvordan personalet opplever situasjonen som

mer håndterlig og mulig å mestre. Det er interessant. Musikk er ikke bare et redskap som betyr noe for pasienten, men kan også bli en miljøfaktor og et bidrag til trivsel og livskvalitet for alle som er på stedet.

Fra utdanning til universitet

Utdanningstilbudet og fagmiljøet som Brynjulf Stige leder ble etablert i Sogn og Fjordane.

– Musikkterapiutdanningen ble etablert som et høyskoletilbud her i 1988. Etter hvert kom vi til et punkt der det oppsto et behov for universitetstilknutting og i 2006 ble vi lokalisert ved Griegakademiet ved Universitetet i Bergen.

Her konsentrerte man seg først om å bygge opp det nye universitetsstudiet, som i dag er en femårig integrert masterutdanning med 12 studenter i hvert kull. Det er også etablert et forsknings-senter, GAMUT, med doktorgradskandidater og en voksende gruppe seniorforskere.

– Behovet for å bygge relasjoner til praksisfeltet har medført jobbing mot områdene psykisk helsevern og rehabilitering. Vi så tidlig at eldreomsorg også er et aktuelt område. Ved hjelp av midler fra Rieber-fondene har vi blant annet etablert et landsomfattende fagnettverk for musikkterapeuter og forskere som ønsker å bidra på feltet (*Nettverket musikk og eldre*). Vi samarbeider med Aalborg universitet og har to tydelige mål: Å utvikle musikkterapien som praksisfelt samt fremme praksisnær forskning på feltet. Vi har vektlagt samspillet mellom disse to dimensjonene. Flere forskningsprosjekter er utviklet og vi har nylig avsluttet en undersøkelse av musikkterapiens effekt i forhold til agitasjon, livskvalitet og medisinerings hos personer med demens, forteller Brynjulf Stige (se referanse i faktarammen).

Viktig verktøy

Formidling har vært en viktig del av arbeidet.

– Vi inviterer til åpne gratisseminar en gang i halvåret for ulike interessenter, som sykepleiere, hjelpepleiere, pårørende og eldre råd. Vi har også holdt åpne seminarer der vi har formidlet forskningsresultater og erfaringer fra feltet, med utgangspunkt i spørsmål som: Til hva

trenger vi musikkterapi? Hvordan kan pleiepersonalet bruke musikk som kommunikasjon og gjøre den til en naturlig del av sin verktøykasse? Utfordringene er fortsatt mange, og neste seminar går av stabelen på Bergens vitenskapssenter *ViLVite* med fokus på musikkterapi og nevrorehabilitering, som fortsatt er et veldig nytt felt i Norge, men vel etablert i Tyskland og flere andre land.

– Vi prøver å utvikle faget vårt og har et godt samarbeid med Haukeland sykehus og hjerneforskere der, som jobber med scanning (fMRI). Vi har sett en økende interesse for musikk i nevrovitenskapelige miljøer de siste årene. Det dreier seg om plastisitet og hjernens evne til endring, og foreløpige erfaringer har gitt nytt håp i forhold til rehabilitering.

Musikkterapi, psykisk helse og demens

Musikkterapi i psykisk helsevern er ett av de forskningsområdene der man har påvist tydelige resultater av terapien, sier Brynjulf Stige. Med dette som utgangspunkt har man ved Griegakademiet vært spesielt opptatt av de nye retningslinjene for behandling av psykoser.

– Det ser ut til at musikkterapi nå blir en anbefalt behandlingsform for pasienter med psykosedagnoser. Cochrane-reviews gjennomført av forskere ved GAMUT, viser blant annet gode resultater ved bruk av musikkterapi i forbindelse med schizofreni. Innen alderspsykiatrien kan musikkterapi iverksettes ved depresjon, som absolutt er en utfordring for mange eldre. Her finnes det god dokumentasjon på effekter ved musikkterapi for voksne, selv om det foreløpig er for lite spesifikt på musikkterapi for eldre pasienter med depresjon. Vi har valgt å innlede vårt arbeid med å forske på agitasjon ved demens, der det også står mye ugjort. Det er mange interessante innfallsvinkler for nye studier, sier Brynjulf Stige.

At musikkterapistillingene nå kommer på sykehjem og andre institusjoner er flott, også fordi det er viktig å ha kompetanse når man skal veilede og støtte det øvrige musikkarbeidet på institusjonen. Erfaringer fra Sogn og Fjordane på 80- og 90-tallet viste at kursing på sykehjem medførte en fin entusiasme –

som varte en stund. Så kokte det lett bort. Når det etableres musikkterapistillinger i omsorgen kan man jobbe kontinuerlig. En slik stilling innebærer både en direkte og indirekte innsats; direkte med musikkterapi for pasienter og grupper som trenger musikkterapeutens spesialkompetanse, og indirekte med veiledning av personalet om hvordan musikk kan være en ressurs for livskvalitet og helse i hverdagsliv og institusjonsomsorg.

Om musikkterapi

- ♦ Musikkterapi er en femårig universitetsutdanning etablert ved Griegakademiet, Universitetet i Bergen og ved Norges musikkhøgskole i Oslo.
- ♦ GAMUT – Griegakademiets senter for musikkterapiforskning ligger langt framme internasjonalt innen forskning på musikkterapi i psykisk helsevern og står blant annet bak flere randomiserte kontrollerte forsøk, Cochrane-reviews og brukerorienterte undersøkelser på dette feltet (se «Musikkterapi i psykisk helsevern» på www.gamut.no)
- ♦ GAMUT har siden 2008 vært vertskap for «Nettverket musikk og eldre – samarbeid for forskning og kunnskapsutvikling om musikk, musikkterapi og eldre», med finansiering av GC Rieber Fondene.
- ♦ Med utgangspunkt i dette nettverket er GAMUT også i ferd med å bygge opp solid forskningskapasitet innen musikkterapi og demensomsorg.
- ♦ Følgende ferske artikkel dokumenterer effekter av musikkterapi i forhold til agitasjon ved demens: Ridder, H.M.O., Stige, B., Qvale, L.-G., & Gold, C. (in press). Individual Music Therapy for Agitation in Dementia: an Exploratory Randomized Controlled Trial. *Aging and Mental Health*.

Bente Wallander (tekst og foto)

Nytt fagskoletilbud:

Utviklingshemning og aldring

Fagskolen Aldring og helse gir fra i høst 2013 tilbud om videreutdanning i utviklingshemning og aldring.

Det er Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse som driver den nasjonale *Fagskolen Aldring og helse* som nå har fått et videreutdanningstilbud i temaet *utviklingshemning og aldring*. Fagskolen er godkjent av NOKUT (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen) og gir fra før en nett- og samlingsbasert videreutdanning i temaet Demens og alderspsykiatri. Det yrkesrettede studietilbudet gis til hjelpepleiere, helsefag- og omsorgsarbeidere.

Nye utfordringer

– Vi har erfart et klart behov for å etablere en formell videreutdanning innen eldreomsorg overfor personer med utviklingshemning, sier skolens rektor Signe Gjelstad.

I fremtiden vil flere personer med utviklingshemning oppleve å bli eldre enn før. Økt levealder kombinert med store fødselskull etter krigen, gjør at vi i årene fremover vil få et raskt voksende antall eldre med utviklingshemning.

– Denne utviklingen er relativt ny, og fører med seg mange utfordringer for helse- og omsorgstjenestene, for personene med utviklingshemning selv og deres familier. Mange med utviklingshemning opplever en aldringsprosess som forløper annerledes og en prosess som starter tidligere enn det vi normalt ser i befolkningen, opplyser vernepleier Frode Kibsgaard Larsen, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Mangler kompetanse

Ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemning ble gjennomført i 1991. Begrunnelsen for reformen var menneskeverd og likeverd og at det ordinære hjelpeapparatet i kommunene skulle gi individuelt tilpassede tjenester.

– Evalueringer av tjenestene viser imidlertid mangel på spesifikk kompetanse om utviklingshemning på de fleste



GLADE: Fagskolens rektor Signe Gjelstad og vernepleier Frode Larsen ved markeringen av det nye fagskoletilbudet.

delar av tjenestefeltet, fortsetter Frode Kibsgaard Larsen.

– Kompetente fagpersoner er en grunnleggende forutsetning for å tolke og forstå personer med utviklingshemning, deres symptomer og iverksette tiltak. Forskning viser at når ansatte tilrettelegger tjenestene ut fra kompetanse om og innsikt i utviklingshemning, reduseres utfordrende atferd og dermed bruken av tvang og makt. Det er i dag liten flyt mellom faggrupper innen ordinære pleie- og omsorgstjenester og tjenester for personer med utviklingshemning. Derfor vil økt kompetanse innen eldreomsorgen generelt i liten grad komme personer med utviklingshemning til gode.

Nytt tilbud

– Frem til nå har det ikke eksistert et videreutdanningstilbud innen fagområdet utviklingshemning og aldring som

retter seg mot helsepersonell med videregående opplæring, sier Signe Gjelstad.

De ansatte har hatt tilgang på diverse kurs av varierende lengde, men kommunene har behov for kompetanse på flere nivåer.

– Et fagskoletilbud vil gi formell kompetanse for dem med helsefagutdanning eller annen relevant utdanning fra videregående skole. Derfor er det tilbudet vi starter opp til høsten viktig for dem som ønsker å fordype seg og få spisskompetanse på fagområdet.

Fagskolen Aldring og helse drar veksler på Kompetansesenterets omfattende forskningsinnsats og kunnskapsutvikling i utviklingshemning og aldring, samt undervisningskompetansen som er utviklet over tid.

– Dette vil komme studentene direkte til nytte både gjennom litteratur, undervisning og pedagogiske metoder, lover Gjelstad.

Det nye fagskoletilbudet henvender seg til dem som arbeider og bor langt fra stedbaserte utdanninger, eller til andre som ønsker en alternativ videreutdanning. I omfang tilsvarer utdanningen ett års fulltidsstudium, organisert som deltidsutdanning over to år.

– Praksis er spredt ut over studieperioden, tilsvarende 10 uker i full stilling. Praksis kan gjennomføres på egen arbeidsplass etter gitte retningslinjer og avtale mellom student, leder på arbeidsplassen og skolen. Studenter som kan ha praksis på egen arbeidsplass trenger ikke ta fri fra ordinært arbeid, men kan ha praksis i arbeidstiden, opplyser Frode Larsen.

Studiestart er i august og første fellessamling blir i første uke i september. De som ønsker å søke kan følge med på fagskolens hjemmesider www.aldringoghelse.no. Det vil være fortløpende opptak fra 1. mars 2013.

Bente Wallander (tekst og foto)



NY KOMPETANSE: Prosjektleder Marta Reggestad (t.h.) og Eva Marie Grøndalen, som var en av de første deltakerne som fullførte opplæringen gjennom prosjektet.

Fra ABC til fagprøve

Eva Marie Grøndalen (60) fra Hemsedal hadde jobbet som pleie-assistent siden 2002, da hun i 2011 søkte seg med i ordningen «Jeg vil bli helsefagarbeider – med ABC til fagbrev». I januar 2013 ble hun den tredje deltakeren som gikk opp til fagprøve i helsearbeiderfaget etter å ha fullført sin opplæring.

– For meg har dette vært svært positivt. Jeg fikk nye arbeidsoppgaver og fast jobb allerede før jeg var ferdig med opplæringen. I dag føler jeg meg mere verdsett enn før, og mine erfaringer blir regnet med på en annen måte, sier Eva Marie Grøndalen.

Ekstra trygghet

60 år gamle Eva Marie Grøndalen er den hittil eldste deltakeren som har fullført opplæringen gjennom prosjektet. Etter å ha jobbet i det private næringsliv i det meste av sitt voksne liv, fikk hun i 2002 jobb som assistent i en bolig for personer med funksjonshemming. Da denne ble nedlagt søkte hun arbeid på alders- og sykehjemmet. I dag arbeider hun fortsatt mest her, men hun har også en 25 prosent stilling i hjemmesykepleietjenesten.

– For meg var muligheten for å få fast jobb den viktigste årsaken til at jeg meldte meg som deltaker i prosjektet. Kommunene ansetter ikke lenger noen i

faste stillinger som ikke har en formell kompetanse. I Hemsedal har vi full dekning med utdannede helsearbeidere nå. Det er kjempebra! Vår kompetanse innebærer jo en ekstra trygghet for brukerne og deres familier.

Vil lese videre

Som fagarbeider merker jeg også at arbeidsgiver stiller større krav til meg. Det gjør noe med deg! Man får ingen primærkontaktjobb uten den kompetansen, og brukeren får heller ikke den samme oppfølgingen. Nå kan pårørende forholde seg til meg. Det er en fordel for dem at de slipper å ha kontakt med så mange, sier Eva Marie Grøndalen, før hun forteller at skolegangen i voksen alder har gitt mersmak:

– Samhandlingsreformen stiller krav om palliative rom ved alle alders- og sykehjem. Hos oss er det ingen som har spesialkompetanse i palliativ pleie, så derfor har jeg lyst til å sette meg ved skolebenken i ett år til.

Jeg vil bli helsefagarbeider – med ABC til fagbrev

Helsedirektoratet ga i 2010 Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i oppdrag å lage en opplæringsmodell som gir ABC-deltakere mulighet til å få fagbrev og autorisasjon som helsefagarbeider. Prosjektet heter *Jeg vil bli helsefagarbeider – med ABC til fagbrev*, og følger de nasjonale læreplanene for helsefagarbeiderutdanningen. Aktuelle deltakere er ABC-deltakere uten helsefaglig utdanning (pleiemedhjelpere, assistenter, hjemmehjelpere med flere) som er i et arbeidsforhold i pleie- og omsorgstjenesten.

– Undervisningen er i hovedsak nettbasert, det vil si at de kan gå inn på forelesninger etter fagplanen for opplæringsmodellen. Deltakerne tilbys i tillegg fire regionale ukesamlinger i regi av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, forteller prosjektleder Marta Reggestad.

Deltakerne må selv lese og løse oppgaver under løpende veiledning fra Kompetansesenteret og egen arbeidsplass. Oppfølging og undervisning er gratis i prosjektperioden og deltakerne får dekket kostnader i forbindelse med fellessamlinger, eksamener og innkjøp av ABC-permer. Øvrige lærebøker kan lånes fra biblioteket ved Kompetansesenteret. Arbeidsgiver kan søke om opplæringsmidler fra fylkesmannen til deltakere i prosjektet, jf. Kompetanseløftet 2015. Den teoretiske opplæringen varer i halvannet år. Forventet tidsbruk utover dette varierer noe, avhengig av deltakernes tidligere kompetanse.

– Vi setter opp en plan for hver deltakers opplæring, med informasjon om hva de må gjennom, både av teori og praksis, samt tidsperspektiv. Planen settes opp i samarbeid med deltakeren, sier Reggestad.

Prosjektet har ved utgangen av februar 2013 i underkant av 200 deltakere, og det skal settes i gang to nye grupper før ferien. Prosjektleder antar at man har vel 240 deltakere innen sommeren. Fire deltakere er til nå helt ferdig og 24 er ferdige med opplæringen, de venter bare på datoen for fagprøven. For mer informasjon om tilbudet se www.aldringoghelse.no

Bente Wallander (tekst og foto)

Møter egne og andres minner



FARS SANG: Musiker Trond Granlund sang og fortalte fra den reisen han og hans far hadde tatt i farens musikkminner.

Personer med demens har de siste to årene vært målgruppe for det nasjonale Møte Med Minner-prosjektet. På Erfaringskonferansen i Oslo presenterte deltakerne sine erfaringer og lot seg inspirere av andres aktiviteter.



TONEFØLGE: Møte med musikalske minner, ved museumspedagog Helle Singsaas fra Ringve Museum.

– Personer med demens vil være en målgruppe for norske museer, også i fremtiden. Slik konkluderte deltakerne på erfaringskonferansen som gikk av stabelen i Oslo Museum i desember.

– Vi ser av Demensplan 2015 at man vil ha dette. Ved å aktivisere sansene til personer med demens, kan vi også bidra til å øke deres velvære, sa Oslos byråd for eldre, Aud Kvalbein.

Unike erindringsarenaer

Leder for det nasjonale Møte Med Minner-prosjektet, Ellen Wasserfall, som også er nestleder og informasjonsansvarlig på Geriatrik ressurscenter i Oslo, understreket museenes unike egenskaper som erindringsarenaer.

– Det er samtidig en styrke for Møte Med Minner-tilbudene at de er utviklet i samarbeid med demensfaglige krefter. I prosjektet har vi blant annet utviklet en håndbok for museer som skal forberede slike besøk. Boken beskriver blant annet en ny type formidling – erindringsdialog; som er en fri assosierende samtale på deltakernes premisser. Museene i prosjektet har sett på sine tradisjonelle formidlingsmåter og kommet fram til at en omvisning for personer med demens fordrer en ny type formidling. Det har

vært en morsom og lærerik utfordring for oss alle å bidra til mer demensvennlige museer, sa Wasserfall.

Opplevelser i koia

Blant museene som har mottatt personer med demens er Norsk Skogmuseum på Elverum. Museets formidler Kjetil Rukan og Bjørn Erik Skaug gjennomførte i fjor 15 tilrettelagte opplegg for 125 personer med demens og 49 ledsagere.

– Å skulle åpne opp for en god dialog om minner er like spennende hver gang. De besøkende har gitt oss mye tilbake og det er svært givende å få deres tilbakemeldinger på noe vi trodde at vi kunne veldig godt. Når vi koser oss sammen i tømmerkoia med litt stekt flesk, kaffe og fyrstekake, kommer det noe nytt hver gang. Personer med demens må sees som en ressurs.

Hele bryllupsdagen

– Den første utstillingen vi tilrettela for personer med demens het *Lykkelige alle sine dager*, og handlet om giftermål, fortalte Kari Sommerseth Jacobsen, avdelingsdirektør ved Kvinnemuseet på Kongsvinger.

– Det skulle ikke mye til før de besøkende fortalte sine egne historier. Vi fikk

for eksempel alle detaljer fra hele bryllupsdagen til en kvinne som giftet seg på 40-tallet. Siden har vi hatt julen som tema, med bakst og sang. Dette gleder vi oss til å fortsette med!

– Museet vårt burde jo være en naturlig arena for møter med folks musikalske minner, mente museumspedagog Helle Singsaas fra Ringve Museum i Trondheim.

– Men interiøret vårt er fra en finere families hjem på slutten av 1800-tallet. Her er det ikke mye gjenkjennbart. Vi måtte derfor tenke nytt før vi tok i mot de første gruppene med personer med demens. Vi vet nå at allsang akkompagnert av husorgelet slår an. Overraskende mange husker også sine første besøk ved dette museet, og ikke minst den første bestyreren her, Victoria Bachke.

Pynter seg hver onsdag

Ringve Museum er også en del av det EU-finansierte Museer og Minner-samarbeidet med Sverige.

– Vi har det siste halvannet året ønsket seks hjemmeboende personer med demens fra Valentinlyst helse- og velferdssenter velkommen til oss en gang i uken. Ikke for å se om de husker noe, men bare for å gjøre noe sammen her på Ringve. Vi spiller, synger og er sammen i hagen og forsøker å gi brukerne opplevelser som gir mestring og følelsen av å bli gjort litt stas på. Vi tror at vi har lyktes, for gjestene våre har begynt å pynte seg litt når de skal til oss. Jeg har selv blitt en mye bedre formidler, så vårt samarbeid har vært gunstig for begge parter, understreket Singsaas.



GIR FOLK EN STEMME: Pip Hardy (t.v.) og Tony Sumner fra Patient Voices Program, i Cambridge.

Gir folk en stemme

Pip Hardy og Tony Sumner fra *Pilgrim Projects*, et firma som tilbyr «kvalitetsforbedrende utdanningstiltak» til det britiske helsevesenet, orienterte deretter om prosjektet *Patient Voices Program*, som de har gjennomført i Cambridge.

– I Storbritannia er pasientene ofte et nummer og et navn. Vi vil synliggjøre de menneskene de er og engang var, fortalte Pip Hardy.

I samarbeid med helsevesenet arrangerer Pilgrim Projects arbeidsseminarer for personer med demens. Noen av deltakerne er til stede hele dager, andre halve. Med Hardy og Sumner som veiledere lager deltakerne her korte digitale fortellinger om seg selv.

– Vi ser en utvikling hos deltakerne etter bare disse dagene. De oppleves som merkbart bedre, både språklig og i hukommelsen, etter disse dagene med dypdykk i egne liv. Som en deltaker sa da han var ferdig: «Nå føler jeg meg som meg selv igjen!»



STIER I SKOGEN: Formidlerne Kjetil Rukan og Bjørn Erik Skaug fra Norsk Skogmuseum.

Sang med far

Musiker Trond Granlunds far Rolf fikk demens i 2008, og havnet etter hvert på Lørenskog sykehjem.

– Først virket det som om han bare ville svinne hen, han sov det meste av døgnet. Men så kviknet den nå 89-årige mannen til og begynte å synge. Og som han sang! Hver eneste dag, fra tidlig morgen til sene kveld. Mine foreldre hadde begge drevet mye med musikk i min barndom, med opptredener for blant annet Frelsesarmeen. Men visene som nå dukket opp var enda eldre, skilingsviser fra 30-tallet og der omkring, og jeg hadde aldri hørt dem før. Det endte med at jeg tok med meg en opp-taker hver gang jeg besøkte ham og ved hjelp av disse opptakene er han med på utgivelsen *Sanger jeg lærte av far min* fra 2010, fortalte Trond Granlund.



PARTNERE: Erfaringskonferansen ble planlagt og gjennomført av fra venstre: Ellen Wasserfall, Geriatrik ressurscenter Oslo, Lena Nordby, Norsk Teknisk Museum, Linken Apall-Olsen, Oslo Museum, Håvard Heggelund, Norsk Teknisk Museum, Torhild Skåtun, Telemuseet og Ellen Lerberg, Nasjonalmuseet for kunst, arkitektur og design.

Museer og demensfaglige miljøer som har bidratt i det to-årige prosjektet *Møte Med Minner* har funnet rammene for sitt arbeid i Demensplan 2015 *Den gode dagen*, samt Stortingsmeldingen *Kultur, inkludering og deltaking*. Prosjektet har fått økonomisk støtte fra Helsedirektoratet, Norsk kulturråd og Extrastiftelsen via Nasjonalforeningen.

Det var Geriatrik ressurscenter i Oslo kommune (tidligere Geria) som i 2008 inviterte til de første tilrettelagte omvisningene for personer med demens i samarbeid med Oslo Museum, Telemuseet og Norsk Teknisk Museum. Siden har flere museer etablert tilbud i forbindelse med det nasjonale prosjektet.

Gjennom prosjektet har man også utviklet Håndboken *Møte Med Minner*. Boken er gratis og kan bestilles/lastes ned fra www.geria.no.



BARNEBOK: Eva Anfinnsen med boka «Uff da!».

Bente Wallander (tekst og foto)

For barn fra Forlaget Aldring og helse

Med den gjennomillustrerte boken «Uff da! sa farmor», har forfatteren Eva Anfinnsen i samarbeid med billedkunstner Anders Kaardahl villet gi barn hjelp til å forstå hva som skjer når en i familien rammes av demens.

– For barn er det ikke så lett å forstå hvorfor bestemor, bestefar eller kanskje til og med en av foreldrene, blir så forandret, sier Eva Anfinnsen.

– Vi håper at denne boken kan være til hjelp i familier hvor en har behov for å formidle om sykdommen til de yngste.

I boken får leserne møte Mina, som får besøk av farmor. Men farmor er ikke helt som Mina husker henne. Hun har begynt å glemme en del, og gjør ting annerledes enn før.

– Gjennom Mina får vi vite hvordan hele familien opplever noe av det som kan skje når en person utvikler demens. Boken er i første rekke beregnet på lesere i førskole- og småskolealder, og det er fint om den leses sammen med en voksen, sier forfatteren.

Finner fakta

I tillegg til historien om Mina og hennes familie, finner man i *Uff da! sa farmor*, også opplysende fotnoter. Bakerst i boken finner en noe faktastoff om demens.

Eva Anfinnsen arbeider til daglig som hovedbibliotekar ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Her arbeider også seniorforsker og spesialist i klinisk gerontopsykologi, Per Kristian Haugen, som har vært fagkonsulent for boken.

Anders Kaardahl er utdannet ved Statens Kunst og Håndtverkskole og Statens Kunstakademi. Han har tidligere illustrert mange faktabøker og tegnet for en rekke forlag, aviser og publikasjoner, og sier selv at barnebøkene alltid har ligget hans hjerte særlig nær.

Boken kan bestilles fra bokhandelen på www.aldringoghelse.no

Kurs & konferanser 2013

KURS VÅR OG HØST 2013

Dato	Tema	Sted	Påmeldingsfrist 2013
Demens			
4. april	Utredning av demens i kommunehelsetjenesten	Oslo	Forts. plasser
5. april	Etablering og organisering av demensteam	Oslo	Forts. plasser
27.-28. mai	Familier med demens	Drammen	19. april
28.-30. mai	Basiskurs	Porsgrunn	23. april
6. juni	Tilrettelagte dagaktivitetstilbud for personer med demens	Trondheim	29. april
3.-4. sept.	Konferanse – Demensteam	Oslo	25. juni
24. sept.	Kognitiv svikt hos personer med minoritetsetnisk bakgrunn	Oslo	20. aug.
7. okt.	Utredning av demens i kommunehelsetjenesten	Sandefjord	2. sept.
8. okt.	Etablering og organisering av demensteam	Sandefjord	2. sept.
10. okt.	Konferanse – Hjemmebaserte tjenester til personer med demens	Bergen	2. sept.
15.-17. okt.	Dementia Care Mapping, modul 1	Oslo	12. sept.
29. okt.	Tilrettelagte tilbud til yngre personer med demens og deres pårørende	Trondheim	20. sept.
Alderspsykiatri			
10. april	Alderspsykiatriske lidelser	Bergen	Forts. plasser
15.-17. april	Landskonferanse	Sandefjord	Forts. plasser
22. mai	Rus og legemiddelavhengighet hos eldre	Oslo	10. april
29.-30. mai	Konferanse for hukommelsesklinikker	Oslo	22. mars
10. sept	Alderspsykiatriske lidelser	Skien	21. juni
16.-17. sept.	Legkurs – Alderspsykiatri i praksis	Trondheim	25. juni
16. okt.	Rus og legemiddelavhengighet hos eldre	Hamar	10. sept.
12. nov.	Alderspsykiatriske lidelser	Stavanger	4. okt.
Geriatrí			
15. mai	Smerter og palliasjon hos eldre	Oslo	8. april
16.-18. sept.	Basiskurs	Stavanger	25. juni
21.-22. okt.	Temakurs for leger – Legemiddelbruk hos eldre	Oslo	16. sept.
24. okt.	Akutt hjertesykdom hos eldre	Oslo	18. sept.

Se vår hjemmeside www.aldringoghelse.no for flere opplysninger.



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

For påmelding og mer informasjon:

www.aldringoghelse.no

33 34 19 50 – post@aldringoghelse.no

da Demens&Alderspsykiatri

Fire utgaver årlig. Abonnement per år:
Norge: kr 350,- Norden for øvrig: kr 440,-

Trenger dere flere blader på din arbeidsplass?
Vi sender tre eksemplarer av bladet (forutsatt
samme adresse) for kr. 700,- per år.

Bestill Tidsskriftet

e-post tidsskriftet@aldringoghelse.no

telefon 22 11 77 28

eller skriv til:

Aldring og helse

Oslo universitetssykehus HF, Ullevål
Medisinsk divisjon, Bygning 37
0407 Oslo



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

www.demensogalderspsykiatri.no

Kurs & konferanser 2013

Landskonferanse i alderspsykiatri 2013

Siden 1991 har det hvert år vært arrangert en landskonferanse for den alderspsykiatriske spesialisthelsetjenesten. Målet er å styrke det faglige miljøet i norsk alderspsykiatri gjennom å gi en faglig oppdatering og å utveksle erfaringer. Konferansen går på omgang mellom de alderspsykiatriske avdelingene som har ansvar for arrangementet sammen med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Sandefjord 15.-17. april 2013

Les mer om landskonferansen på www.aldringoghelse.no

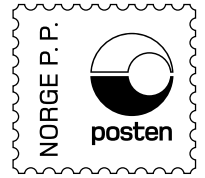
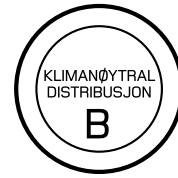
Retningslinjer for publisering i Demens&Alderspsykiatri

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

- I fagartiklene skal referanser dokumenteres med henvisninger som nummereres i teksten (Vancouvermodellen).
- Bilder, grafer, figurer med mer, sendes som separat fil, og skal ikke settes inn i teksten fra forfatterens side.
- En artikkel i Demens&Alderspsykiatri overskrider sjelden ca. 15 000 tegn eksklusive mellomrom. Skriv konsentrert og så kort som mulig.
- Redaksjonen forbeholder seg retten til å redigere og forkorte manuskripter i samråd med forfatterne. Innlegg til Demens&Alderspsykiatri leses av minst to av redaksjonens medlemmer.

- Artikler sendes innen avtalt frist som vedlegg til e-post til:
bente.wallander@aldringoghelse.no

Demens&Alderspsykiatri tar gjerne imot leserinnlegg og meningsyttringer. De kan sendes til nevnte mailadresse eller til: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, ved Bente Wallander, Postboks 2136, 3103 TØNSBERG



D&A går i dybden – og i bredden

ISSN: 1890-4130

Medlem av



Demens&Alderspsykiatri utgis av



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

Sykehuset i Vestfold HF
Klinikk for psykisk helse og rusbehandling
Postboks 2136
3103 Tønsberg
Tlf.: 33 34 19 50
Faks: 33 33 21 53

post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no



www.demensogalderspsykiatri.no

tidsskriftet@aldringoghelse.no