



- Ressurser viktigere enn tap

side 4

12 | Ikke overse barn til yngre med demens

22 | Er alderspsykiatrisk grense irrelevant

32 | Demens-vennlige Moss

36 | Vakkert om egne dager med demens

Redaktør:

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

Redaksjonssekretær:

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

Ansvarlig redaksjonskomité:

Øyvind Kirkevold, professor, dr.philos.,
 Nasjonal kompetansetjeneste
 for aldring og helse

Harald A. Nygaard, prof. emeritus, NKS
 Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS

Geir Selbæk, psykiater, ph.d.
 forskningsleder, Sykehuset Innlandet HF

Anne Marie Mork Rokstad, sykepleier,
 stipendiat, Nasjonal kompetansetjeneste
 for aldring og helse

Bernhard Lorentzen, avdelingsoverlege,
 Diakonhjemmet sykehus, Alderspsykiatrisk avd.

Torhild Holthe, forsker/ergoterapispesialist,
 Nasjonal kompetansetjeneste for
 aldring og helse

Fagartikler sendes til
 bente.wallander@aldringoghelse.no

Vitenskapelig redaksjon:

Sverre Bergh, cand.med, ph.d.,
 postdoc-stipendiat, vit. red.

Øyvind Kirkevold, professor, dr.philos, vit. red.

Geir Selbæk, psykiater, ph.d. forskningsleder
 Knut Engedal, professor dr.med.

Vitenskapelige artikler sendes til
 fagredaktor@aldringoghelse.no

Abonnement:

Nasjonal kompetansetjeneste
 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 380 Norden: kr 450

Utgiver

Nasjonal kompetansetjeneste
 for aldring og helse
 tidsskriftet@aldringoghelse.no
 www.demensogalderspsykiatri.no

Layout/trykk

BK Grafisk, Sandefjord (TAa)

Det redaksjonelle arbeidet er
 avsluttet 20. februar 2014.

Fagpressen



Demens & Alderspsykiatri

vol. 18 • nr. 1 • 2014

- 4 Folk i fokus: Lorentz H. Nitter
- 7 Kognitiv svikt ved depresjon hos eldre uten demens
 Gro Strømnes Dybedal, Torfinn Lødøen Gaarden,
 Tor Magne Bjølseth, Lars Tanum
- 12 Erfaringer fra voksne barn til yngre foreldre med en demenssykdom
 Maria Lage Barca, Aud Johannessen, Knut Engedal,
 Per Kristian Haugen, Kirsten Thorsen
- 16 Lys gir livskvalitet
 Helena Kive
- 22 Debatt:
 På tide å flytte grensene i alderspsykiatrien?
 Eivind Aakhus
- 24 Leserinnlegg:
 Måltid til besvær
 Sidsel Christensen
- 26 Leon Jarners forskningspris 2013:
 – Prisverdig prosjekt, til stor praktisk nytte
- 29 Demensdagene 2013:
 Fra kunnskap til handling
- 30 Tiltakspakke demens: Kunnskap og observasjoner satt i system
- 32 Moss – en demensvennlig kommune
- 34 Sanser og gjenkjenner på Natvigs Minde
- 36 Dager med demens – berettet innenfra
- 37 Bokanmeldelse:
 Viktig tema – uheldig formidling
 Liv Berit Carlsen
- 38 Bokanmeldelse: Liten, lettlest og vakker
 Kjersti Wogn-Henriksen



Forsiden:
 Enid Halvari og Lorentz H. Nitter.
 Foto: Bente Wallander





Noe å strekke seg etter

Fra utlandet har vi i det siste hørt om flere demensvennlige lokalsamfunn. Motherwell i Skottland og hollandske Hogewey. Nå har Moss, som første kommune i Norge, flagget sin visjon om å bli landets mest demensvennlige. Det er å håpe at intensjonen medfører reelle endringer i positiv retning for personer med demens og deres pårørende.

Likeverdighet har stått sentralt når personer med funksjonsnedsettelse har kjempet for sin rett til samfunnsdeltakelse. Likeverdighet er et hovedprinsipp også for personsentrert omsorg. Likeverdighet bør bli mer enn et honnørord, også for personer med demens. Kvaliteten på tilbudene de får avhenger fortsatt av hjemkommunens økonomi. Som Lorentz H. Nitter påpeker: «Til hvilken annen sykdomsgruppe våger man å si: Beklager, men vi har ikke råd til å gi deg den beste behandlingen.»

Forskning har vist at dagene til personer med demens og deres pårørende oppleves som bedre dersom de fylles av aktivitet. Men vi vet fortsatt forsvinnende lite om årsakene til Alzheimers sykdom og andre typer demens. Dette til tross for at demens er i ferd med å bli en av verdens største sykdomsbyrder. G8-landene; Storbritannia, Italia, Frankrike, Tyskland, Russland, Canada, Japan og USA, har nå erkjent dette. På sitt toppmøte i London før jul drøftet de behovet for effektive multinasjonale tiltak mot demensrelaterte utfordringer. G8-landenes ambisiøse mål er et gjennombrudd for forebyggende, kurerende og/eller modererende behandling av demens innen år 2025. De styrker nå sin forskning og kunnskapsutveksling lokalt og multinasjonalt.

I Norge kan man si at demensforskningen fortsatt prioriteres lavt, sammenliknet med bevilgninger til forskning på kreft, hjerte- og karlidelser. Myndighetene har nå en gylden anledning til å følge de åtte ledende industrinasjonenes eksempel. G8-vedtaket inspirerer.

Bente Wallander

bente.wallander@aldringoghelse.no



MENINGSBÆRER:
Lorentz H. Nitter tar
gjærne ordet for en
bedre demensomsorg.

Bente Wallander (tekst og foto)

Mann for sitt engasjement

Lorentz H. Nitters engasjement for personer med demens og deres pårørende favner vidt. Han har vært fastlege for «hele Moss» i 40 år og hilser hver av beboerne på Orkerød sykehjem ved navn. De strålende smilene han får i retur, utdyper historien.

Navn	Lorentz Henrik Nitter
Alder	69 år
Familie	Gift med Bente. Har til sammen seks barn, fem svigerbarn og 10 barnebarn, med et ellefte på vei.
Stilling	Fastlege i Moss (skal fases ut før 70-årsdagen i august), sykehjemslege ved Orkerød sykehjem og faglig ansvarlig for Moss kommunes demensteam. Spesialist i allmenn-medisin siden 1983.

Han er fastlege, sykehjemslege og faglig ansvarlig for kommunens demensteam. En iherdig syklist, som blant annet har tatt seg frem og tilbake til jobben på to hjul i 40 år nå. Men selv Lorentz H. Nitter blir eldre; til høsten fyller han 70.

– Jeg faser ut fastlegepraksisen nå. Gradvis, slik at jeg kan konsentrere meg om arbeidet som sykehjemslege her på Orkerød og faglig ansvarlig for kommunens demensteam. Det har jeg lov til å fortsette med, i hvert fall for en periode, smiler han fornøyd.

Ressurser viktigere enn tap

Hva vi mennesker fortsatt kan holde på med viser seg å være nærmest et mantra for Lorentz H. Nitter:

– Vi er så altfor opptatt av tapene, hva som er borte eller ødelagt. Spesielt når vi snakker om personer med demens. Vi burde bry oss mindre om svikt, hva som er borte eller ødelagt, og mer om det som er igjen. Det er viktig, uansett på

hvilket trinn en person med demens befinner seg i behandlingstrappen, å rette oppmerksomheten mer mot rehabilitering og habilitering når det gjelder personer med demens, og ta vare på de funksjoner som er og eventuelt kan rehabiliteres, mer enn bare å yte omsorg. I dag sluses pasientene ofte inn i det samme opplegget, uansett.

MMS sier ikke alt

Fastleger har, ifølge Lorentz H. Nitter, lett for å fokusere på folks MMS-skår.

– Men MMS fanger jo bare opp kognitiv svikt, vi får ikke vite noe om pasientens funksjonsnivå. Man kan fungere lavt med høy MMS og motsatt. Dette er viktige aspekter dersom vi ønsker å tilby pasientene skreddersydd behandling. Ved lav MMS antar mange at man ikke er samtykkekompetent. Jeg hadde nylig en kvinnelig pasient her på kontoret. Både datteren og fastlegen hadde vurdert henne til å være «ikke samtykkekompetent».

Mens pasienten er hos meg sitter hun og blar i avisen. Plutselig utbryter hun: «Du verden. Skal de selge huset mitt nå?» Datteren hadde faktisk lagt huset hennes ut for salg, uten å informere moren.

– Den evig aktuelle problemstillingen er at personer med kognitiv svikt liksom ikke er noe verdt. Selv fikk jeg mange aha-opplevelser da jeg i sin tid leste Tom Kitwoods bok¹, som jo innebar en revurdering av demens. Man må være interessert i å lære pasienten å kjenne og ha respekt for det levde liv. Jeg pleier å spørre mine pasienter om hvem som er konge og statsminister. «Nygaardsvold», sa en. Den samme mannen fortalte meg i detalj om virksomheten ved glassbruket her i byen. Vi må lese i journalene og finne ut mer om folks liv. Det er ikke noe rart at personer med demens blir sinte og fortvilet, når de ikke får kommunisert historien sin.

Kjenner folk

Lorentz H. Nitters egen historie startet i Tønsberg, men familien flyttet til Oslo, og det var her han vokste opp, som nest eldst av fem søsken.

– Mange forbinder meg med min far, Lorentz Nitter (1910-97), som også var lege. Han arbeidet ved Radiumhospitalet og utviklet på 60- og 70-tallet en kur til behandling av kreftformer som ikke lot seg kurere ved kirurgi eller stråling. Nitter-kuren, som den fortsatt kalles, ble svært omdiskutert. Tiden har nok gitt min far rett i mye av det han hevdet, men han følte seg misforstått og døde som en litt bitter mann. Far skulle vel ha ønsket at jeg gikk inn i det han drev med, men etter å ha sett alt bråk og kranling som hans arbeid avstedkom, ble det helt feil for meg. Sånn ville ikke jeg ha det.

Som nyutdannet lege vendte Lorentz H. Nitter derfor nesa mot Østfold, der han først hadde turnustjeneste ved Moss sykehus og dernest distriktsturnustjeneste i Skjeberg. Han har siden vært fastlege for «hele Moss», men også arbeidet ved sykehusets gynekologiske avdeling samt på barneavdelingen.

Etter 40 års arbeid i regionen synes han selv at han begynner å kjenne folk, og det er åpenbart at de kjenner ham. På vår runde i Orkerød sykehjem møter Nitter mange fornøyde pasienter. Den populære legen synes også å kjenne hver enkelt «av- og på-knapp». Han skal ikke mer enn nevne noe fra personens fortid, før de legger ut om sine hjertesaker. Andre synger så det ljomer.

Klinikken er gullstandard

Til Lorentz H. Nitters på-knapper hører utvilsomt bedre rutiner for utredning og diagnostikk av personer med demens. Om dette snakker han gjerne og lenge.

– Kartlegging og utredning av en pasient med demens er som en reise gjennom personens hjerne. Men vi må snakke med pasientene. Det er bare etter en klinisk undersøkelse at man kan stille diagnoser. Jeg er redd for at vi skal bli for opptatt av de tekniske undersøkelsene. Særlig yngre leger synes å være opptatt av de kjappe løsningene. Slik jeg oppfatter enkelte tror de at man, ved å ta EEG og MR, bare kan koble resultatene opp mot en database og si om en person har demens eller ei. Jeg tok nylig ordet i mot et slikt syn. Det var nok flere som ble irriterte på meg. Selvfølgelig skal

man ta prøver, de kan ikke minst støtte en diagnose. Men for meg er det fortsatt klinikken som er gullstandard. Man må bruke, ja jeg kaller det Legekunsten, for å stille gode diagnoser. Det kan ta litt tid.

Utredning og diagnostikk av mottakere av kommunale tjenester som hjemmesykepleie er en annen kjepphest for Nitter.

– Jeg antar at cirka 40 prosent av dem som mottar tjenester fra hjemmesykepleien har en demenssykdom. Men bare 20 prosent av dem har fått en diagnose. Det er egentlig ganske skremmende. Mange blir behandlet som friske, blant annet når det gjelder dosering av tabletter. Det er ingen som passer på at de bruker medisiner sine riktig.

Fortjener bedre

Mange har, etter Lorentz H. Nitters mening, hittil oppfattet demens som en naturlig del av alderdommen.

– Men det er det jo ikke! Demens er en alvorlig, dødelig sykdom med en levetid på bare 5-12 år etter at diagnosen er stilt. I andre sammenhenger ville vi oppfattet det som uholdbart dersom vi ikke kunne gi pasientene våre skikkelig utredning og behandling. Men når det gjelder tilbudene som gis til personer



KONTAKT: Lorentz H. Nitter har arbeidet i Moss i 40 år. Han kjenner de fleste og de kjenner ham. Med Egil Reier snakker han om hagestell.

¹⁾ En revurdering av demens – personen kommer i første rekke. Munksgaard forlag, 2006.

med demens, pleier jeg å sammenlikne sykdommene demens og kreft. På demensområdet befinner vi oss i den samme situasjonen man sto i når det gjaldt kreft for 30 år siden. Det er ikke til å leve med at innholdet i miljøbehandling, dagtilbud, bofellesskap og sykehjem er avhengig av den enkelte kommunes økonomi.

Inn på tunet-tilbudene nevnes som et eksempel på tiltak som står utsatt til.

– Der er man mer opptatt av funksjonsnivå enn kognitiv svikt og det er en ganske stor gruppe pasienter som passer inn, deriblant yngre personer med demens, som trenger et mye større aktivitetstilbud enn eldre. Slike tilbud stanses nå flere steder rundt om i landet, med økonomiske argumenter. Du kan jo prøve å si det samme til en kreftpasient: Beklager, men nå har vi ikke råd til å behandle deg mer.

Ivrig lobbyist

Nitter legger sjelden eller aldri skjul på sitt sterke engasjement. Han holder heller ikke sine meninger for seg selv, dersom tjenestene til personer med demens står på dagsordenen i Moss.

– Jeg har fått noen telefoner fra Lorentz Nitter, ja, bekrefter ordfører Tage Pettersen med et smil. Han ser ikke bort fra at lobbyisten Nitter har påvirket flere enn ham selv når Moss, som landets første kommune, erklærte sin vilje til å bli en demensvennlig kommune.

– Det var Knut Engedal som åpnet mine øyne på dette området, forteller Lorentz Nitter;

– Jeg var på et kurs med ham og ble så inspirert av det han fortalte. Han har en egen evne til å engasjere folk; jeg har lært utrolig mye av ham i løpet av disse årene. Selv om jeg i egne øyne er en enkel allmennlege, føler jeg at fagmiljøet tar vare på meg på en god måte. Det er viktig å føle seg sett. Jeg har nok følt meg som en litt ensom ulv noen ganger.

Ski, sykkel og hytteliv

Når han ikke er på jobb, er det friluftsliv som gjelder for dagens Folk i fokus-kandidat. Han er glad i å gå på ski og har tidligere gått mye turlangrenn. Sammen med konen Bente setter han også kursen mot parets 30 kvadratmeter store fjellhytte så ofte han kan.

– Der slapper vi virkelig av. Vi er ikke for noen luksustilværelse på hytta, så der lever vi det enkle liv. Mobiltelefonen skrur av og så går vi etter lyset. Hugger ved og bærer vann. Det er sånn det er der – og alltid har vært. En veldig sunn tilværelse, som gir oss et annet perspektiv på livet.

Lorentz H. Nitter er opptatt av å holde seg i god fysisk form.

– Det er viktig, både for kropp og sjel. Jeg har blant annet syklet til og fra jobben i 20 år, sommer som vinter. Og gjennomført sykkelrittet Trondheim-Oslo mange ganger. Noen velter har det vel blitt opp gjennom årene, jeg gikk på hodet borte i gaten her, seinest i fjor. Men det har heldigvis gått bra hittil, så jeg kan ikke være beinskjør, smiler han.

Glad i mat – og de skrå bredder

Matlaging er en annen hobby han gjerne hengir seg til.

– Jeg er som så mange menn en kokk for de bedre anledninger. Å lage noe godt av kjøtt eller fisk er veldig gøy. Hvis jeg slippes løs i en Meny-butikk en fredag, ja da kan det fort gå hele kvelden. Jeg møter jo så mange der, og ser jeg så mye jeg får lyst til å prøve, forteller han.

At Nitter har en fortid som skuespiller, blant annet i lokale oppsetninger av forestillingene *I blanke messing* og *Reisen til julestjernen*, er det ikke alle som vet.

– Jeg drev med teater i ti år og prøvde meg også på vandreteater og teatersport. Jeg lærte nytt om meg selv som det var bra å ta med seg videre. Men det tok for mye tid, så jeg har gitt meg med skuespilleriene nå.



AKTIV OG ENGASJERT: Lorentz H. Nitter er opptatt av å holde seg i form.



Gro Strømnes Dybedal (bilde), Psykologspesialist, Stipendiat,
Torfinn Lødøen Gaarden, Seksjonsoverlege,
Tor Magne Bjølseth (bilde), Overlege, Stipendiat, alle tre
Alderspsykiatrisk avdeling Tåsen, Diakonhjemmet Sykehus, Oslo.
Lars Tanum, Seksjonssjef, Dr.med. Avdeling FoU, Psykisk helsevern,
Akershus Universitetssykehus.

Kognitiv svikt ved depresjon hos eldre uten demens

Litteraturen som beskriver kognitiv svikt hos eldre pasienter med moderat og alvorlig depresjon viser inkonsistente funn med hensyn til insidens og typer svikt. Forfatterne av denne artikkelen ønsket å undersøke hva som karakteriserer kognitiv funksjon hos denne pasientgruppen.

Metode

Et omfattende nevropsykologisk testbatteri ble administrert til en gruppe innlagte pasienter med moderat eller alvorlig depresjon samt kontroller uten psykiatrisk sykehistorie. Totalt 39 pasienter uten demens og 18 kontroller over 60 år ble inkludert. Pasientene møtte ICD-10-kriterier for moderat eller alvorlig depresjon, mens kontrollene ikke hadde noen kjent psykiatrisk sykdom. Skårer ble regnet ut for de kognitive funksjonsområdene psykomotorisk tempo, verbal hukommelse, visuell hukommelse, eksekutiv funksjon og språk.

Hovedresultat

Deprimerte pasienter fikk signifikant dårligere resultater enn kontrollene innen domenene eksekutiv funksjon og psykomotorisk tempo. Eksekutiv funksjon var det kognitive domenet som hyppigst var svekket i pasientgruppen (hos 39 prosent). Når man kontrollerte for forskjeller i psykomotorisk tempo, viste pasientene fortsatt signifikant mer svekket eksekutiv funksjon enn kontrollene.

Konklusjon

Studien viste klare holdepunkter for eksekutiv svikt hos deprimerte pasienter sammenliknet med kontrollene, selv etter at det ble kontrollert for forskjeller

i psykomotorisk tempo mellom gruppene. Redusert eksekutiv funksjon synes således å være et kjerneområde for kognitiv svikt hos ikke-demente eldre med moderat og alvorlig depresjon. Flere studier av pasienter som har tilfrisknet etter gjennomgått depresjon er nødvendig for å kunne skille episoderelaterte fra varige kognitive svekkelser. Siden kognitiv svikt hos eldre ikke-demente pasienter med moderat eller alvorlig depresjon er et vanlig fenomen, vil kliniske implikasjoner bli drøftet og det gis råd om tverrfaglig screening.

Hovedbudskap

- ◆ Mange ikke-demente eldre med moderat eller alvorlig depresjon har «usynlige kognitive handikap», oftest i form av nedsatt eksekutiv funksjon og redusert mentalt tempo.
- ◆ Hos noen er innlæringsevne og hukommelse svekket.
- ◆ Kognitiv svikt vedvarer ofte etter tilfriskning av depresjon. Dette har konsekvenser for utredning og behandling.

Bakgrunn

Den kognitive funksjonen hos eldre deprimerte pasienter viser en langt større variasjon mellom individer enn

hos yngre og middelaldrende pasienter på grunn av en høyere forekomst av somatisk sykdom, inkludert nevrodegenerativ sykdom (1). Om lag halvparten av ikke-demente eldre deprimerte har trolig en kognitiv svikt, og hos de fleste av disse vil den mest trolig bestå også etter tilfriskning fra depresjon (2). Den kognitive svikten ved depresjon hos ikke-demente eldre er oftest primært karakterisert ved nedsatt psykomotorisk tempo og svekket eksekutiv funksjon. I tillegg er ofte innlæringsevne og hukommelse redusert (3). Begrepet psykomotorisk tempo kan defineres som hjernens tempo for bearbeiding av informasjon. Eksekutiv svikt innebærer redusert evne til igangsetting, styring og overvåking av målrettede handlinger (4). Konsekvenser av slik svikt kan være nedsatt evne til problemløsning, planlegging og mental fleksibilitet.

Det har vært diskutert hvorvidt den mest sentrale kognitive svikt hos eldre deprimerte pasienter er redusert eksekutiv funksjon eller psykomotorisk tempo (3). Man har forsøkt å besvare dette spørsmålet ved å sammenlikne resultater ved nevropsykologiske undersøkelser av psykomotorisk tempo og eksekutiv funksjon hos grupper av deprimerte pasienter. Nevropsykologisk undersøkelse er en kartlegging av funksjoner

som har med informasjonsbehandling å gjøre (5). Den omfatter ofte tester som måler blant annet psykomotorisk tempo, språklig hukommelse, ikke-språklig hukommelse og eksekutiv funksjon. Dessverre gir ikke nevropsykologiske tester helt rene mål på spesifikke kognitive funksjoner. For eksempel kan en oppgave som Trail making test del B (4) være sensitiv for eksekutiv svikt, fordi den krever god simultankapasitet og mental fleksibilitet. Pasienten får et ark med tall og bokstaver, og skal så raskt som mulig trekke en linje annenhver gang til tall og bokstav, begge i stigende rekkefølge (1 – A – 2 – B og så videre). Trail making test er ikke en prøve som spesifikt undersøker bare eksekutiv funksjon, siden svake prestasjoner også kan ha andre årsaker, for eksempel nedsett mentalt tempo.

Vi ønsket å kartlegge og sammenlikne kognitiv funksjon hos eldre ikke-demente deprimerede pasienter med en gruppe eldre ikke-demente personer uten kjent psykiatrisk sykdom. Vi ønsket også å kartlegge hvilke funksjonsutfall som var mest sentrale hos pasientene.

Metode

Pasienter som i perioden 01.09.09 til 20.12.12 ble innlagt ved Alderspsykiatrisk avdeling, Diakonhjemmet Sykehus for elektrokonvulsiv terapi (ECT), og som oppfylte ICD-10 kriterier for moderat eller alvorlig depresjon, ble forespurt om de ville delta i studien hvis de ikke møtte eksklusjonskriteriene. Studien var godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). I denne artikkelen presenteres data fra nevropsykologisk testing av pasienter få dager før ECT-behandling. Pasientene ble testet også etter fullført ECT-serie og etter ytterligere tre måneder. Pasientenes alder måtte være mellom 60 og 85 år og det var gitt et informert samtykke om å delta i utredning og senere randomisering til bifrontal eller høyresidig unilateral elektrodeplassing ved ECT. Eksklusjonskriterier var demens, annen nevrodegenerativ eller neurologisk sykdom samt pågående eller tidligere alkoholmisbruk. Pasienter som fikk en demensdiagnose i løpet av en oppfølgingsperiode etter behandling ble også ekskludert fra studien. For å kunne

sammenlikne pasientenes kognitive funksjon med jevnaldrende psykiatrisk friske eldre, ble 18 brukere av et eldre-senter rekruttert som kontrollgruppe.

I avdelingen ble pasientene undersøkt av psykiater som kartla sykdomsparametere i psykiatrisk intervju og skåret symptomtrykk i henhold til Hamilton Depression Rating Scale (17-ledd, HDRS-17). Pasienter som tilfredstilte kriteriene til diagnosen moderat eller alvorlig depresjon etter ICD 10 ble inkludert. Somatisk sykkelighet ble vurdert med Cumulative Illness Rating Scale for Geriatric Patients (CIRS-G). Psykiater utførte følgende kartlegging av kontrollene; HDRS-17, MMSE og CIRS-G

Kognitiv funksjon ble undersøkt med et nevropsykologisk testbatteri bestående av syv tester som ga til sammen 15 skårer for ulike aspekter ved kognitiv funksjon. Det tok cirka to timer å gjennomføre undersøkelsen, inkludert en pause. Testing ble utført av førsteforfatter og helsepersonell som hadde fått opplæring i dette. Global kognitiv funksjon ble undersøkt med MMSE-R. Testbatteriet ble organisert i fem kognitive domener; psykomotorisk tempo, språklig hukommelse, visuell hukommelse og eksekutiv funksjon. Hver studiedeltakers råskårer på hvert av 15 mål for kognitiv funksjon ble omregnet til standardiserte z-skårer, ved å bruke gjennomsnitt og standardavvik for kontrollgruppen. Gjennomsnittlig z-skåre for kontrollgruppen på hvert domene ble da null. Manglende skårer ble erstattet med gjennomsnittet for gruppen (pasient eller kontroll). Domeneskårene er et gjennomsnitt av z-skårene innen hvert nevropsykologisk område. Chronbach's alfa for domeneene var som følger; psykomotorisk tempo ($\alpha=0.72$), språklig hukommelse ($\alpha=0.85$), visuell hukommelse ($\alpha=0.86$), eksekutiv funksjon ($\alpha=0.73$) og språk ($\alpha=0.42$). En analyse av hvilke domener som var svekket hos hver person (definert som resultat under 10. persentilen for kontrollgruppen) ble regnet ut for begge grupper.

Resultater

39 deprimerede pasienter og 18 kontroller uten psykiatrisk sykehistorie ble inkludert. I gjennomsnitt var kontrollene litt over tre år eldre enn pasientene, for-

skjellen var ikke statistisk signifikant. Alder ble likevel brukt som kovariat. Det var ikke signifikante forskjeller i kjønnsfordeling, utdanningsbakgrunn, MMSE-skåre og somatisk sykkelighet. Resultater sees i tabell 1.

Åtte av pasientene hadde sin første depresjon (20.5 prosent), 25 hadde tilbakevendende depresjon (64.1 prosent) og seks pasienters depresjon ble diagnostisert som bipolar depresjon (15.4 prosent). Elleve pasienter hadde depresjon med psykotiske symptomer (28.2 prosent). Alder ved første depressive episode var i gjennomsnitt 56 år. Varighet av pågående episode var i gjennomsnitt 43 uker. Antall adekvate behandlingsforsøk med antidepressiv medisin i denne episode var i snitt 1.5. Somatisk syndrom ble diagnostisert hos 37 pasienter (95 prosent). Somatisk syndrom innebærer symptomer slik som tidligere oppvåkning om morgenen, mest uttalt depresjon om morgenen, motorisk retardasjon eller agitasjon og markant tap av matlyst.

Tabell 2 viser at det var signifikante forskjeller mellom gruppene innen domeneene psykomotorisk tempo og eksekutiv funksjon. Enveis multivariat variansanalyse med psykomotorisk tempo og alder som kovariater ble gjennomført for de fire resterende domeneskårene språklig hukommelse, visuell hukommelse, eksekutiv funksjon og språk. Forskjellen i kognitiv funksjon mellom eldre deprimerede pasienter og kontrollgruppen forble statistisk signifikant, både når disse fire kognitive domener ble slått sammen ($F(4,50)=2.9$, $p=0.030$), og når eksekutiv funksjon ble analysert for seg ($F(1,53)=10.4$, $p=0.002$). Nærmere 40 prosent av pasientene og seks prosent av kontrollene hadde svikt innenfor eksekutiv funksjon, og den signifikante forskjellen mellom gruppene besto også etter Bonferroni korreksjon (statistisk metode som brukes for å redusere sjansen for tilfeldige funn når man gjør mange sammenlikninger). Dette var en vesentlig større andel enn de som hadde svikt innenfor andre kognitive domener. Kun 18 prosent av pasientene og seks prosent av kontrollene hadde svekket psykomotorisk tempo.

Tabell 1
Beskrivelse av studiedeltagerne

	Deprimerte (n=39)	Kontrollgruppe (n=18)	Test Statistikk	
Alder, gjennomsnitt (SA), år	74.5 (7.0)	77.7 (4.7)	t= 1.7	p=.087
Kvinner, Antall (%)	22 (56.4)	12 (66.7)	$\chi^2 = 0.5$	p=.463
Utdanning, gjennomsnitt (SA), år	13.2 (2.9)	13.1 (3.1)	t= 0.1	p=.936
MMSE skåre gjennomsnitt (SA)	27.6 (1.9)	28.6 (1.5)	t= 1.9	p= .064
HDRS-17 gjennomsnitt (SA)	26.5 (4.2)	2.3 (2.5)	t=22.6	p<.001
CIRS-G total skåre, gjennomsnitt (SA)	5.5 (3.4)	5.3 (2.4)	t= 0.1	p=.887

Forkortelser: CIRS-G, Cumulative Illness Rating Scale – Geriatrics; HDRS-17, Hamilton Depression Rating Scale – 17 spørsmål; MMSE, Mini Mental State Examination; SA, standardavvik

Tabell 2
Pasientgruppens standardiserte z-skårer på de ulike kognitive domeneene sammenliknet med kontrollene *

Kognitivt domene	Gj.snitt (SA)	F(1,55)	P
Psykomotorisk tempo	- 0.5 (1.0)	5.9	.019
Verbal Hukommelse	- 0.1 (0.9)	1.0	.318
Visuell Hukommelse	- 0.3 (0.9)	3.0	.087
Eksekutiv funksjon	-1.1 (1.2)	17.4	< .001
Språk	- 0.15 (0.8)	0.9	.338

* Kontrollgruppens gjennomsnittsskåre blir 0 på alle domeneene og er derfor ikke tatt med i tabellen.

Diskusjon

I motsetning til flere andre undersøkelser finner vi at de ikke-demente deprimerte pasientene hadde omtrent like god hukommelse som kontrollene. Gruppen av eldre deprimerte er svært heterogen og en kan forvente at noen pasienter har svekket hukommelse. Hos enkelte kan dette være et forvarsel om utvikling av demens. I vårt materiale var vi nøye med å ekskludere pasienter hvor det var mistanke om demens eller annen sykdom som kunne medføre svekkelse av hukommelse.

I tråd med tidligere forskning finner vi at gruppen ikke-demente deprimerte har mer nedsatt psykomotorisk tempo og mer svekket eksekutiv funksjon enn eldre uten psykiatrisk lidelse. Samtidig er det et stort overlapp mellom gruppe og mange av de eldre deprimerte i undersøkelsen hadde normale testresultater. I litteraturen er det diskutert om den mest sentrale kognitive svikt ved alvorlig depresjon hos eldre er svekket psykomotorisk tempo eller redusert

eksekutiv funksjon. I vår undersøkelse kontrollerte vi for ulikt psykomotorisk tempo og fikk fortsatt frem en stor forskjell i eksekutiv funksjon mellom gruppene. Våre data gir ikke svar på om eksekutiv funksjon ble bedret hos pasienter som tilfrisknet fra depresjon. Imidlertid gir litteraturen holdepunkter for at svikt i eksekutive kontrollfunksjoner ofte vedvarer hos deprimerte også etter oppnådd remisjon (6). Pasientene som ble inkludert i vår studie hadde ikke respondert på behandling i førstelinjen. Flere hadde også før innleggelse hatt poliklinisk oppfølging ved Alderspsykiatrisk avdeling uten å oppnå remisjon. Våre funn er derfor mest overførbare til pasienter med farmakologisk behandlingsresistente depresjoner i eldre år.

Tradisjonelt har man skilt tydelig mellom kroppslig og sjelelig sykdom. Men organiske/biologiske forhold er trolig også sentrale ved psykiatiske lidelser slik som depresjon (6). De viktigste hjerneområder for eksekutiv funksjon er fremre deler av hjernebarken (prefrontal

cortex) og forbindelser mellom disse og dypereliggende deler av hjernen (subkortikale baner) (4). En nevropsykologisk undersøkelse gir utgangspunkt for hypoteser om noen av pasientens høyere hjerneorganiske funksjoner. Informasjon om pasienters kognitive funksjon kan være nyttig som støtte for utforming av terapeutisk intervensjon og som hjelp i oppfølging og ettervern (6). Bruk av flere ulike tester som er sensitive for eksekutiv svikt er å anbefale. Informasjon fra tester må vurderes i lys av anamnese, observasjon og komparentopplysninger (7). Observasjon i dagliglivets komplekse oppgaver gir viktig informasjon både om eksekutiv funksjon og hjelpebehov (4). En orienterende undersøkelse av kognitiv funksjon bør som et minimum bestå av for eksempel MMSE og Klokketest, og bør utføres på alle eldre ikke-demente deprimerte pasienter. MMSE gir en grov screening av kognitiv funksjon og er lite sensitiv for nedsatt eksekutiv funksjon (8). Klokketest er derimot mer sensitiv for eksekutiv svikt (7). Stor samsykelighet

mellom depresjon og mild kognitiv svikt hos eldre gjør det nødvendig med kartlegging av kognitiv funksjon for å sikre god diagnostikk og optimal behandling av eldre med depresjon.

Konklusjon

Presenterte data gir holdepunkter for at en betydelig del av ikke-demente eldre pasienter med moderat eller alvorlig depresjon har svekket eksekutiv funksjon. Hvis eksekutiv svikt vedvarer utover perioder med depresjon, så kan dette innebære at pasienten har redusert evne til å mestre dagliglivets aktiviteter. Da trenger pasienten trolig tett oppfølging, aktivisering og ytre struktur for å kunne fungere tilfredsstillende. Fra behandlingsapparatets side kan tilbud som deltakelse på dagsenter, veiledning av psykiatrisk helsearbeider og jevnlig besøk av hjemmesykepleie være viktige. Slike tilbud kan for noen trolig minske sjansen for tilbakefall etter vellykket depresjonsbehandling.

Takk til

Forskningsprosjektet ble finansiert ved hjelp av midler fra Extrastiftelsen for Helse og Rehabilitering via søkerorganisasjonen Rådet for Psykisk Helse. Midler fra Diakonhjemmet Sykehus dekket blant annet testassistanse og sekretærtjenester. Vi ønsker å rette en takk til pasientene og kontrollene som valgte å delta i studien. Prosjektkoordinator og sykepleier Marianne Larsen testet mange av dem. Hennes måte å tilnærme seg dette på gjorde at testing ble opplevd som lite belastende. Forfatterne ønsker å takke ansatte og ledelsen ved Alderspsykiatrisk Avdeling Tåsen for deres oppmuntring og engasjement i studien.

Artikkelen bygger på følgende originalartikkel;

Dybedal GS, Tanum L, Sundet K, Gaarden TL & Bjølseth TM. Neuropsychological functioning in late-life depression. *Frontiers in Psychology* 2013; 4; 381. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00381.

■ Gro Strømnes Dybedal:
grostromnes.dybedal@diakonsyk.no

FAGTERMINOLOGI

Bonferroni korreksjon – Statistisk metode som brukes ved multiple sammenlikninger for å holde alfa-nivået (risikoen for Type I-feil) konstant. *Statistisk metode som brukes for å redusere sjansen for tilfeldige funn når man gjør mange sammenlikninger.*

Effektstørrelse – I statistikken er effektstørrelse et mål på styrken av et fenomen. I motsetning til statistisk signifikans ikke påvirket av antall pasienter i studien (ved veldig høyt antall pasienter i en studie blir selv veldig små forskjeller mellom grupper statistisk signifikant).

Eksekutiv funksjon – I psykologi og psykiatri en betegnelse for en persons evne til å styre tanker, følelser og handlinger. Sentrale aspekter er evne til problemløsning, planlegging, igangsetting og gjennomføring.

Enveis multivariat variasjonsanalyse – Variasjonsanalyse er en fellesbetegnelse for en rekke statistiske metoder for å for å teste likhet mellom to eller flere utvalg, der én eller flere faktorer gjør seg gjeldende. De to grunnleggende formene for variasjonsanalyse beskrives gjerne som 'enveis' og 'toveis'. I enveistilfellet undersøker man kun én egenskap som varierer mellom gruppene, i toveistilfellet undersøker man også variasjoner innad i gruppene.

Funksjonsutfall – Svekket kognitiv funksjon på et spesielt område, for eksempel hukommelse.

ICD-10-kriterier – Kriterier for å få en diagnose innenfor ICD-10 systemet.

Initiering, styring og monitorering av målrettet atferd – Igangsetting, styring og overvåking av målrettede handlinger.

Inkonsistente funn – mangel på sammenheng; uoverensstemmelse, i funnene.

Insidens – Insidensen av en sykdom er definert som antall «nye» tilfeller av en sykdom i en populasjon innenfor en definert tidsperiode.

Kovariat – I statistikk; en sekundær faktor (variabel) som kan påvirke resultatene i en studie og som det kontrolleres for i den statistiske analysen.

Nevrodegenerasjon – Tap av celler i sentralnervesystemet (hjernen eller ryggmargen) eller perifere nerver. Er dette en feilstaving av nevrodegenerasjon?

P-verdi – I statistisk hypotesetesting ligger p-verdien mellom 0 og 1. Ved sammenlikning av grupper er p-verdien sannsynligheten for at man får et testresultat som er likt det man fikk eller enda mer ekstremt, gitt at det i realiteten ikke var noen forskjell mellom gruppene.

Range – høyeste skåre for en gruppe minus laveste skåre for gruppen.

Remisjon – Fullstendig bedring av sykdom, ofte av forbigående natur.

Resultat under 10. persentilen – Hvor mange prosent blant de friske eldre som fikk denne skåren eller en svakere.

Simultankapasitet – Evnen til å være oppmerksom på flere ting samtidig.

Standard avvik – Et mål for spredningen rundt gjennomsnittet. Hvis en egenskap er normalfordelt måles i en stor gruppe, så vil 68 prosent av personene ha en skåre som ligger fra minus ett standardavvik under gjennomsnittet til gruppen til ett standardavvik over. Dette gjelder for eksempel for høyde og vekt i befolkningen.

Statistisk signifikant – Et nivå som er definert, ofte mindre eller lik 0.05 (det vil si mindre enn 5 prosent sjanse for dette funnet av forskjell mellom grupper gitt at det i realiteten ikke var noen forskjell).

Variabler – Kategoriske, kontinuerlige variabler og/eller ordinale – Dimensjon eller egenskap som karakteriserer noe (for eksempel personer), og som vi måler eller kartlegger.

REFERANSER

- Engedal K. Alderspsykiatri i praksis : lærebok. 2. rev og oppdat. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2008.
- Bhalla RK, Butters MA, Mulsant BH et al. Persistence of neuropsychological deficits in the remitted state of late-life depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2006; 14: 419-427.
- Butters MA, Whyte EM, Nebes RD et al. The nature and determinants of neuropsychological functioning in late-life depression. *Archives of General Psychiatry*, 2004; 61: 587-595.
- Engstad RT, Engstad TT, Davanger S. & Wyller TB. Eksekutiv svikt etter hjerneslag. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 2013; 133: 524-7.
- Reinvang I. Nevropsykologisk undersøkelse. I: Gjerstad L, Skjeldal OH & Helseth E, red. *Nevrologi og nevrokirurgi. Fra barn til voksen*. 4. utg. Oslo: Forlaget Vett & Viten AS, 2007: 143-148.
- Landrø NI, Andersson S. Et nevrokognitivt perspektiv på utvikling og behandling av unipolare depresjoner. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 2012; 49: 14-20.
- Bystad M, Skjerve A & Strobel C. Demensutredning ved hjelp av MMSE-NR, klokke-testen og pårørendeskalaer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 2013; 50: 7-11.
- Strobel C, Engedal K. MMSE-NR. Norsk revidert mental status evaluering. Revidert og utvidet manual. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, 2008.

 **Aldring og helse**
Nasjonal kompetansetjeneste



Dawn Brooker

Personsentrert demensomsorg

Veien til bedre tjenester

Personsentrert omsorg er blitt et populært begrep i demensomsorgen, men det har til nå vært lite litteratur på norsk om temaet. I denne boken presenterer psykolog og professor Dawn Brooker en oppsummering av sosialpsykologen Tom Kitwoods omsorgsfilosofi i det hun har kalt VIPS-rammeverket. Boken er et viktig bidrag til å forstå personsentrert omsorg og bør leses av alle som arbeider med personer med demens.

ISBN 978-82-8061-223-6 | 124 sider – kr 290,-

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

NYTT STUDIETILBUD



 **Aldring og helse**
Nasjonal kompetansetjeneste

FAGSKOLE

Utviklingshemning og aldring

- For helsefagarbeidere/omsorgsarbeidere/hjelpepleiere
- Fleksibel og nettbasert
- Praksis – mulig på egen arbeidsplass
- Deltidsutdanning over 2 år
- Ukessamlinger i Tønsberg, én per halvår
- Godkjent av NOKUT

Fortløpende opptak fra 1.mars.
Studiestart i slutten av august.

Informasjon, opptakskriterier og søknadsskjema:

www.aldringoghelse.no
Ytterligere opplysninger tlf. 33 34 19 50

STUDIETILBUD



 **Aldring og helse**
Nasjonal kompetansetjeneste

FAGSKOLE

Demensomsorg og alderspsykiatri

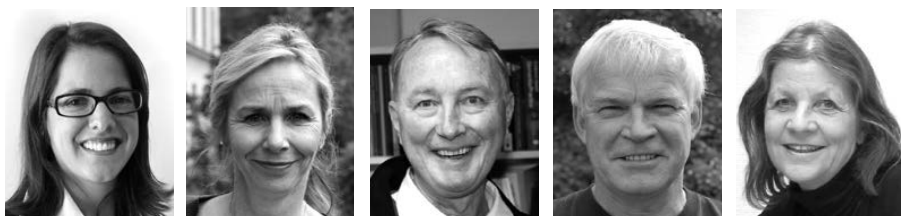
- For helsefagarbeidere/omsorgsarbeidere/hjelpepleiere
- Fleksibel og nettbasert
- Praksis – mulig på egen arbeidsplass
- Deltidsutdanning over 2 år
- Ukessamlinger i Tønsberg, én per halvår
- Godkjent av NOKUT

Fortløpende opptak fra 1.mars.
Studiestart i slutten av august.

Informasjon, opptakskriterier og søknadsskjema:

www.aldringoghelse.no
Ytterligere opplysninger tlf. 33 34 19 50

Maria Lage Barca¹, Aud Johannessen¹,
Knut Engedal¹, Per Kristian Haugen¹,
og Kirsten Thorsen^{1,2,3}



¹) Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse ²) Høgskolen i Buskerud, Drammen
³) NOVA Høgskolen i Oslo og Akershus

Erfaringer fra voksne barn til yngre foreldre med demens

Barn til yngre personer med demens må ikke overses. De trenger å inngå i en familieorientert omsorgskjede som bør begynne ved diagnosetidspunktet, og få tilbud om en individualisert oppfølging over tid. Noen må ha et forpliktende og kontinuerlig ansvar for oppfølgingen av barna. Om dette ansvaret skal ligge under demensteam, demenskoordinatorer, hukommelsesklinikker, leger eller andre, må avklares.

Innledning

Det har i de siste årene vært økende oppmerksomhet om demenssykdommene og hva de innebærer både for den enkelte, familien og samfunnet. Det har blitt økt interesse for fagfeltet, og forskning har gitt mer kunnskap. En har etter hvert fått avdekket at også yngre mennesker (yngre enn 65 år) kan få demens, selv om langt de fleste er eldre (1-3). Yngre personer med demens kan være i en alder der de er i full jobb, har familie og barn boende hjemme. Både personen med demens og hele familien rundt ham eller henne kan trenge oppfølging, ikke minst barna. Det har vært lite oppmerksomhet om disse barnas behov. Det er få studier om barn til yngre personer og deres behov for oppfølging under sykdomsforløpet.

Omtrent en tredel som får en demenssykdom før 65 års alder har barn under 18 år på det tidspunktet da sykdommen starter (1). Barn kan oppleve at en av foreldrene endrer seg uten å forstå hvorfor. De blir bekymret og redde når far eller mor forandrer seg, når kommunikasjonen endres og beskjeder og avtaler ikke huskes. Mange barn og ungdommer opplever skyld eller føler seg flau når kamerater møter mor eller far som er glemsk og oppfører seg underlig (2). Det kan være vanskelig å leve et normalt ungdomsliv og møte krav til skolegang, samtidig som en har omsorgsoppgaver overfor en av foreldrene. Noen

ungdommer opplever store samværskonflikter med den av foreldrene som er rammet av demenssykdom. Dette gjelder spesielt barn som har en far eller mor med frontallappdemens (4,5).

Barn og ungdom har et særlig behov for oppfølging når mor eller far har fått en demensdiagnose. Det er viktig at de unge får mulighet å uttrykke tanker, forestillinger, følelser og oppfatninger. Denne gruppen vil kunne ha nytte av kontakt med jevnaldrende i samme situasjon. Fordi relasjonen mellom barna og den som har fått demens endrer seg i hverdagen, er det spesielt viktig med innspill og ideer til aktiviteter som familien fortsatt kan gjøre sammen. Undersøkelser fra Storbritannia og Norden viser at det med noen få unntak ikke eksisterer tilrettelagte tilbud for barn til yngre personer med demens (6,7).

En studie av unge voksne der en av foreldrene har fått demens

Artikkelen baserer seg på resultater fra en studie av unge voksne barn til yngre personer med demens. Hensikten med studien har vært å få frem kunnskaper om hvordan barn til yngre personer med demens opplever mors eller fars demensutvikling. Målet var også å avdekke barnas behov for støtte og hjelp gjennom denne tiden, hva de mener om den eventuelle informasjonen og oppfølgingen de har fått og hva de synes ville være nyttig støtte.

Undersøkelsen benyttet seg av kvalitativ metode som blant annet er velegnet når man ønsker ny kunnskap på felt som er lite utforsket. Hensikten er å få frem menneskers egne erfaringer slik de selv forteller om dem (8). Studien benyttet en intervjuguide med strukturerte spørsmål om en rekke forhold, særlig om demensutviklingen over tid, men også om barnets alder under de ulike fasene, om familiestruktur, om boforhold med mer. Det ble også stilt en rekke åpne spørsmål om opplevelser og refleksjoner knyttet til demensutviklingen og om erfaringer med hjelpeapparatet, spørsmål som ble utdypet underveis. Har barna fått noen form for bistand underveis og hvordan har denne vært? Intervjuene foregikk som dialoger (9). Spørsmålene åpnet for lengre fortellinger fra de voksne barna, som hadde et stort behov for å få fortelle om sine opplevelser og følelser under en svært uvanlig og vanskelig oppvekst. Intervjuene ble transkribert ordrett og analysert ved en fortolkende kvalitativ metode der vi rettet oppmerksomheten mot barnas opplevelser av situasjonen og den mening den hadde for dem. Vi søkte videre etter mer overordnede temaer både i det enkelte intervju og hele intervjumaterialet, og ønsket også å få kunnskap om variasjon. Særlig har vi hatt oppmerksomhet rettet mot erfaringer innen ulike familiestrukturer.

I alt 14 voksne barn til yngre personer med demens ble intervjuet i 2011; 12 kvinner og to menn i alderen 20-37 år. Tolv foreldre med demens var mødre og to var fedre. I hovedsak er det altså døtre med en mor som har demens, som er representert i studien. De fleste av deltagerne (12 personer) var mellom 25 og 30 år, en var yngre og en var eldre. Barna fortalte at de har hatt en mor eller en far med demensutvikling gjennomsnittlig i 4,8 år fra barna registrerte de første tegnene. Tre har opplevd demensutvikling mellom seks og ni år, og én over ti år. Seks av barna bodde sammen med far eller mor i begynnelsen av demensutviklingen, men ingen av barna bodde på intervjudispunktet sammen med den av foreldrene som hadde demens. Disse har ulike demenssykdommer; som Alzheimers sykdom, frontallapsdemens, blandet demens og demens etter hjerneskade og hjernesvulst. Tre av dem bodde hjemme og elleve på sykehjem.

Funn fra studien

Intervjupersonene beskriver både felles erfaringer og variasjoner i erfaringene som de har gjort seg gjennom oppveksten av å ha en mor eller far med demens. De voksne barna forteller hvordan sykdomsutviklingen har påvirket deres livsutfoldelse, og hvilke konsekvenser den har hatt for dem på mange livsområder. En datter sammenfatter erfaringene på denne måten: «Alt forandret seg på grunn av den sykdommen». Den gjennomgående opplevelse for barna er at «Det er så forferdelig trist.»

Intervjuene viser at det er store variasjoner i barnas erfaringer over tid, deres situasjon, følelsesmessige belastninger, ansvar, reaksjoner og behov for hjelp. Deres erfaringer er beskrevet gjennom to hovedtemaer: *Endringer i sosiale relasjoner* og *Erfaringer og behov relatert til tjenester*. Disse hovedtemaene har igjen undertemaer.

Endringer i sosiale relasjoner

Dette hovedtemaet beskriver de komplekse erfaringer som barna har gjort seg på mange områder når det gjelder endringer i roller og relasjoner. Hovedtemaet er delt opp i to undertemaer:

Komplekse sosiale erfaringer og rolleendringer og Variasjoner i familierelasjoner.

Komplekse sosiale erfaringer og rolleendringer

«Jeg savner min mor. Nå begynner jeg å gråte. Jeg tenker på det hver dag. Jeg savner en mor, jeg savner henne, fordi for meg så er hun faktisk død, for hun er ikke seg selv. Men hun er her fysisk. Det er så forferdelig trist det som har skjedd.»

Dette utsagnet viser de sterke og komplekse følelsene til en voksen datter. Hun savner moren både i morsrollen og moren som person. Datteren føler at mor er død for henne. Den kvinnen som datteren ser, er ikke den moren hun har kjent. Hun forteller at moren har tapt mye av sin kognitive kapasitet, hun klager mye, er ulykkelig og deprimeret. Datteren er dypt bekymret for sin mor – og for seg selv. Barna opplever etter hvert ombyttede roller i forholdet til far eller mor med demens. Barna får økende ansvar og blir omsorgsgivere.

«I alle år inntil min far kom permanent på sykehjem, har mitt fokus først og fremst vært å ta vare på min far. Jeg har ikke hatt anledning til å fokusere på meg selv slik andre unge gjør. Jeg har ikke hatt et vanlig normalt liv, for fokuset har vært på pappa for han har krevd så mye omsorg og omtanke.»

Istedenfor å være barn og få støtte og råd fra foreldrene, måtte mange av barna sette egne livsprosjekter til side for å ta vare på mor eller far med demens. En datter forteller at hun måtte pusse tennene til mor. Denne rollereversering opplever barna med sterke følelser; sorg, bekymringer, varme følelser, men også irritasjon, og av og til aggresjon, noe som setter i gang skyldfølelse.

Variasjoner i familierelasjoner

I intervjuene kom det frem store variasjoner i barnas opplevelser, både innen samme familie og mellom familier.

«Vi var flere søsken, men jeg forstod ganske tidlig at vi så på dette på forskjellige måter og taklet det veldig forskjellig. Det var ikke den letteste ting å gjøre, å snakke med dem,

faktisk, fordi de var midt oppe i det de også, og vi hadde ulike måter å se på situasjonen. Jeg er eldst og har en annen rolle enn de yngste av oss søsken, og de yngste har et forhold til meg som en voksen person. Jeg har ikke hatt en voksen person å lene meg til så jeg ble fort voksen. Det hadde vært fint om noen kunne ha fanget meg opp og vist meg omsorg.»

Vi hadde anledning til å intervju to søstre fra samme familie, og de hadde helt ulike erfaringer og synspunkter. Også andre forteller om forskjellige reaksjoner i søskenflokkene, noe som kunne gi opphav til konflikter og uenighet. Et par av barna har hatt hovedansvar for foreldre, mens hos andre har den friske forelderen eller en ny samboer vært hovedomsorgsgiver. Noen har søsken, andre er enebarn. Både de indre familierelasjonene og nettverket rundt barna har hatt betydning for hvor belastende de har opplevd demensutviklingen.

Ganske mange av barna har familierelasjoner der mor eller far lever sammen med andre partnere eller ektefeller, og det er flere barnekull og stesøsken inne i bildet. Dette gjør ansvars-, kontakt- og omsorgsrelasjonene mer kompliserte. Barna observerer også om den andre forelderen eller steforelderen er en god omsorgsperson for far eller mor med demens. Noen barn reagerer på det de ser som sviktende omsorg og uheldige reaksjoner fra andre familied medlemmer. Dette kan gi opphav til spenninger og konflikter. Noen forteller derimot at familiemedlemmene har hjulpet hverandre, de har «stått sammen». Flere av barna har fått støtte av andre søsken, enkelte har hatt spesielt én bror eller søster som viktig omsorgsperson.

Erfaringer og behov relatert til tjenester

Å bli sett som et individ med egne behov

Intervjupersonene forteller at det har vært få, om noen, de har kunnet snakke med om sine opplevelser under fars eller mors demensutvikling. Nesten alle sa at de hadde hatt behov for noen å snakke med om hvordan de følte og hadde det selv, både blant venner, familiemedlemmer og personer i hjelpeapparatet.

Barna opplevde at de svært sjelden ble trukket inn, sett og hørt av helsearbeidere underveis i demensutviklingen. De fikk sjelden informasjon om resultatene fra utredningen og hvilke implikasjoner sykdommen på kort og lang sikt ville få. De ble som regel ikke invitert til å fortelle om egne behov og ønsker, eller involvert på noen måte når det gjaldt planlegging av tjenester og støtte. Vanligvis var det den friske forelderen, eller eventuelt den nye ektefellen/samboeren til far eller mor med demens, som var i kontakt med helse- og sosialtjenesten. Vedkommende har fungert som «portvokter» til informasjon, og avgjorde hvor mye eller lite han eller hun syntes det var nødvendig og gunstig å fortelle barna. Deres samstemte erfaring er at de har fått altfor lite informasjon.

Barna syntes som regel ikke at de hadde myndighet eller kunne tillate seg å ta kontakt med helse- og omsorgstjenesten på egen hånd, ut fra egne behov for informasjon og støtte.

«Det er behov for det (støtte), men uten at du som barn måtte spørre etter det. Det burde bare komme servert, fordi jeg hadde nok ikke spurt etter det da i det hele tatt, eller jeg gjorde jo ikke det. Men nå skulle jeg gjerne hatt det da, og kanskje direkte til meg, for går det gjennom ..., for alt jeg vet så kan det hende faren min har fått brosjyrer og ..., men han har sikkert ikke lissom sendt videre til oss, eller tenkt at «ja, men de trenger det ikke, for de er jo så glade», ikke sant. Så direkte til den det gjelder hadde sikkert vært bra.»

Mange understreker det samme poenget som går ut på at de trenger å få informasjon direkte til dem og bli gitt et tilbud om noen å snakke med. Informasjonen som gis må også gis individuelt og ikke kun være brosjyrer og informasjon om instanser hvor man kan henvende seg.

Noen få beskriver også at de med stort strev har forsøkt å skaffe seg hjelp de trengte:

«Men det var mye mer arbeid for meg enn nødvendig. Sitte der og telefonere til forskjellige psykologer i tre måneder for å overbevise dem om at du hadde det elendig. Det er ikke bra for selvtilliten.»

De ønsker de var blitt fulgt opp mer regelmessig underveis. En kvinne sier:

«Da vi kom for ett år siden, fikk vi noe informasjon. Men det var den eneste gangen. Vi fikk ikke noe etter det, det var det hele. Vi har ikke hatt noen til å følge oss opp, ikke en eneste. Se etter oss. Se om vi er OK. Spørre: «Er det noe du trenger?» Jeg forstår at du ikke kan følge opp hver eneste familie, hver eneste person, men...»

Vi ser også at mor som er syk snakker om «vi»; familien. Noen av hennes behov for hjelp er felles med familiens behov, som dagsenter eller dagtilbud, transporttjenester, hjemmesykepleie og så videre.

Spesielle grupper for barn i samme situasjon

Det har blitt foreslått at det å møte andre barn til yngre personer med demens, vil være gunstig både som et møte der man kan dele følelser og erfaringer, og for å komme bort fra de daglige bekymringene og belastningene. Når intervjupersonene får foreslått en slik mulig tjeneste, blir de positive, noen veldig entusiastiske. «Ja, ja, ja, kjempebra. Absolutt. Det savner jeg altså. Det skulle jeg hatt da jeg var 14, og jeg kan gjerne ta det i dag».

Noen forteller om den vedvarende skammen de opplevde ved å ha en mor eller far med demens, noe som hindret dem i å kunne prate med andre om hvordan de levde livet sitt. De understreker at i en slik gruppe kunne de fortelle hverandre at demens ikke er noe å skamme seg over, de kunne bare «få det ut» hva de opplevde. Dette ville gjøre situasjonen lettere å bære og håndtere. Eller de kunne bare være sammen, sitte der «uten å si noe, eller bare nikke, siden alle vet hvordan det er.» Å få vite at en ikke er helt alene om erfaringen, er en viktig side av en slik sammenkomst.

De sju som har deltatt i «pårørende-grupper» (rettet mot både ektefeller, barn og eventuelt andre), har hatt blandede erfaringer. Hovedinnvendingen var at gruppene var for omfattende, de innbefattet folk i svært forskjellige situasjoner og med ulike relasjoner til personen med demens. Noen av deltakerne var voksne barn med egne familier, i en helt

annen situasjon enn den ungdommene var i da de bodde hjemme med foreldrene. Alle deltakerne som hadde deltatt i slike pårørendegrupper, hadde kritiske kommentarer.

Også søsken kan oppleve slike grupper og deltakelsen i dem, svært forskjellig. Det kan avdekkes at de opplever fars eller mors tilstand og situasjonen hjemme helt ulikt. En kvinne som hadde deltatt i en slik gruppe sammen med sin bror, forteller: «Han mente at jeg ikke hadde forstått situasjonen korrekt, og fant ut at det var så frustrerende å høre min versjon og at han ikke kunne holde det ut, så jeg trakk meg ut av gruppen.»

Behov for informasjon, både generell og personlig tilpasset

Informantene la vekt på at det er viktig at folk i sin alminnelighet vet mer om demens, slik at det blir et tema det går an å nevne og snakke om.

«Så jeg er litt sinna på den sykdommen da (ler), hvis jeg kan si det sånn. (...) Det høres helt forferdelig ut, men jeg skulle ønske det heller var kreft eller ..., selvfølgelig ikke sykdommen i seg selv, men at jeg kunne sagt et eller annet som alle bare hadde forstått. Når jeg snakker med barndomsvenninner som er oppvokst med mamma, så har de ikke peiling. Det er en venninne av meg som studerer medisin som har jobbet på eldrehjem, Alzheimer-avdeling og sånn, og hun ble med meg hit. Hun ante ikke at det var sånn!»

En kvinne sier at hun misliker informasjon «som er negativ, depressiv og trist». Informasjonen skulle bli presentert slik at «Jeg kunne snakke om den, og andre ville tore å svare». Informasjonen måtte få fram at også yngre mennesker kan få demens. Noen ønsket også foredrag og informasjon på skolen, slik at lærere, rådgivere og helsesøstre kunne gi råd og hjelpe barna til kontakt med tjenesteapparatet.

Når det gjaldt informasjon om sin egen mor eller far, var den gjennomgående erfaring at de hadde altfor lite informasjon om demenssykdommen, både da diagnosen ble fastslått og under den senere demensutviklingen. Den informasjonen de ønsket var ikke primært

generell informasjon, men hva som var relevant for sin mor og far, nå og fremover. De ønsket å vite mer om progresjonen og om hvordan de best skulle håndtere situasjonen, både for sin egen del, overfor far eller mor med demens, og resten av familien. De ønsket også mest mulig presise svar på vanskelige spørsmål om prognose og fremtidsutsikter. Hvor lang tid vil det ta inntil det og det skjer? Når vil han eller hun minste språket, ikke gjenkjenne oss? Når vil mor eller far gå inn i siste stadium av demens, og når vil døden inntreffe?

De var alle positive til informasjon på internett, kanskje en spesiell nettside, men formen for presentasjon måtte være tilpasset unge mennesker. «Det må være en veldig enkel nettside. Kanskje det ikke skulle bli kalt demens? Med noen fakta og tjenester, og alt du kan få hjelp for. Det ville være veldig bra!» De var også positive til spesielle chattekanaler. Siden barn til yngre personer med demens er så få i Norge, ville slike kanaler også kunne åpne for kontakt med barn i andre land som de kunne dele opplevelser med, være fortrolige med, samtidig som de kunne opprettholde den anonymiteten som kommer av geografisk avstand.

Sykehjem - en blandet opplevelse

Noen av barna opplever det som en stor lettelse når far eller mor flytter på sykehjem, vanligvis etter at de har bodd sammen flere år hjemme under sykdomsutviklingen. Men flyttingen blir likevel vanligvis opplevd med blandede reaksjoner, og lettelsen er blandet med sorg og tapsfølelser, og en erkennelse av at demensen bare vil forverres. Flyttingen oppleves som den definitive bekreftelse på at sykdomsutviklingen bare går en vei, og at mor og far blir stadig fjernere.

«Jeg tror ikke du helt forstår at sykdommen er definitiv når du bor sammen med henne (mor) her hjemme, og at demensen bare vil gå en vei, blir verre. Men da hun flyttet på sykehjem, skjønner du det. Det var godt for mamma, og veldig godt for meg først og fremst, for da var jeg fri for ansvaret. Da kunne jeg tenke litt mer på meg selv, selv om jeg

ikke gjorde det, for jeg hadde dårlig samvittighet og tenker mye på henne.»

Det oppleves også som, «en skrekk» av flere, å tenke på at deres mor eller far nå bor på sykehjem. Å se eller forutse far eller mor i siste stadium av demens, er en enorm emosjonell påkjenning. Selv om 11 av informantene nå har mor eller far på sykehjem, og barna er avlastet for ansvar for det praktiske dagliglivet, er de fortsatt bekymret for livskvaliteten og trivselen, og omsorgen som gis den syke forelderen.

Konklusjon

Hovedkonklusjonen av studien er at barna til personer med demens har et stort behov for å bli sett, hørt og tatt hensyn til i sin egen rett, både i private relasjoner og av helse- og sosialpersonell. Felles erfaringer er hvordan roller og relasjoner til den demenssyke faren eller moren er endret radikalt; hvordan barna har mistet en støtte til egen utvikling, trygghet, forutsigbarhet og normalt hverdagsliv – slik de ville forventet ved en vanlig oppvekst. Støtte og tjenester må være personsentrerte, der også barna ses som unike personer med egne erfaringer og behov (10). Felles for barna er at de har opplevd at mor eller far har demens som en enorm belastning som griper inn i alle sider av livet. Måten de har opplevd at demenssykdommen har berørt eget liv og hvordan belastningen har vært, avhenger blant annet av når i egen oppvekst sykdommen startet, hvilken kontakt de har hatt med far eller mor, hvor lenge de har bodd sammen og hvordan forholdet til familiemedlemmene har utviklet seg. Det er bemerkelsesverdige variasjoner i familierelasjonene, både forholdet til foreldrene og mellom søsken. «Barn til yngre personer med demens» er ingen enhetlig kategori, datamaterialet viser ulike mennesker under utvikling, med multiple relasjoner og komplekse reaksjoner underveis i oppveksten. For å gi en adekvat og velfungerende bistand, må den store variasjonen i barnas behov, ressurser, motstandskraft og sårbarhet tas i betraktning. De må ses innenfor sine familierelasjoner og øvrige sosiale situasjon. Som Gausdal (11) understreker i tittelen på sin rapport om pårørende til

yngre personer med demens: «En størrelse passer ikke for alle.»

Skovdahl et.al (12) og Svanberg et.al (13) har gjennomgått studier og evalueringer av tjenester til yngre personer med demens i Sverige, supplert med noen internasjonale studier. De anbefaler at det planlegges et koordinert program for en omsorgskjede allerede like etter at diagnosen er satt. Programmet må være familieorientert og ha en bestemt fagperson som koordinator, i samarbeid med familien. Tilbudene må justeres underveis. I Norge har alle personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester rett til en individuell plan for tjenestene, koordinert av en helse- eller sosialarbeider (14,15). Det er en stor utfordring å sørge for at også barnas behov blir ivarettatt i planer, helsehjelp og bistandsopplegg.

Barna trenger individualisert bistand innenfor en familiesentrert tilnærming. De kan trenge en egen personlig kontakt innenfor helsevesenet, enten det er en helsesøster, en primærlege eller annen person som har et langvarig ansvar for å følge opp. De har behov for korrekt og tilpasset informasjon om fars eller mors situasjon underveis i demensutviklingen. De kan ha glede og nytte av samlinger med andre barn i tilsvarende situasjon, men gruppen må være spesielt rettet mot den livsfasen de er i. Svært blandede grupper gir svært blandede erfaringer.

Med støtte fra Helsedirektoratet har Nasjonalt kompetansesenter (nå Nasjonal kompetansetjeneste) for aldring og helse sammen med Nasjonalforeningen for folkehelsen årlig arrangert to helgekurs for ungdommer som har en mor eller far med demens. Siden 2012 har i alt 30 deltagere mellom 16 og 30 år vært med. Ungdommene evaluerte helgesamlingene som meget nyttige. Spesielt la de vekt på det å kunne møte andre unge som forstår dem og er i samme situasjon. De opplevde det som viktig å kunne fortelle sin historie, få mer informasjon om sykdommen og få støtte, råd og ideer til å mestre hverdagen.

■ kirsten.thorsen@aldringoghelse.no

Referanser se side 23



Lys gir livskvalitet

Lys er en livsbetingelse. Fremfor alt er dagslysets kvaliteter av stor betydning for oss mennesker. Dagslys- og årstidsvariasjoner styrer vår indre biologiske klokke, det cirkadiske system, og dagslyset påvirker hormonproduksjonen vår slik at vi sover godt om natten og holder oss våkne på dagtid. Dagslyset er også vår viktigste lyskilde.

Vi har fem sanser, og synssansen står for omtrent 80 prosent av alle sanseinntrykkene våre. Synet er derfor et av våre viktigste redskap til erfaring, realisering og erkjennelse. Muligheten til å kunne orientere seg og bevege seg sikkert fra et sted til et annet, er en grunnforutsetning for et selvstendig liv.

Bakgrunn

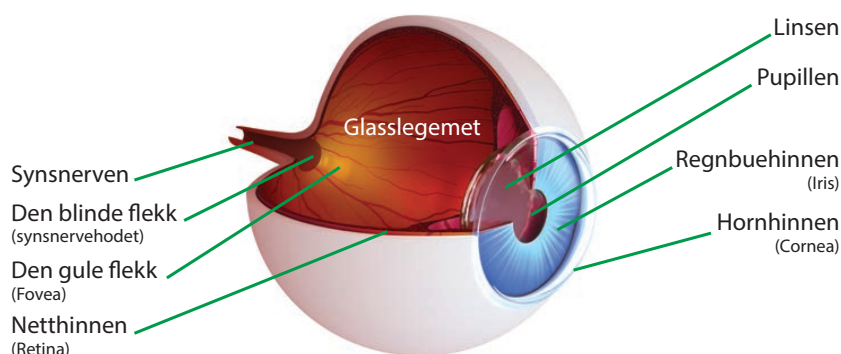
Undersøkelser viser at de fleste eldre ønsker å bo hjemme i sin egen bolig så lenge som mulig. Grunnet den naturlige synssvekkelsen i øyet, endres behovet for lys etter hvert som vi blir eldre. Eldre trenger mer lys, og har et mye større behov for synlige kontraster for å kunne se og oppfatte sine omgivelser enn det yngre har. Tilrettelegging av lys og belysning må derfor imøtekomme behovene i henhold til synets naturlige utvikling ved alder. Lys og belysning kan medvirke til en opplevelse av trygghet, sikkerhet og trivsel. Lys og skygge skaper stemninger og atmosfære.

Tese

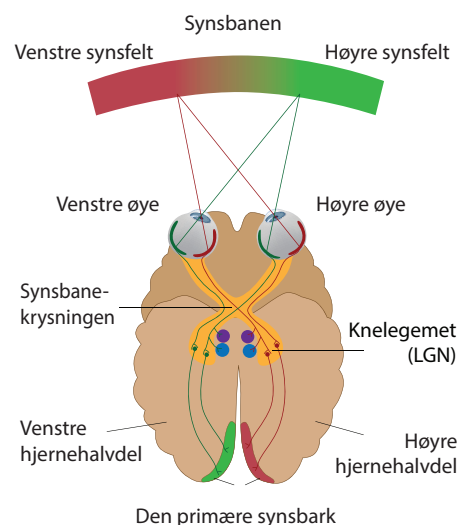
Bevisst bruk av lys sett i sammenheng med menneskelige behov, skaper økt aktivitet og en god atmosfære. Det gir en helsegevinst, samtidig som det bidrar til å redusere faren for ulykker.

Synet og persepsjonsprosessen

Lysstimuli når netthinnen inne i øyet, som er dekket av tre klasser av lyssensitive sanseceller. Fotoreseptorer kalt staver og tapper, bidrar til syn. Stavene, som vi har flest av, registrerer lys fra svært lave nivåer, men kan ikke formidle fargeinntrykk. Tappene, som i hovedsak sitter samlet i synssentrum (fovea) på netthinnen, registrerer farge ved høye lysnivåer. Det er også i dette området øyet har størst synsskarpheit. En tredje lyssensitiv sansecelle som er følsom for lysstimuli innenfor et lite spekter av lysbølger i de blå fargene, synkroniserer vår indre biologiske klokke.



Figur 1. Øyets oppbygning. Ill.: Fra Lyskultur (8)



Figur 2. Synsbanen. Ill.: Lyskultur (8)

Elektriske signaler sendes via synsbanene inn til synsbanekrysningen, og videre til synssentrum i bakhodelappen der signalene tolkes for å gi et bevisst bilde.

Å se handler dypest sett om å forstå. Det er en aktiv prosess, der vi konstant foretar valg og der hjernen leter etter en hypotese. Når vi forventer oss noe, velger vi informasjon som støtter opp under forventningen vår, og forkaster informasjon som tilsier noe annet. Dette påvirker hele sansningen vår.

Synsaktet er ikke en enkel refleks, den er heller ikke automatisk. Individet er delaktig og skaper i avgjørende grad sitt eget synsbilde (1).

Via synet er vi utsatt for utrolig mange stimuli, derfor foretar vi hele tiden valg. Synssansen er mer innstilt på å velge ut og forsterke elementer av informasjonsverdi, enn å gi en naturtro avbildning (1).

Naturlig synssvekkelse relatert til alder

Synet gjennomgår store endringer med alderen. Når vi når 80-års alder, har vi en synsrest på cirka 20 prosent mot 100 prosent som normalt seende ved 20-års alder. Det er en betydelig synssvekkelse, og av den grunn regnes 80-åringer som svaksynte (2).

Tap av lystransmisjon i øyelinsen (3)

Tap av lystransmisjon i øyelinsen fører til redusert lysmengde på netthinnen. For å opprettholde tilsvarende lysmengde på netthinnen som for en 20 år gammel person, må statistisk sett en:

60 år gammel person ha
2,5 ganger så mye lys

70 år gammel person ha
3,5 ganger så mye lys

80 år gammel person ha
4,6 ganger så mye lys

Det er flere forhold som spiller inn:

Linsen: Linsen i øyet tilsløres og gulner. Det fører til at øyelinsens evne til å slippe gjennom lysstimuli blir redusert, og derfor når mindre lys inn til selve netthinnen.

Pupillen: Pupillens størrelse reguleres automatisk avhengig av lyset som treffer øyet, men dens evne til å utvide seg minsker med årene og forsterker effekten av at mindre lys når inn til netthinnen. En lavere belysningsstyrke på netthinnen gir en lavere synsprestasjon.

Akkomodasjon: Linsen krummes når øyet fokuserer på nært hold, men grensen for hvor nært en gjenstand kan være plassert foran øynene og fremdeles sees skarpt, avhenger av alderen. Etter hvert flyttes nærpunktet lenger unna, og mange blir avhengige av briller.

Endring av visus: Evnen til å se detaljer både på nært og langt hold reduseres. Det blir vanskelig å oppfatte mindre kontrastforskjeller, og derfor vanskeligere å gjenkjenne ansikter og mennesker.

Endret fargesyn

Når mindre lys når inn til netthinnen, endres også terskelen for fargesyn. Lave belysningsstyrker stimulerer ikke sansecellene for fargesyn hos eldre, og det vil føre til at en som er svaksynt ikke har fargesyn. Å se i farger er et veldig viktig hjelpemiddel til orientering.



1. Simulering av den vanlige aldersrelaterte øyesykdommen AMD (aldersrelatert makula degenerasjon).



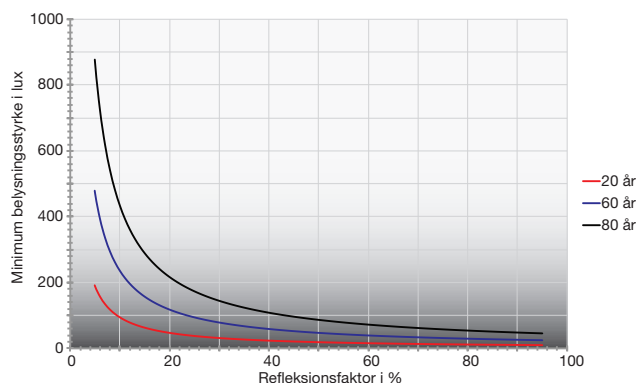
2. Korridoren sett med normalt syn.



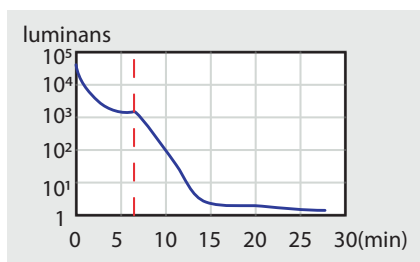
3. Simulering av normal alderssvekkelse ved 80 år. Foto: Zumtobel Lighting GmbH

Figur 3.
Fargeoppfattelse og alder.
Laveste belysningsstyrke som følge av refleksjonsfaktor og alder for at fargen skal kunne bli sett uten forvrengning.

Ill.: Lyskultur (8)



Adaptasjon: Netthinnen kan tilpasse seg svært forskjellige lysforhold og belysningsnivå. Denne egenskapen kalles adaptasjon. Øyet endrer sin følsomhet for lys over tid. Netthinnen kan være lysadaptert til dagsyn eller mørkeadaptert for nattnsyn. Når man er eldre er man mye mindre følsom for lysstimuli enn da man var yngre. Dette får spesielt utslag når øynene er mørkeadaptert.



Figur 4. Adaptasjonsprosess

Adaptasjonsprosessen beskrevet ved terskelluminansen (for deteksjon av lysstimulus) som funksjon av tilbrakt tid i mørke. III.: Lyskultur (8)

Blending: Vi blendes når flater i synsfeltet har eller får for høye luminanser i forhold til øvrige luminanser i synsfeltet som øyet allerede er adaptert til. Terskelen for å skille luminanser stiger, og luminansforskjeller som var synlige før blending er ikke synlige for oss lenger.

Tilsløringen av øyelinsen fører til at eldre er betydelig mer utsatt for syns-

nedsettende blending, noe som gir reduserte synsbetingelser. Ved synsnedsettende blending spres lyset inne i øyet på grunn av urenheter i øyelinsen. Synsbildet mister kontrast. Det kan sammenliknes med å se på TV, mens sollyset skinner direkte på TV-skjermen. Sollyset legger seg over bildet på skjermen og demper kontrastene i bildet, slik at det blir vanskelig eller umulig å se det som vises.

Dybdesyn og lysets modellerende evne: Synet har en innbyrdes forbindelse til balanseorganet i det indre øret. Når vi blir gamle, kreves det enda mer av synet for at vi skal holde balansen. Betingelsen for å kunne se i tre dimensjoner er et effektivt dybdesyn. Dybdesynet er avhengig av lysets modellerende evne, og det krever et tilstrekkelig lysnivå som gir synlige kontraster og lys- og skyggeeffekter.

Lysets modellerende evne: Lyset må ha en retningsfordeling, slik at tredimensjonal form og tekstur avdekkes (4).

En kombinasjon av indirekte og direkte rettet lys gir den beste modelleringsgraden.

Under dårlige lysforhold skapes det farlige situasjoner for alle, og da stiger skadestatistikken.

Lysets modellerende evne påvirker også vår evne til å vurdere avstand (8).

Øyesykdommer relatert til alder

Etter fylte 40 år er man mer utsatt for øyesykdommer. Det er økt risiko for sykdommer som grå stær (Katarakt), aldersrelatert macula degenerasjon (AMD) og grønn stær (Glaucom). Andre kjente sykdommer som kan ramme er diabetes type II og tunnelsyn (Retinitis Pigmentosa). Alle gir synssvekkelser, men av svært ulike karakter.

Lysets betydning for en god alderdom i eget hjem. En studie blant friske, hjemmeboende 75-åringer

Prosjektets mål var å studere lysets betydning for helse, trivsel og livskvalitet blant hjemme-boende eldre. Den overordnede problemstillingen gikk ut på å undersøke om optimal belysning bidro til å fremme hjemmeboende eldres trivsel og funksjon, og om optimal belysning kan kompensere for aldersrelaterte forandringer.

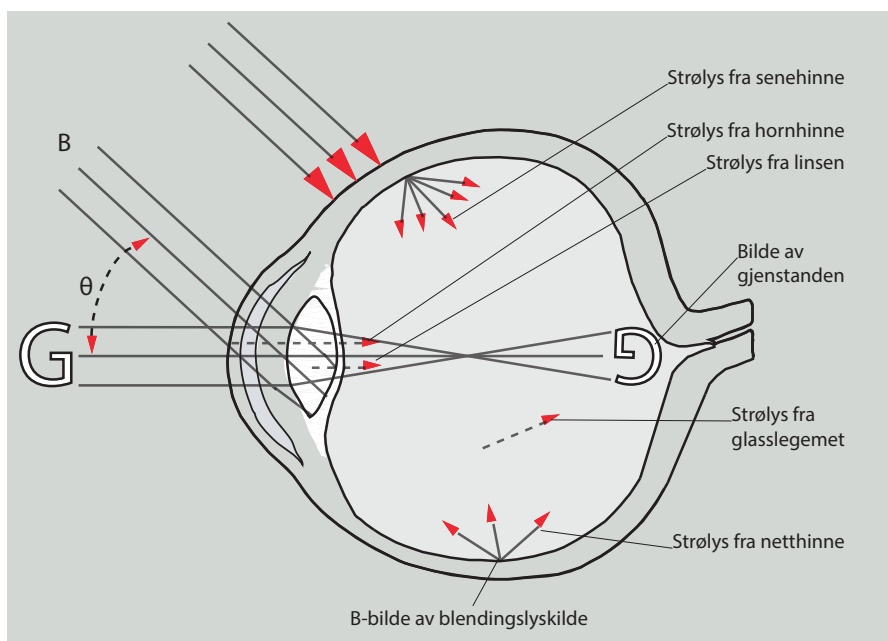
Hele studien bestod av tre faser. I intervensjonsfasen foretok man en lysmåling i utvalgte hjem. Da fant man at belysningsstyrken generelt var ganske lav i alle rom hos samtlige deltakere.

Nå viste imidlertid undersøkelsen at trivselen blant 75-åringene var god, selv om belysningsnivåene i hjemmene var svært lave. Resultatene av undersøkelsen indikerer at kunnskap og bevissthet om belysning i hjemmet er liten. For å opprettholde en god alderdom i eget hjem så lenge som mulig, trengs mer informasjon om optimalisering av interorbelysningen (5,6,7).

Kunnskapssenteret Almas hus, Geriatrik ressurssenter på Aker sykehus

Almas hus viser hvordan omgivelser, hjelpemidler og velferdsteknologi kan gjøre hverdagen enklere og tryggere for personer med kognitiv svikt eller demens, om man bor i eget hjem eller på institusjon.

Geriatrik ressurssenter skal bidra til å styrke eldreomsorgen i Oslo, og er blant annet rettet mot ansatte som arbeider i hjemmebaserte tjenester, på sykehjem og sykehus. Arbeidsoppgavene skal konsentreres om omsorg og pleie,



Figur 5. Kilder til synsnedsettende blending. III.: Lyskultur (8)

og ikke på andre ting som for eksempel skift av lyskilder. I simuleringsleiligheten ønsket man derfor en utstrakt bruk av LED (lysemitterende dioder) på grunn av lyskildens lange levetid (50.000 timer).

I forbindelse med at Almas hus skal fremstå som et hjem, er valg av armatur-design sett i sammenheng med interiøret og møbleringen for å oppnå en estetisk helhet. Belysningen er planlagt ut fra eldres synsbehov. Lysets fargetemperatur er på 3000K, varm hvit. Det er gjort et unntak på badet, ved lyset rundt speilet. Her er fargetemperaturen 2700K som er noe varmere, for bedre få frem hudens naturlige fargetoner i ansiktet.

Brytere og kontakter i leiligheten er holdt i en mørk grå farge, i kontrast til de lyse veggene. Arkitekt har tatt hensyn til behov for bruk av rullestol, og plasseringen av brytere og kontakter i leiligheten er en følge av det.

Belysningen understreker siktlinjene i leiligheten

Godstolen i stuen er plassert nær vinduene, for å få utbytte av dagslyset. Det er plassert en gulvlampe ved stolen som gir godt leselys/arbeidslys og som kan dimmes. Lyskilden er godt avskjermnet for å unngå blinding. Godstolens plassering i rommet gjør at den spiller en svært vesentlig rolle i hele leiligheten. Fra stolens posisjon har arkitekten tegnet siktlinjer (som fungerer som et visuelt veifinnings-system) til viktige steder: til badet, til kjøkkenet og til soverommet.

På badet

Siktlinjen til badet fører direkte til toalettet. Setet er sort i kontrast til det hvite interiøret. Veggene er i hovedsak hvite, men bak vasken, toalettet og dusjen er det større felt med fliser i en grønn farge som står i kontrast til den hvite innredningen for å gi selve innredningen en høy grad av synlighet.

Armaturene i himlingen på badet skal gi god allmenbelysning i rommet, og er plassert slik at man ikke skygger for seg selv når man står foran toalettet, slik menn kan gjøre.

Det er plassert lysrør-armatur på siden av og over speilet ved vasken, på en slik måte at armaturene ikke er synlige i speilet fordi det kan skape blinding. Det

er viktig at lyset ved speilet kan dimmes, slik at man kan regulere lysintensiteten her etter eget behov.

På kjøkkenet

Kjøkkeninnredningen er i eik, og står i sterk kontrast til de lyse veggene i rommet.

En siktlinje fra godstolen i stuen er trukket direkte til komfyren. Ventilatoren over komfyren har innebygget lys med god fargegjengivelse. En nedhengt pendel fra himling gir god allmenbelysning i rommet, og lyser opp fronten av overskapene slik at de ikke fremstår som mørke flater. Pendelen har en opal avskjerming for å skjule lyskilden og unngå blinding. I rekken av overskap har skapene med glassdører og glasshyller fått montert innvendig belysning, slik at innholdet i skapene synes. Det er montert belysning under overskapene for å gi et godt arbeidslys ned på arbeidsbenkene. Både kjøkkenskapene og arbeidsbenkene har en matt overflate for å unngå generende refleksjoner fra lyset.

For å gi lys til arbeidsbenken mot vinduet når det mørkner ute, er det montert tre små nedhengte pendler over benken. Lyskildene er godt skjult inne i armaturene. Selve pendlene har en klar, gul farge, for å øke synligheten av dem og bidra til en hyggelig atmosfære i rommet.

Soveværelset

Her er det en nedhengt pendel fra himling som gir god allmenbelysning i rommet. Leselyset ved sengen har et vipp- og dreibart hode slik at det kan stilles inn etter behag. Lyset som kan dimmes, kan rettes ned mot nattbordet der det er plassert viktige hjelpemidler, også medisiner.

Garderobeskabet har fått innvendig belysning som slår seg på, når skapdørene åpnes.

Et nattlys plassert ved siden av baderomsdøren i ankelhøyde over gulvet, markerer inngangen til badet fra soverommet.

Stuen

Møblene er i kontrastfarger til stuens lyse vegger for å bidra til en bedre synlighet, og til en god orientering i rommet. Over spisebordet er det montert



FARGEVALG: Kjøkken med spiseplass. Bevisst bruk av farger på dekkserviert og papirserviert øker synlighet og fremhever seriviset. Foto: Geriatrisk ressurscenter.



LYS OG FARGER: Sengetøy i kontrastfarger til interiøret. Sengelampen er avskjermnet, og gir lys ned til det som står på nattbordet. Lampehodet er vipp- og dreibart for regulering etter behov.

Foto: Almas hus.



STUEN: Møblement i stuen har farger i kontrast til det lyse interiøret. Møblene er gruppert, og det er brede gangveier tilpasset rullator og rullestol.

Foto: Almas hus, Stians S. Evensen.

en kort strømskinne i himling, med to nedhengte pendler som skal gi godt lys ned på bordet. Monteringshøyden på pendlene må justeres etter personen/e som skal bruke bordet til daglig, for å unngå at man ser rett inn i lyskilden når man sitter til bords. Strømskinnen gjør det mulig å justere pendlene ut til side- ne, noe som er nødvendig dersom man velger å forlenge bordet. Gulvlampen i stuen har en opalisert skjerm, og sender lys både opp og ned. Ledningen kan kveiles inn i lampefoten. Det er en god måte å unngå at det ligger en løs ledning og slenger på gulvet, som kan skape snublefeller og forårsake ulykker.

Lysstyring og bruk av sensor

Det er montert bevegelsessensor på kjøkken, soverom og bad, slik at lyset tennes automatisk når man kommer inn i disse rommene. For enkelt å slå alt lys av eller på, er det plassert én bryter ved inngangsdøren og én bryter ved sengen på soverommet, slik at man skal slippe å gå rundt for å tenne eller slukke alle lampene. Står man opp av sengen om natten, vil en sensor montert på et av sengebena dimme allmennbelysningen i soverommet gradvis opp, og også allmennbelysningen på badet tennes.

Veileder

Målet er å lede vei frem til toalettet, som er synlig fra sengen. Skulle man begi seg ut i entreen etterpå i stedet for tilbake til sengen, er det tent et «nattlys» på veggen mellom entreen og soverommet som skal hjelpe med å vise vei inn til soverommet igjen.



SENSOR: Sensor på sengebena registrerer bevegelse ut av sengen, og dimmer opp lyset i rommet.

Foto: Geriatrik ressurscenter.

Fall på soverommet registreres av varslere i gulvet. Da dimmes lyset opp, det gjelder også lyset på badet og lyset i entreen. På institusjon vil fall på gulv med varslere gi en alarm til personalet, som kan se hvilken boenhet det gjelder, og raskt yte bistand.

Tiltak for bedre synsbetingelser i eget hjem eller på institusjon

Lys og belysning har betydning for alle. For eldre er lys og belysning av særlig betydning, fordi det kan bidra til at omgivelsene blir oppfattet og forstått.

Hva kan man gjøre for å legge forholdene bedre til rette?

Rydde og lage oversikt

Når vi blir eldre har vi behov for bedre synsbetingelser enn før, og for struktur av omgivelsene våre. Vi trenger tydelige og logisk utformede omgivelser, slik at lesbarheten og forståelsen av omgivelsene blir ivaretatt. Vi kan rydde for å lage bedre oversikt og snublefrie gangveier inne. Elektriske ledninger som er strukket over gulvet utgjør en stor risiko for fall, og bør føres på andre måter.

Tilgjengelighet og anvendelighet oppnås lettest hvis miljøet er utformet på en måte som gir en følelse av trygghet og sikkerhet. Tryggheten øker hvis miljøet er oversiktlig, med en enkel planløsning og at det inneholder forventede og lettfattelige detaljer.

Bruke kontraster

Ved å tilfredsstille behovene for kontraster i lys og i farge for mennesker på 80 år, løses behovet for belysning for en stor gruppe med mennesker. Det vil komme alle til gode, og for noen vil det være helt nødvendig.

For å kunne skape en visuell verden som eldre og svaksynte kan benytte, forutsetter det synlige kontraster og farger samt at de virkemidlene man benytter er lettfattelige. Virkemidlene kan være arkitekturens utforming, eller for eksempel ledelinjer eller annen merking, som øker lesbarheten av et areal for en svaksynt person.

Lyset

Bruk lyskilder av god kvalitet med en høy grad av fargegjengivelse, slik at omgivelsene fremstår gjenkjennelig med riktige farger i elektrisk lys sammenliknet med i dagslyset.

Utnytt lysets modellerende evne, for å vise tekstur og skape rom.

Regulering av belysningsnivået

Belysningen må være fleksibel og kunne dimmes, slik at man kan innstille til ønsket lysnivå etter eget behov.

Sørg for høye nok belysningsnivåer når det trengs, slik at eldres fargesyn aktiveres.

Unngå blending

Lamper må være godt avskjermet, slik at man ikke ser direkte inn på selve lyskilden.

Vær oppmerksom på at flortynne, lyse gardiner foran vinduer kan skape store blendingskilder på dagtid, avhengig av lysforholdene, dags- og årstidsvariasjoner og orienteringen av bygget i terrenget.

For hygge

Flammeløse stearinlys (med Led-teknologi) skaper trivsel og forhindrer brann.

Målet

Bidra til en større synlighet, slik at omgivelsene kan bli oppfattet og forstått. Det reduserer fare, og kan bidra til økt aktivitet og trivsel.

Kunnskapssenteret Almas hus

Almas hus er et velferdsteknologisk senter for eldre, pårørende, helsepersonell og beslutningstakere. Leiligheten driftes av Geriatrik ressurscenter som eies av Oslo kommune, Helseetaten, og holder til i bygg 21A på Aker sykehus.

I Almas hus kan du lære mer om:

- Demensvennlig utforming
- Hjelpemidler og teknologi i et hjemlig miljø
- Tips om enkel tilrettelegging
- Velferdsteknologiske løsninger
- Bruk av belysning

I Almas hus blir du tatt imot av fagpersoner fra Geriatrik ressurscenter eller Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

REFERANSER

1. Lysboken 1A. Lysaker: Lyskultur, 2009.
2. Valberg A. Lys Syn Farge. Trondheim: Tapir Forlag, 1998.
3. Nersveen J. Lys = å se eller ikke se. Sammenhengen mellom lys, farger og alder. Oslo: Norges Blindforbund, 2007.
4. Luxtabell 1B. Luxtabell og planleggingskriterier for innendørs belysningsanlegg. Lysaker: Lyskultur, 2012.
5. Matusiak B. A modelling sensor designed to be used in the lighting practice in cases where there is essential to compare the modelling ability of light in an important point in a room for different lighting alternatives. NTNU. <http://www.ntnu.edu/bff/lightandcolour>.
6. Grunnleggende prinsipper om tilgjengelighet for blinde og svaksynte. I: Et inkluderende samfunn. Håndbok om synshemmedes krav til tilgjengelighet. Oslo: Norges Blindforbund, 2004: s. 32.
7. Horgen G, Eilertsen G & Falkenberg H. Lighting Old Age – How Lighting Impacts The Ability to Grow Old in Own Housing. Work 2012; 41: 3385-3387.
8. Horgen G, Eilertsen G. & Falkenberg H. «Lysets betydning for en god alderdom i eget hjem.» Lighting old age (LOA) – how lighting impacts the ability to grow old at home. Et forsknings- og innovasjonsprosjekt. Rapport. Bergen: Husbanken Region Vest, 2008.

ANNEN ANBEFALT LITTERATUR

Norges Blindforbund: Estetisk, trygt og tilgjengelig – en veileder for universelt utformede boliger. ISBN 978-82-92998-02-1

Lyskultur 11/97: Belysning for eldre og svaksynte.

Lyskultur 1/06: Godt lys i boligen (oversatt fra dansk)

Norges Blindforbund: Planlegging av bolig.

Alt du bør vite om synet ditt. [Brosjyre]. Norsk Blindforbund i samarbeid med Norsk Optikerforbund. <https://www.blindforbundet.no/internett/fakta-og-publikasjoner/brosjyrer/brosjyrer/brosjyreoversikt> (03.03.14)

FAGTERMINOLOGI

Adapttere: Netthinnen kan tilpasse seg svært forskjellige lysforhold og belysningsnivåer. Denne egenskapen kalles adaptasjon. Øyet endrer sin følsomhet for lys over tid. Øyet kan være lysadaptert for dagsyn (fotopisk syn) eller mørkeadaptert for nattsyn (skotopisk syn).

Akkomodere: Øyet tilpasser seg ulike avstander ved at øyelinsen endrer form. Øyelinsens naturlige innstilling som er på uendelig, kan endres ved kortere avstander ved å minske lensens krumningsradius. Linsen krummes når øyet fokuserer på nært hold.

Allmennbelysning: Generell belysning. I det vesentlige jevn belysning av et område uten hensyn til spesielle lokale behov (8).

AMD: Aldersrelatert macula degenerasjon/AMD er en sykdom som angriper netthinnen. Den rammer skarpsynet og dagsynet vårt. Det er en vanlig øyesykdom hos personer over 50 år, og den forårsaker synshemming.

Belysningsstyrke: Angir hvor mye lys som treffer en flate. (Det måles i lumen pr m². Enheten er lux.)

Blending: Blending oppstår når flater i synsfeltet har for høye luminanser i forhold til øvrige luminanser i synsfeltet som øyet allerede er adaptert til. Terskelen for å skille luminanser stiger, og luminansforskjeller som var synlige før blending, er ikke synlige lenger. Det finnes flere former for blending: Direkte og indirekte blending, synsnedsettende blending og ubehagsblending.

Fargegjengivelse Ra: Angir en lyskildes evne til å gjengi farger. Ra-indeks angis i området 0-100 prosent, hvor 100 prosent betyr korrekt gjengivelse. (Indeksen er et gjennomsnitt av 8 forskjellige testfarger.)

Fargekontrast: Kontrast som oppstår på grunn av synlig forskjell mellom objektets farge og bakgrunnens farge.

Fargetemperatur K: Angir farge på lyset, og forteller om det er kaldt, nøytralt eller varmt.

Fotopisk syn: Dagsyn. Sansecellene for fargesyn, tappene, er aktive.

Fotoreseptorer: Staver og tapper. Sanseceller som absorberer elektromagnetisk energi (lys) i det synlige området av det elektromagnetiske spekteret.

Grønn stær: En sykdom, hvor nervetrådene i synsnerven gradvis blir skadet på en bestemt måte. Oftest, men ikke alltid, er øyetrykket for høyt. I Norge har ca. 40 000 personer påvist sykdommen som forekommer i alle aldersgrupper, men hyppigere jo eldre man blir. I tillegg har sannsynligvis om lag 20 000 personer glaukom uten å vite det.

Grå stær: Oppstår når øyelinsen som normalt er klar, blir ugjennomsiktig (grå). Katarakt er en normal aldersforandring som gir tåketeye syn. Det er den mest utbredte øyesykdommen. De fleste over 65 år har grå stær i noen grad. Et fåtall av disse har behov for operasjon.

Kontrast: Generelt begrep som betyr motsetning, noe som avviker fra noe annet, noe vi kan skjelle fra hverandre (2).

Luminans: Angir hvor lys en flate er. Det er dette lyset vi ser. (Lysintensiteten måles i candela pr m².)

Luminanskontrast: Kontrast som oppstår grunnet synlige forskjeller mellom objektets lyshet og bakgrunnens lyshet.

Lys: Stimulus som gir synsinntrykk. For oss mennesker ligger den synlige del av det elektromagnetiske spekter ligger mellom 380nm og 760nm.

Lystransmisjon: Øyelinsens evne til å slippe gjennom lys (2).

Mesopisk syn: Skumring. Sansecellene for både dagsyn og nattsyn er aktive.

Refleksjonsfaktor: Henviser til en flates overflate, farge og tekstur. Lyse farger reflekterer lyset i stor grad, mens mørke farger har liten refleksjonsevne. Refleksjonsfaktoren kan måles, men den finnes oppgitt i kodesystemet til NCS og RAL, for maling til interiør og eksteriør.

Skotopisk syn: Nattsyn. Sansecellene for nattsyn, stavene, er aktive.



Debatt:

På tide å flytte aldersgrensen i alderspsykiatrien?

65-åringen ble definert som gammel allerede på 1800-tallet (1). Definisjonen var nødvendig for å avklare pensjonsrettigheter til eldre og uføre som hadde gått ut av arbeidslivet i England. WHO anbefaler at alle over 65 år regnes som eldre. Samtidig anbefaler en gruppe i WHO at i Afrika regnes alle over 50 år som eldre, grunnet sykелighet og forventet levealder (2). Dette illustrerer at det ikke er noen entydig kulturell eller geografisk grense for hva som skal regnes som eldre. Selv innenfor et lite land som Norge, vil variasjonen i menneskets aldringsprosess være formidabel. En 80-åring kan fremstå som yngre enn en 60-åring, både psykologisk og fysiologisk. Genetisk predisposisjon og livshendelser vil påvirke utfallet av aldringsprosessen.

Den helsemessige utviklingen i Norge og den vestlige verden for øvrig de siste 25 årene har medført lengre forventet levealder og mindre sykелighet (3). Bedre kurativ behandling og symptomlindring innebærer at flere overlever sykdommer de tidligere ville dødd av, og flere lever med sine sykdommer med høyere livskvalitet enn tidligere. Det var 240 personer over hundre år i Norge i 1986. I 2013 var tallet 799 (4), det vil si en økning på 332 prosent. En tilsvarende utvikling i befolkningen generelt ville ha tilsagt at vi skulle være rundt 13 millioner innbyggere i Norge. Den relative forekomsten av demens i den vestlige verden er antakelig på retur (5). Det innebærer at selv om det blir flere eldre de nærmeste 20 årene og flere med demens, vil andelen av personer med

demens blant eldre gå ned. Dette kan skyldes at eldre vil fortsette utviklingen med mer fysisk aktivitet, sunnere livsstil og derfor en lavere kardiovaskulær byrde.

70-åringens utsikter er derfor ikke så dystre som den britiske legen, Robert Burton, beskrev i 1621(6). Samtidig er det slik at når befolkningen blir eldre, og forventet levealder stiger, vil volumet av alderspsykiatriske lidelser også forflyttes. Vi må derfor regne med å behandle flere 80-, 90- og kanskje 100-åringer i fremtiden enn det som har vært vanlig til nå. Samtidig er det liten tvil om at byrden av alderspsykiatriske lidelser øker med alderen, også blant de eldre. Dette gjelder ikke bare for demens, men også for angst- og psykoselidelser og, ikke minst, depresjon (7).

I alderspsykiatrien har det, til nå, stort sett vært enighet om at 65-årsgrensen har vært praktisk (8). Denne aldersgrensen har vært gjeldende siden faget ble etablert i England på slutten av 50-tallet. I Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011-2020 foreslår denne grensen fortsatt opprettholdt (9). I norske psykiatriske sykehus vil aldersgrensen praktiseres noe forskjellig; noen steder fungerer aldersgrensen som en billett til alderspsykiatriske tjenester for alle pasienter over 65 år. Andre steder følges Plandokumentets kriterier om at pasienten må være 65 år eller eldre og at lidelsen har oppstått i alderdommen, med mindre det er spørsmål om demens.

Vi har tidligere beskrevet vår bekymring for nedbyggingen av alderspsykiatrisk døgntilbehandlingskapasitet (10). I

Oslo/Akershus har antallet døgnplasser beregnet på alderspsykiatriske pasienter blitt redusert med over 30 prosent siden 2002. I Innlandet er endringen enda større; alderspsykiatrien i Sykehuset Innlandet disponerer i 2014 under halvparten av det antall senger man hadde til rådighet i 2005.

Vi er derfor i den paradoksale situasjon at, på tross av erkjennelsen av at det blir flere eldre og at psykiatrisk sykелighet øker med alderen, så reduseres våre muligheter til å tilby disse pasientene forsvarlig pleie og omsorg når de trenger det der kompetansen er størst. Flere eldre skal behandles poliklinisk/ambulant og i distriktpsykiatriske sentre. I praksis tror jeg dette innebærer at færre eldre får et adekvat behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten, og flere eldre som legges inn i psykiatrien, får tilbud i vanlig akutt-/korttidspsykiatri og ikke i alderspsykiatrien. Det virker fornuftig å begynne å drøfte hvordan alderspsykiatrien skal løse dette.

Jeg ser for meg noen løsninger på problemet:

1. Vi kan fortsette å insistere på at den alderspsykiatriske pasient er 65 år eller eldre med nyoppstått psykisk lidelse i alderdommen
2. Vi kan opprettholde 65-årsgrensen, men prioritere pasientgrupper som trenger våre tjenester mest, det vil si de eldste.
3. Vi kan endre aldersgrensen for hva som bør behandles i alderspsykiatrien.

Konsekvensene av det første forslaget, vil være at vi driver som i dag, og lever med den økende ressursknappheten vi kan forvente innenfor faget. Konsekvensene av det andre forslaget vil være at vi har høyere terskel for å ta pasienter i behandling, selv innenfor «vår» aldersgruppe. Dette vil sannsynligvis innebære ventelisteproblematikk og behandling av flere alderspsykiatriske pasienter innenfor andre deler av psykiatrien. I neste instans vil det innebære at våre samarbeidspartnere (primærhelsetjenesten og øvrig spesialisthelsetjeneste) vil oppfatte alderspsykiatrien som mindre relevant. Konsekvensene av det siste forslaget er at de pasientene som trenger våre tjenester mest er de som får dem.

En statisk aldersgrense som ikke tar inn over seg den helsemessige og sosiale utvikling som samfunnet gjennomgår, må uvegerlig bli mer og mer irrelevant med tiden. I en tid med knappe ressurser og redusert kapasitet for behandling i døgnavdelinger, mener jeg det er på tide å drøfte i fagmiljøet om tiden er moden for å vurdere 65-årsgrensen på nytt. Ek-

sempelvis, vil vi ha vesentlig mer nytte av en aldersgrense på 70 eller 75 år? Da vet vi med større sikkerhet at disse pasientene er relevante og vil ha spesiell nytte av vår fagkompetanse.

■ eivind.aakhus@gmail.com

* Dette innlegget er uttrykk for Eivind Aakhus' personlige meninger, og ikke for oppfatningen til Utvalg for alderspsykiatri.

REFERANSER

1. Roebuck J. When Does Old Age Begin?: The Evolution Of The English Definition. *Journal of Social History* 1979; 12(3): 416-28.
2. Anonym. Definition of an older or elderly person: Proposed Working Definition of an Older Person in Africa for the MDS Project. <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/> (23.01.14)
3. Vaupel JO. Biodemography of human ageing. <http://www.nature.com/nature/journal/v464/n7288/full/nature08984.html> (23.01.14)
4. Statistisk sentralbyrå. Folkemengde etter alder, kjønn, sivilstand og statsborgarskap. <https://www.ssb.no/statistikkbanken/select-table/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=folkemengde&CMSSubjectArea=befolkning&checked=true> (23.01.14)
5. Matthews FE, Arthur A, Barnes LE et al. A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. *The Lancet* 2013; 382, 1405-1412.
6. Burton R. *The Anatomy of Melancholy*. 1 utg. New York: New York Review Books, 2001.
7. Skoog I. Psychiatric epidemiology of old age: the H70 study – the NAPE lecture 2003. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; 109(1): 4-18.
8. Engedal K. *Alderspsykiatri i praksis: lærebok*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2008.
9. Aakhus E, Bergem M, Bragason A et al. Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011-2020. Norsk psykiatrisk forening, 2010.
10. Aakhus E, Selbæk G. En stille rasering for eldre. <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/en-stille-rasering-for-eldre/> (22.02.14)

REFERANSER FRA SIDE 15

1. Haugen PK. Yngre personer med demens og deres familie. «Hjelpeapparatet er mangelfullt og tar ikke ansvar». *DEMENS* 2004; 8(3): 20-23.
2. Haugen PK. En må selv være pådriver: tilbud og mangel på tilbud til yngre personer med demens. I: Krüger RME, red. *Evige utfordringer: helsetjenester og omsorg for eldre: et festskrift til Knut Engedal på 60-års dagen*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2006: 46-62.
3. Engedal K, Haugen PK. Demens – Fakta og utfordringer: lærebok, 5. utg. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2009.
4. Luscombe G, Brodaty H & Freeth S. Younger people with dementia: Diagnostic issues, effects on carers and use of services. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1998; 13(5): 323-330.
5. Beach DL. Family care of Alzheimer victims. *American Journal of Alzheimer care related disorders*. 1994; 9(1):12-19.
6. Beattie AM, Daker-White G, Gilliard J. & Means R. Younger people in dementia care: a review of service needs, service provision and models of good practice. *Aging & Mental Health*, 2002; 6(3): 205-212.
7. SBU Dementia diseases – a systematic review. SBU's summary and conclusions Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2006. <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Demenssjukdomar>
8. Kvale S & Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2010.
9. Fog J. *Med samtalen som utgangspunkt*. København: Akademisk forlag, 1994.
10. McCormack B & WcCane T. *Person centered nursing. Theory and practice*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010.
11. Gausdal M. ONE SIZE passer ikke alle! Behov for skreddersydd tilbud til yngre personer med demens. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2012.
12. Skovdal K, Palo-Bengtsson L, Anttila S, Hojgard U, Fredriksson M, Jonsson AK & Glad J. Yngre personer med demenssjukdom och närstående till dessa personer. En kunnskapssammansettning. Institutet for utveckling av metoder i socialt arbete. No. 112-1. Stockholm: Socialstyrelsen, 2007.
13. Svanberg E, Stott J & Spector A. The impact of young onset dementia on the family: a literature review. *International Psychogeriatric* 2011; 23(3): 356-371.
14. LOV 2013 06-21-79. Lov om pasient og brukerrettigheter. [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/\(24.11.13\)](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/(24.11.13)).
15. LOV 2013 06-21-82. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. <http://www.lovdata.no/all/tl-20110624-030-001.html> (24.11.13).



Faksimile av temaside ernæring
«Deler frokoststund med
Dagmar» i D&A nr. 4-2014.

Sidsel Christensen, logoped MNL.
Sunnaas sykehus HF fra 1974 til 2006.*



Måltid til besvær?

Siste nummer av Demens og Alderspsykiatri (D&A 4-2013) bruker rikelig spalteplass til å belyse temaet ernæring: «Et løft for bedre kosthold». «Gefundenes Fressen», tenker jeg og blar med stor iver opp tre informative artikler. Blikket mitt faller på bildet av hjelpepleieren som «Deler frokoststund med Dagmar». Dagmar sitter med sine brødskeer og juiceglass. Det burde hjelpepleieren også hatt. Arbeidshansker og notatblokk burde fått hvile imens.

Spise- og svelgevansker hos eldre, et undervurdert handikap?

De siste årene har eldres ernæringssituasjon blitt satt på dagsorden, både hos sentrale helsemyndigheter og i stadig flere kommuner. Det er prisverdig at selve maten – hva den inneholder av næringsstoffer og hvordan den presenteres – har fått mye oppmerksomhet. Og jeg blir glad når jeg hører om sykehjem som tilbyr nattmat, og om hjemmeboende eldre som har noen å dele frokoststunden med.

Alle gode tiltak til tross – for meg er det likevel et tema som mangler når «Et løft for bedre kosthold» står på dagsorden. Jeg savner formidling av kunnskap om de anatomiske og fysiologiske forutsetningene for en normal spise- og svelgeprosess. For i likhet med andre kroppslige funksjoner vil også spise- og svelgefunksjonen påvirkes av aldersmessige forandringer. Hos eldre, friske mennesker er dette ikke så merkbart, men ved nevrologiske sykdommer som slag, Parkinson og demens er forekomsten av *dysfagi*, spise- og svelgevansker, til dels betydelig. Dysfagi forekommer hos opp til 50 prosent av pasienter på sykehus og sykehjem; hos personer over 85 år i enda større grad (1).

Munnhulen og svelget

Mange eldre mister egne tenner, proteser kan være vanskelige å tilpasse, og kraften i tyggemuskulaturen svikter. Nedsatt sensibilitet kan føre til at personen tar for store munnfuller og mister kontrollen, slik at mat og drikke faller ned i svelget før selve svelgerefleksens utløses. Både fast og flytende føde må omdannes til en sammenhengende enhet

– *bolus* – i munnen, før tunga driver bolus bakover og svelgerefleksens utløses. Samtidig som svelgerefleksens driver maten gjennom svelget, stenges luftveiene av, slik at fragmenter ikke trekkes ned i bronkier og lunger. Svikt i dette intrikate samspillet kan føre til *aspirasjon*, det vil si at mat og drikke går i luftveiene. Hosting – den normale, umiddelbare reaksjonen på aspirasjon – kan være svak; ja, til og med fraværende. Resultatet av gjentatte aspirasjoner kan bli kjemisk lungebetennelse. Å hjelpe en pasient som ikke er i stand til å spise selv, innebærer dermed et ekstra stort ansvar. Å dytte i seg mat – for å bruke et uttrykk fra den aktuelle reportasjen – øker aspirasjonsfaren.

Spiserøret

Når maten har passert svelget, starter transportetappen gjennom spiserøret, *øsofagus*. Under normale forhold tar denne delen av svelgeprosessen fra åtte til 20 sekunder. Men *akalasi*, som er betegnelsen for redusert evne til relaksasjon av lukkemuskelen mellom spiserøret og magesekken, fører til forstyrrelser i peristaltikken og dermed opphoping av mat i spiserøret. Gulping av slik mat, som altså ikke er syreblandet, kan feilaktig bli tolket som refluks (sure oppstøt). Akalasi kan føre til brystmerter både under og mellom måltidene og dessuten gi luftveissymptomer. Natlig aspirasjon av matrester fra øsofagus kan medføre pneumonier og lungeabscesser (2).

Dysfagi hos flere pasientgrupper

Dysfagi som følge av hjerneslag er neppe helt ukjent. Mindre kjent synes det å være at dysfagi også kan være en kom-

* Sidsel Christensen, logoped MNL. Ansatt ved Sunnaas sykehus HF fra 1974 til 2006. Har arbeidet med spise- og svelgevansker (dysfagi) hos ulike pasientgrupper: hjerneslag og andre nevrologiske sykdommer, traumatiske hodeskader, medfødte vansker (barn). Medforfatter i Hellen Stensvold og Liv Utne (red.): Dysfagi. 2. utg. Ad Notam Gyldendal, 1999.

plikasjon ved demenssykdommer. Symptomene er heller ikke helt sammenfallende. Mens en slagpasient kanskje har vansker med å holde maten innenfor leppene, sikler og så videre, kan en person med demens demonstrere god kontroll i munnsfasen. Men så kan prosessen stoppe opp i flere sekunder, pasienten blir sittende med sin kontrollerte munnfull, ute av stand til å drive den bakover mot svelget, slik at svelgereflexen kan utløses. Jeri Logeman beskriver fenomenet svelgeapraksi som «a disconnection in the neural pathways between the cortex, which controls the oral stages of swallow, and the medulla, which controls the pharyngeal stage of swallow» (3). Oversatt til norsk: «manglende kontakt i nerveforbindelsene mellom hjernebarken som kontrollerer de orale fasene av svelging, og *medulla* – nedre del av hjernestammen – som kontrollerer den faryngeale fasen av svelgingen.» Pasienten blir dermed sittende lenge med maten i munnen før svelgingen kommer i gang, selve svelgereflexen er forsinket, og faren for at deler av mat og drikke havner i luftveiene (aspirasjon), øker. Problemene har altså forskjellig karakter hos slag- og demenspasienter. Spise- og svelgevansker hos den første gruppen er ofte mer åpenbare på grunn av lamelser; og mens personer med egeninnsikt selv kan bidra med beskrivelse av vanskene, kan slik selvrapporing ikke

alltid forventes av personer med nedsatt kognitiv funksjon.

Diagnostisering av dysfagi

Videofluoroskopi, en røntgenologisk undersøkelsesmetode som viser svelgingen i bevegelse, kan – i stor detaljrikdom – vise de første fasene av spise- og svelgeprosessen. Her kan man se den *orale* fasen – pasientens evne til å bearbeide og forme bolus (matklumpen) i munnhulen, og den *faryngeale* fasen – om svelgingen er forsinket og om eventuell aspirasjon skjer. Før undersøkelsen må mat og drikke blandes med barium, for å få frem ønsket kontrastvirkning (4).

Ved mistanke om akalasi kan pasienten undersøkes med røntgen øsofagus. I langtømne tilfeller vil en kunne se en utvidet øsofagus med redusert peristaltikk, avsmalning mot lukkemuskelen og manglende kontrastpassasje til magesekken (2).

Hvordan møter omsorgspersoner de daglige utfordringene?

Uten å skulle underkjenne betydningen av objektive undersøkelsesmetoder, slik de er beskrevet over, er det likevel slik at dagliglivets utfordringer må håndteres av observante omsorgspersoner som kjenner pasienten og som har høy grad av helsefaglig kompetanse. Hun eller han må ha kunnskap om hele det spekteret av spise- og svelgevansker som kan opp-

stå ved ulike sykdomstilstander – blant annet demens – og hvordan symptomene kan forandre seg over tid.

«Det er fint at arbeidet med å heve standarden på ernæringsområdet fortsetter», sies det til slutt i reportasjen om Dagmars frokoststund. En slik standardheving vil i stor grad være avhengig av at temaet dysfagi får en bred plass i så vel grunnutdanning som etterutdanning av helsepersonell.

■ sidsel.m.christensen@gmail.com

REFERANSER

1. Ekberg O. Sväljningsfysiologi. Sväljning och den äldre individen. Malmö: Universitetssjukhuset MAS, 2011.
2. Nymo E. Akalasi i øsofagus. En gjennomgang av pasienter undersøkt og behandlet i dette århundre ved Ullevål Universitetssykehus. Masteroppgave. Oslo: Universitet, 2007.
3. Logeman JA. Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders. Texas: PRO-ED Inc., 1998.
4. Stensvold H, Utne L (red.) Dysfagi. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1999.

FAGTERMINOLOGI

Dysfagi: Spise- og svelgevansker. Omfatter hele prosessen, fra mat/drikke kommer inn i munnen og til den har passert spiserøret.

Bolus: Sammenhengende masse av mat og/eller drikke i munnen. Adekvat bolusdannelse er en forutsetning for sikker svelging.

Aspirasjon: Mat/drikke som trenger inn i luftveiene. Kan for eksempel skje ved ufullstendig bolusdannelse og/eller forsinket utløsning av svelgereflexen. Aspirasjon kan forårsake kjemisk lungebetennelse.

Øsofagus: Spiserør. Røntgen øsofagus kan være aktuell ved mistanke om akalasi.

Akalasi: Oppstår når lukkemuskelen mellom magesekken og nedre del av spiserøret ikke slapper av. Mat blir stående i spiserøret, og peristaltikken – de fremoverdrivende bevegelsene i spiserøret – forstyrres. Matrester fra øsofagus kan aspireres til lungene og medføre alvorlige luftveisproblemer.

Svelgeapraksi: Problemer med å sette i gang svelging, selv om de motoriske forutsetningene er til stede.

Videofluoroskopi: Røntgenologisk undersøkelse av spise-/svelgeprosessen. Pasienten får ulike typer mat og drikke, blandet med barium. Undersøkelsen viser hvordan pasienten bearbeider ulike konsistenser i munnen – den orale fasen, og hvor effektivt selve svelgingen (faryngealfasen) – er.

Bente Wallander (tekst og foto)

Leon Jarners forskningspris 2013

– Prisverdig prosjekt, til stor praktisk nytte

Leon Jarners forskningspris for 2013 ble tildelt sykepleier, forsker og nytnevnt PhD, Anne Marie Mork Rokstad.

Juryen hadde i 2013 vurdert fem søknader. Alle var knyttet til doktorgradsprosjekter og tre søkere hadde allerede disputert. Alle prosjektene beskrev, ifølge juryen, aktuelle problemstillinger, hadde god design og hadde kommet opp med resultater med stor relevans for praksisfeltet.

– Alle prosjektene er uten tvil prisverdige. Gitt andre omstendigheter og konstellasjoner kunne faktisk alle endt opp med prisen. Men juryer må velge, og vinneren ble i år Anne Marie Mork Rokstad, med doktorgradsprosjektet *Person-centred care to prevent and treat neuropsychiatric symptoms and enhance quality of life in nursing home patients*

– *the role of leadership and the use of Dementia Care Mapping*, fortalte Leon Jarners nevø, prisutdeler Harry-Sam Selikowitz.

– Nå kan jeg kalle meg forsker, men i hjertet er jeg kliniker – og derfor er det viktig for meg at det arbeidet jeg gjør har relevans for dere som driver i klinisk praksis – og at det kommer personer med demens til gode, sa Anne Marie Mork Rokstad, før hun innledet sitt prisforedrag under Demensdagene.

Nyttige metoder

Anne Marie Mork Rokstad har i sitt doktorgradsarbeid rettet oppmerksomheten mot hvordan vi kan forstå og behandle nevropsykiatriske symptomer hos personer med demens i sykehjem. Et overordnet mål har vært å studere implementering av personsentrert omsorg (PSO), samt hvilken effekt PSO har på blant annet agitasjon, psykotiske symptomer, depresjon og livskvalitet hos pasientene. Undersøkt er også jobbmestring og -tilfredshet hos personalet, samt leders rolle ved innføring av PSO i sykehjem.

Arbeidet munnet ut i tre artikler: En metodestudie, med evaluering av reliabilitet i den norske versjonen av kartleggingsverktøyet Person-Centred Care Assessment Toll (P-CAT), en kvalitativ studie av ledes betydning ved innføring av PSO og én der det ble benyttet et randomisert kontrollert (RCT) design for å undersøke effekten av å bruke Dementia Care Mapping (DCM) som metode for å utvikle PSO sammenlignet med generell demensopplæring. Den siste ble av juryen karakterisert som «på alle måter meget stor og krevende, både i forhold til design, arbeidsmengde og analyse».



NÆRT PRAKSIS: – *Nå kan jeg kalle meg forsker, men i hjertet er jeg kliniker. For meg er det viktig at det jeg gjør som forsker har relevans for klinisk praksis – og at det kommer personer med demens til gode, sa Anne Marie Mork Rokstad etter å ha mottatt Leon Jarners forskningspris av Harry-Sam Selikowitz.*

– Studien bidrar etter juryens mening med viktig kunnskap om personsentrert omsorg (PSO), som viste bedre effekt enn generell demensopplæring på flere utfallsmål. Dette indikerer at metodene som er brukt kan være nyttige både for pasienter og personale på sykehjem. Funnene kan ha stor praktisk nytte, da dette er relativt enkle metoder som lett burde kunne implementeres i de fleste sykehjem, sa Harry-Sam Selikowitz.

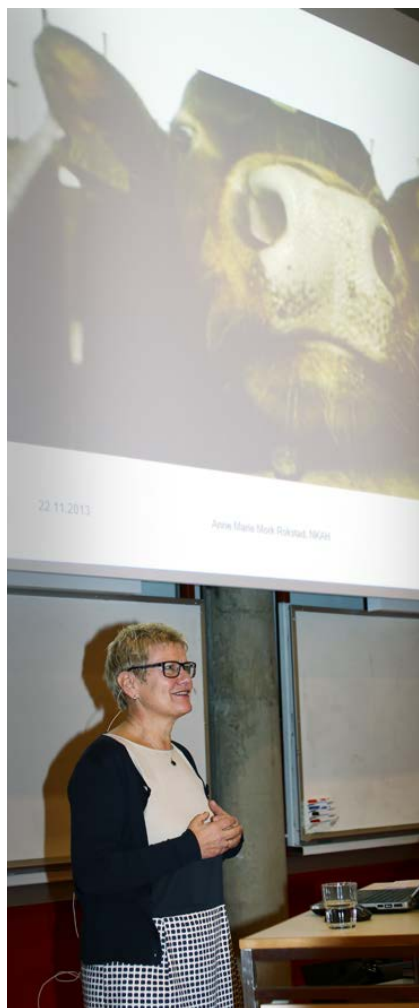
Tilbake til start

Anne Marie Mork Rokstad ga i sin prøveforelesning¹ den 22. november 2013 tilhørerne et innblikk i bakgrunnen for sitt sterke faglige engasjement for personer med demens.

– For cirka 35 år siden var jeg 18 år og ferievikar på hjembygdas aldershjem – en to-etasjes trebygning med en meget steil trapp mellom etasjene. De ansatte pleierne var husmødre og styreren hadde noen måneders samarittkurs som faglig ballast. Distriktslegen var innom i ny og ne. Hit kom Ragnar, en høyreist, fysisk sprek bonde med demenssykdom, eller åreforkalkning, som vi kalte det den gang. Ragnar var ikke helt enkel å ha med å gjøre. Hver ettermiddag ville han hjem for å se etter kyrne sine, og han la da på sprang over markene med personalet etter seg. Å låse ytterdøren ble ingen suksess, så man prøvde å gi ham beroligende medisin. Først litt, så mer, det skulle mye til for å slå ut en slik kar. Han fikk sovemidler også, vi knuste tablettene og ga ham medisiner i syltetøyet. Likevel kom han seg opp av senga på ustøe ben, falt i den steile trappa og brakk lårhalsen. Det påfølgende sengeleiet, med enda større medisindoser, førte til lungebetennelse. Ragnar døde innen seks måneder etter at han kom til institusjonen. Jeg tenkte da, og jeg tenker fortsatt: Skal det virkelig være slik?

Historien først

Etter å ha utdannet seg til sykepleier, arbeidet Anne Marie Mork Rokstad ved alderspsykiatrisk avdeling, Molde sykehus, i 25 år.



DISPUTAS: Anne Marie Mork Rokstad disputerte den 22. november 2013. Her formidlet hun også bakgrunnen for sitt sterke engasjement.

– Her var jeg innom ulike roller; Som sykepleier, avdelingssykepleier, prosjektleder og oversykepleier, før jeg i 2001 endte opp som leder for hele avdelingen. Jeg jobbet både poliklinisk og på sengepost. Det var først da jeg fikk tilbudet om å begynne å jobbe ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (før Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse) at jeg brøt opp. Som leder for Aldring og helses demensenhet jobbet jeg blant annet med utviklingsprogram knyttet til Demensplan 2015 i to år, før det ble forskning på heltid for meg, som stipendiat samme sted.

– Med alt du selv har tilegnet deg av kunnskap og erfaring: Hvordan ville du ha møtt denne mannen i dag?

– Jeg ville prøvd å bli bedre kjent med Ragnar som person og hans historie. Ut fra det jeg da fikk vite, ville jeg prøve å finne bakgrunnen for atferden hans. Og

så ville jeg ha sørget for at han kom ut og fikk beveget seg. Ragnar burde gått gode turer, fått fysisk aktivitet og frisk luft. Han var jo så vital. Dernest ville jeg ha kommet inn på det som var hans reelle situasjon: Han hadde demens og nå var han på aldershjemmet. Jeg ville også ha bekreftet Ragnar på hans engstelse for dyrene han var så glad i. Ved å møte ham på det han syntes var viktig, kunne vi ha fått en god og ærlig samtale. Mye dysses ned fordi man er så redd for å gjøre pasientene urolige. Men det at ingen vil snakke om temaer som er vonde og vanskelige, skaper enda mere uro. Vi skulle tatt tak i historien til Ragnar og bekreftet ham på det som var viktig for ham.

Nytt perspektiv

– Svaret du og de fleste gir i dag, kalles personsentrert omsorg. Hva er det som skiller dette fra det man tidligere kalte helhetlig omsorg?

– PSO innebærer ikke noe revolusjonerende nytt, teoriene har vært der. Men som jeg har opplevd i alle de årene jeg har jobbet, så har det ikke alltid vært tenkt slik. Personer med demens har ikke vært verdsatt i tilstrekkelig grad, de har liksom blitt avskrevet. Det var først sent på 90-tallet at mange av oss, meg selv inkludert, fikk flere aha-opplevelser av å lese Tom Kitwood. Det var han som løftet frem denne pasientgruppens grunnleggende behov for oss.

Mens Anne Marie Mork Rokstad arbeidet ved Alderspsykiatrisk avdeling i Molde, startet hun og psykologspesialist Kjersti Wogn-Henriksen samtalegrupper for folk med demens.

– Jeg lærte veldig mye av å delta i disse gruppene. Det samme gjorde jeg av Kjerstis forskning². Hennes første store undersøkelse «Siden blir det vel verre» kom inn og bekreftet noe av det samme. Jeg tok dette med meg; *Hva slags konsekvenser får det for de som skal gi hjelp – å tolke atferd som kommunikasjon?* For meg har det alltid vært viktig å ta denne forståelsen med i forhold til å dyktiggjøre personalet.

¹) Temaet for prøveforelesningen var *Atferdsforandringer ved demenssykdom – effekt og betydning av ikke-farmakologiske intervensjoner på individ- og organisasjonsnivå*.

²) Les mer om Kjersti Wogn-Henriksens forskning i D&A 4-12: «Demens sett fra insiden – Disputas, Kjersti Wogn-Henriksen»

Opp- og nedadvendte ledere

– En del av forskningen din har dreid seg om ledere og deres rolle i arbeidet med å bedre omsorgen for personer med demens? Hva tenker du om dette i dag?

– Jeg vil først si at jeg har veldig stor respekt for den skvisen lederne står i. Mange har, kanskje av den grunn, fokus på kravene ovenfra. Tiden går med til å løse administrative oppgaver. Men hvis de skal få til noe på dette området, må de ha fokus på de ansatte. De som lyktes best var de som var bevisste på selv å være modeller og gi klar faglig retning, som hadde tydelige og gode visjoner for arbeidet og holdt disse idealene i hevd. Personalet ved disse sykehjemmene var ikke i tvil om hva som var forventet av dem. De var stolte og følte seg oppmuntret i arbeidet. At holdninger er viktige, opplevde vi særlig ved et sykehjem som virkelig lyktes. Da jeg spurte om de ikke som mange andre opplever å ha liten tid, var svaret som følger: «Det har ikke vi lov til å si. Vi har den tida vi har – og den må vi bruke.» Lederne bør heller ikke dynde de ansatte ned med problemer og behov for økonomiske innsparinger, da mister folk lett arbeidsgleden. De må få lov til å fokusere på sine oppgaver.

Er optimist

Anne Marie Mork Rokstad arbeider i dag som postdoc ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Her er hun for tiden opptatt av å studere effekten og kostnadene ved tilrettelegging av dagtilbud for personer med demens.

– Vi vil vite mer om effekten for tilbudets brukere og deres pårørende, og ser på samfunnskostnadene i forhold til om dagtilbud utsetter behov for sykehjemsplass og om det har innvirkning på behovet for andre typer tjenester.

– Hva tenker du om utviklingen i norsk demensomsorg?

– Jeg er optimistisk og mener at det går an å gjøre en forskjell. Hver dag kan personalet – i hvert eneste møte med den de har omsorg for – gjøre en forskjell! De kan aktivt velge å gjøre en positiv forskjell eller havne i situasjoner der deres handlinger virker negativt. Men jeg velger å fokusere på det positive og de mulighetene som ligger der!

Bente Wallander (tekst og foto)

Demensdagene 2013

Fra kunnskap til handling



HOLDNINGER: Den ferske helse- og omsorgsministeren Bent Høie (H) sto for åpningen av Demensdagene 2013. Her sammen med avtroppende fag- og forskningsleder Knut Engedal, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Helse- og omsorgsminister Bent Høie fokuserte på regjeringens mål om økt åpenhet og kunnskap om demens da han åpnet Demensdagene 2013.

– Min oppfordring er at vi alle må våge å snakke om demens. Økt åpenhet gjør det lettere å leve med demens, både for brukere og deres pårørende. Min andre oppfordring er å oppsøke fastlegen med en gang man får mistanke om demenssykdom. Tidlig utredning og diagnostisering er viktig for å gi riktig hjelp, sa helse- og omsorgsminister Bent Høie.

Uverdigg behandling

Mottoet for Demensdagene 2013 var Fra kunnskap til handling. Ny kunnskap fra en rekke områder dominerte både felles-

samlinger og workshops. I plenumsesjonen første dag hentet professor Brendan McCormack fra Ulster University i Nord-Irland likevel frem sosialpsykolog Tom Kitwoods arbeid fra 90-tallet som innledning til sitt foredrag om personsentrert omsorg og kultur.

– Kitwood forandret vår tankegang om demensomsorg. Det er utrolig hvor langt vi har kommet i løpet av de 25 årene siden hans død. Personsentrert omsorg fremstår likevel som noe ganske nytt, også her i Norge, og personer med demens risikerer fortsatt å bli behandlet



STIMULERER: – *Utdanning, arbeid, familie og fysisk aktivitet er faktorer som synes å påvirke hjernens aldring på en positiv måte, sa professor Lars Nyberg, Umeå Center for Functional Brain Imaging, Universitetet i Umeå.*

på måter som ikke er mennesker verdig, mente han.

Likeverdighet

Persontentrert omsorg baserer seg på likeverdprinsippet. En person med demens skal behandles som et likeverdig menneske, og ha de samme rettigheter som andre.

– Hvordan vi betrakter andre mennesker er avgjørende for hvordan vi møter personer med demens. Fra mitt ståsted virker det som om man, fremskrittene til tross, fortsatt beskjeftiger seg mest med den fysiske omsorgen, og ikke personens velbefinnende.

McCormack dvelte så ved begrepet utfordrende atferd.

– Den er jo ikke alltid utfordrende for den det gjelder. En studie av seks vandrere viste for eksempel at de alle hadde klare mål, tanker og ideer om hvorfor de gikk. Det er for oss, eller i møtet med samfunnet, at slik atferd kan bli en utfordring. Hvis vi virkelig skal bli persontentrert må vi være villig til å tenke mye videre og dypere enn vi hittil har gjort.

– Jeg er også glad for at jeg fikk en foredragstittel med fokus på omsorgskultur. Det er det vi må fokusere på nå: Hva vi må gjøre hvert minutt, hver time og hver dag, for å yte persontentrert omsorg, avsluttet han.



LIKEVERDIGHET: – *Vi har kommet langt, men fortsatt risikerer personer med demens å bli behandlet på en uverdig måte, sa professor Brendan McCormack, leder for Person-centred Practice Research Centre, Ulster University, Nord-Irland.*



AKTIVITET SOM MEDISIN: – *Fysisk aktivitet er en underbenyttet ressurs i medisinsk behandling av eldre, sa professor i geriatri, Anette Hylen Ranhoff, Universitetet i Bergen; Kavlis forskningssenter.*



LÆRER PÅ NY: – *Ved å stimulere flere sanser samtidig kan personer med semantisk demens gjeninnlære ord de har glemt, sa nevropsykolog Laila Øksnebjerg (bak t.h.) fra Nationalt Videncenter for Demens, København.*

VINN-VINN-SITUASJON:
 – Tiltakspakke demens gir oss
 bedre oversikt over tilstanden og
 behovene til hjemmeboende
 personer med demens, fastslår
 lederen av Grimstad kommunes
 demensteam, Birgitte Nærdal.



Bente Wallander (tekst og foto)

Tiltakspakke demens

Kunnskap og observasjoner satt i system

Grimstad kommune vekker oppsikt med sin Tiltakspakke demens. Demensteamets systematiske bruk av eksisterende rutiner, sikrer en strukturert oppfølging av hjemmeboende personer med demens.

Lederen av demensteamet i Grimstad kommune, Birgitte Nærdal, smiler bredt når hun skal beskrive kommunens tiltakspakke.

–Hjemmesykepleien utførte allerede mange av tiltakene, men *Tiltakspakke demens* bidrar til å organisere, strukturere og kvalitetssikre oppfølgingen av hjemmeboende eldre med demenssykdom, forteller hun.

Da Samhandlingsreformen kom, så Grimstad kommune behovet for å sikre en tettere oppfølging av hjemmeboende pasienter med demens.

– Pasientene fikk da som nå tjenester etter vedtak fra Bestillerenheten. Men hvordan skulle vi i tide oppdage at pasientenes behov endret seg? Hvordan skulle vi sikre at pasientene fikk en for- svarlig oppfølging?

Birgitte Nærdal beskriver seg selv som praktiker, med et blikk for systematikk. Det var hun som fant løsningen.

– Svaret ble å systematisere eksisterende rutiner.

Noe alle kan

Hjemmetjenesten i Grimstad kommune er fordelt på fire tjenesteområder. Områder med base på hvert av sykehjemmene Fevikun og Frivolltun og ett ved hver av de to omsorgsboligsentrene, Berge Gård og Grom. Det tilbys dagaktiviteter ved begge institusjonene, Berge Gård og på Grom

Ansatte i hjemmetjenesten har alltid observert pasientene de besøker, men inntil Birgitte Nærdal etablerte et system for dette, var det ingen selvfølge at observasjonene ble registrert og fulgt opp.

– Vi opplevde gang på gang at pasienter ble innlagt sykehus på grunn av underernæring, dehydrering og infeksjoner. Nå gjøres observasjonene etter en fast liste og de ansatte har lært seg å se etter tegn og symptomer som forteller om endring i pasientens tilstand. Jeg pleier å oppfordre dem til å bruke alle sansene sine for å løse denne oppgaven. «Hva ser du?», «Hva hører du?» og, ikke minst; «Hva lukter du?», sier hun.

Vinn-vinn-situasjon

Tiltakspakke demens er administrativt forankret i Grimstad kommune og tilbys aktuelle pasienter med demenssykdom.

Bestillerenheten fatter vedtak og tildeleger *Tiltakspakke demens* etter søknad om denne tjenesten. Det innvilges vedtak på én times besøk per pasient hver måned, til å gjøre observasjonene. Personalet i hjemmetjenesten som har gjennomgått Demensomsorgens ABC er primærkontakt, og har den månedlige oppfølgingen av *Tiltakspakke demens*.

– Fagleder av det enkelte området i hjemmetjenesten i Grimstad kommune har organisert disse oppfølgingsbesøkene i turnus; med fokus på *Tiltakspakke demens* første uke i hver måned.

Det gir primærkontaktene anledning til å ta oppfølgingsbesøket når vedkommende er på jobb, fortsetter Birgitte Nærdal.

Til spørsmålene som de ansatte besvarer hører «Hva måtte hun ha hjelp til forrige gang?» og «Hva må hun ha hjelp til nå?».

– Vi kontrollerer blant annet vekten, vurderer hjelp til ernæring, medikamenthåndtering og så videre. Rutinene gjør oss flinkere til å registrere endring. Når kunnskap om demens knyttes opp mot tiltakspakken, vet vi til enhver tid hvordan hver pasient har det, og vi blir i stand til å sette inn riktig og rask behandling til rett tid. Målet har blant annet vært å forebygge forvirring og delirium. Vi vet at en sykehusinnleggelse medfører store kostnader, både på det personlige og det økonomiske plan; for pasienten selv, for deres familier og for samfunnet. Ved å fylle på med nye tiltak etter hvert som behovene øker, utsetter vi også sykehjemsinnleggelse. Jo bedre vi klarer å følge opp pasientene i sitt vannte miljø, jo tryggere er det for dem å

bli boende hjemme lengst mulig, fastslår demensteamlederen.

Prioriterer ABC-deltakere

17 000 ansatte i helse- og omsorgstjenesten er i dag registrert som deltakere på kurs i Eldreomsorgens eller Demensomsorgens ABC.

– Det finnes dermed utrolig mye kunnskap der ute, men jeg er litt bekymret for at den bare skal bli liggende i en perm. Hos oss blir derfor de som har Demensomsorgens ABC prioritert til oppgaven med å følge opp pasientene som har *Tiltakspakke demens*. Demens-teamets medlemmer følger igjen opp disse ressurspersonene, forteller Birgitte Nærdal.

Nærdal gjør selv hjemmebesøk. Hun foretar også utredningene av personer med mulig demenssykdom og foreslår tiltak.

– Det tok oss et par år før vi hadde omsatt teoriene til praksis, men per i dag har vi 25-30 personer som har *Tiltakspakke demens*. Systemet har blitt godt mottatt, også av de ansatte. Jeg hørte nettopp en av pleierne si ute på gangen: «Denne tiltakspakken er egentlig ganske gøy. Nå får vi jo tid til å være hos pasienten.» Ja, vi blir faktisk litt bedre kjent med pasientene, om det så bare dreier seg om én times ekstra innsats hver måned. Det er det verdt! Etter et oppfølgingsbesøk, skriver pleier en grundig rapport i tiltaksplanen i vårt journalsystem.



GOD KONTAKT: *Tiltakspakken innebærer også systematisk kontakt med de pårørende. – Informasjonsutveksling er viktig, sier pårørende Arnhild Føreid.*



FORNØYD MOTTAKER: *90 år gamle Gunvor Henningsen har demens. Med fire daglige hjemmetjenestebesøk og dagaktivitetstilbud tre ganger i uka, kan hun fortsatt bo hjemme på gården.*

Økt trygghet for pårørende

Gunvor Henningsen (90) er en av mottakerne av *Tiltakspakke demens*. Hun er også en av mange deltakere på dagaktivitetstilbudet ved Fevikun bo- og omsorgssenter. Hun sier selv at hun «tuster» litt. Etter å ha jobbet hjemme på gården i mange år er hun glad for å kunne reise til «skolen» tre ganger i uka, der hun er svært glad for å kunne «arbeide».

Gunvor får for tiden fire hjemmebesøk daglig, noe som medfører at datteren, Arnhild Føreid, opplever situasjonen som rimelig trygg.

– Det følger fortsatt mye ekstra med ved dette å ha en mor med demens boende hjemme på gården, men med den omsorgen min mor får fra hjemmetjenesten, går det likevel greit, sier hun.

Som pårørende til en hjemmeboende person med demens kan Arnhilds dager bli slitsomme.

– Mor kan være svært intens, og hun krever mye av oss i familien. Noen ganger opplever jeg det som om jeg må være til stede for henne 24 timer i døgnet. Samtidig er hun fortsatt til stede i livet sitt på så mange områder. Hun klarer for eksempel å bruke vaske-maskinen og henger opp klærne sine til tørk. Det er fint at hun kan få være hjemme så lenge som mulig, synes hun.



DET NYTTER: – Kunnskapsrike ansatte kan bidra til bedre hverdager for personer med demens, mener ordfører Tage Pettersen og butikkmedarbeider Berit Sundet. Beviset på at de ansatte har gått på demenskurs er festet på vinduet.



Bente Wallander (tekst og foto)

Moss

– en demensvennlig kommune

Med ordfører Tage Pettersen (H) i spissen har Moss tatt mål av seg til å bli Norges første og mest demensvennlige kommune.

Bygningen der Tage Pettersen har valgt å motta D&A er også historisk.

– Det var her, i Moss Jernverks hovedbygning, at fredsavtalen mellom Norge og Sverige ble undertegnet den 14. august i 1814. At overenskomsten, senere kalt Mossekonvensjonen, ble til her, gjør dette til en av våre viktigste bygninger, både nasjonalt og lokalt, fastslår ordføreren.

Begynte med TV-aksjonen

Under TV-aksjonen i 2013, da Nasjonalforeningen for folkehelsen samlet midler til formål for personer med demens, ble Moss kommune, ved Tage Pettersen, invitert med på tur av NRK.

– Ideen med turen var å sammenlikne en norsk by med skotske Motherwell, som er en foregangskommune når det gjelder demensvennlige samfunn. Jeg svarte selvfølgelig ja. Gjennom den reisen, og alt som har skjedd siden, ble jeg både inspirert og engasjert i alt som kan gjøre Moss til en demensvennlig kommune. De første skrittene er allerede tatt, først og fremst utenfor det offentlige tjenesteapparat. Dersom vi i fellesskap kan tilrettelegge samfunnet slik at

folk kan trives og klare seg hjemme litt lenger før de blir avhengig av det offentlige tjenestetilbudet, har vi oppnådd mye, sier han.

Fysiske grep først

– Det første, og mest synlige grepet, er allerede på plass, kan Pettersen fortelle.

– Vi har i samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen gitt de ansatte ved ett av byens store handelssteder, Amfisenteret, faglig påfyll. De har fått informasjon om hvilke utfordringer det kan innebære for folk å få en demensdiagnose. Målet har vært å gjøre personalet i butikkene tryggere. De skal vite hva de kan bidra med for å gjøre handleprosessen til en positiv opplevelse for

personer med demens. Vi kjørte det første kurset i november. 25 forretninger deltok med cirka 40 ansatte, og butikkene som deltok fikk utdelt synlige bevis på sin nyvunne kompetanse like før julehandelen tok til. Det neste kurset gikk av stabelen i februar.

Fotball som dagaktivitet

Industribyen Moss har mye til felles med Motherwell. Byene har en sterk industriarv, ligger vel seks mil fra hver sin hovedstad og har begge drøyt tretti tusen innbyggere. I begge byene finner man også mange sterkt fotballinteresserte innbyggere. I Motherwell så Tage Pettersen hvordan man kunne utnytte dette positivt. Målet er å få etablert et fast dagaktivitetstilbud for menn med demens i samarbeid med frivillige fra idrettslagene Sprint/Jeløy og Moss Fotballklubb.

– Fotballinteressen er stor hos mange menn, så også hos menn med demens. Vi har derfor oppfordret klubbene til å starte en egen fotballkafé for personer med demens. Begge klubbene har aktive seniorgrupper, så samarbeidet var ikke vanskelig å få til. I første omgang satser de på treff hver 14. dag, for å sjekke interessen. Blir oppslutningen god regner jeg med at tilbudet blir permanent.

På Fotballkaféens program står blant annet Quiz-er og mimring om «gode, gamle dager».

– Jeg ble kjempeimponert av det engasjementet jeg kunne observere hos de deltakende herrer da jeg besøkte liknende tiltak i Skottland. Dette er et godt tilbud for mange menn, mener Pettersen.

Samarbeid med brannvesenet

Som tredje punkt på programmet nevner Tage Pettersen ideen om nok et samarbeid:

– Brannvesenet gjennomfører allerede hjemmebesøk for å kontrollere ildstedene i folks hjem. Jeg skulle ønske at de også kunne påta seg oppgaver som å lære eldre hjemmeboende hvordan de, ved noen enkle forholdsregler og rutiner, kan forhindre brann og øke sannsynligheten for selv å komme seg ut i tide, dersom det likevel skulle begynne å brenne. I Motherwell orientere brannmannskapene blant annet om hjelpemidler, for eksempel tidsbrytere til koke-

plater som kan bidra til økt sikkerhet. Under disse besøkene hentet brannvesenet også informasjon som kan være nyttig å ha ved senere anledninger. Der som en beboer hadde demens, visste brannvesenet det allerede når alarmen gikk. Det anså de som en stor fordel.



GODE RÅD: Forretninger i Moss lærer hvordan de skal møte kunder med demens.

Mange kunder med demens

Første del av opplæringen av ansatte ved Amfi kjøpesenter ble gjennomført før jul.

– Vi ble oss fortalt at mange hjemmeboende personer med demens tilbringer mye tid på byens kjøpesentre, forteller Tage Pettersen.

40 ansatte fra 25 forretninger deltok på kurset som Moss kommune arrangerte i samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen. Mange historier ble fortalt, om episoder som man først i etterpåklokskapens lys forsto at dreide seg om personer med demens. Tragiske tilfeller av nasking ble nevnt. I en forretning hadde man også opplevd et dilemma da en av deres kjente kunder kom for å kjøpe kostbare smykker til sin avdøde kone.

– Målet med kurset var å gi de ansatte større kunnskaper, slik at de kan behandle kunder med demens på en enda bedre måte i fremtiden, sier Pettersen.

HISTORISK: Tage Pettersen, her avbildet med en av aktørene bak fredsavtalen mellom Norge og Sverige, kong Christian Fredrik, i bakgrunnen.



Ordføreren håper at det de gjør i Moss nå vil bidra til økt fokus på demens, også i andre norske kommuner.

– Jeg har allerede deltatt på et frokostseminar i regi av KS og Nasjonalforeningen for folkehelsen. Jeg har også fått spørsmål om å presentere tiltakene i andre fylker. Det er fint, for da får vi også flere faglig oppdaterte sparringspartnere, sier Pettersen.

Mer bevisst

Berit Sundet var en av deltakerne på kurset som ble holdt før jul. Hun har arbeidet i kjøpesenteret i 26 år, hvorav de siste 12 som butikkmedarbeider i gullsmedbutikken Safir.

– Min mor har også utviklet demens, så jeg visste en del om sykdommen fra før, men kurset var likevel svært nyttig, sier hun.

Den erfarne butikkmedarbeideren er i dag mer bevisst på dilemmaene som kan oppstå når det kommer en kunde med demens.

– Vi ser at de går rundt og lur. «Hva skulle jeg her?», lurar de kanskje på. Vanligvis dreier jobben vår seg om å selge, men når det kommer en kunde med demens kan det riktige være å dempe dennes kjøpelyst. Det må gjøres med stor varsomhet, så vi ikke støter noen. Vi har jo ikke lov til å spørre kundene våre om de egentlig har råd til å kjøpe den eller den varen, sier Berit.



SOSIALT: Ketil Thu (t.h.) fra Engøyholmen kystkultursenter i prat med Chester Danielsen. Chester storkoste seg på Natvigs Minde.

Guro Waksvik (tekst og foto)

Sanser og gjenkjenner på Natvigs Minde

På øya Natvigs Minde midt i Stavangers havnebasseng får de besøkende fra Blidensol sykehjem være med på mange aktiviteter. Birgit får prøve seg med kjevlet, Henry går straks i gang med å lage pålestikk mens Harald tester stintesnøret.

Hundvaag 1 med skipper Torstein Randa legger til kai. Ansatte, beboere og deres pårørende fra Blidensol sykehjem går i land. Inne i sjøhuset til Engøyholmen kystkultursenter dufter det godt av fersk fisk, fennikel og nystekte flatbrød. Kokken er godt i gang med å dagens fiskesuppe, de besøkende skal få være med på å kjevle ut flatbrøddeigen. Birgit bretter opp ermene og går i straks i gang. Dette har hun gjort før.

– Det er viktig med sanseopplevelser. Jeg har tro på at det en har lært som ung, ikke er så vanskelig å ta opp igjen som gammel. Minnene sitter i hendene og kroppen, og kommer automatisk tilbake når de får en hammer, en hekksaks, et fiskesnøre eller en kjevle i hendene, sier fysioterapeut Jos Otten på Blidensol.

Med litt assistanse går Henry i gang med å fiske fra brygga med stintesnøre. Henry har vært til sjøs i mange år, og kan det meste om fiske og båtliv.

– Å for en herlig dag! utbryter han.

Harald vil også prøve seg med stintesnøret, og får god hjelp av Turid Torsnes.

Opplever øyeblikket

– Fysiske aktiviteter, gjerne utendørs, kan vi gjøre mye mer av. Spesielt for menn er det en utfordring å finne på noe som passer. Mange menn er vant til sjø og båtliv, sier Jos Otten.

Hans erfaring er at Natvigs Minde er godt egnet for målgruppen. Det maritime miljøet, atmosfæren, den gode maten og de ulike aktivitetene virker positivt på de besøkende: – Jeg synes det er stort å se



KAN KUNSTEN: Birgit Næss trenger ingen hjelp. Hun går straks i gang med å kjevle ut flatbrød.

BAKER: Henry Pedersen vil gjerne prøve seg på flatbrødbaking, og får assistanse fra Inger Ellingsen fra Blidensol. Ketil Thu fra Engøyholmen kystkultursenter demonstrerer hvordan det skal gjøres.



GODT KJENT: Fysioterapeut Jos Otten i samtale med Henny og ektemannen Leif Husebø. Leif besøker Henny daglig, og er gjerne med når beboerne på Blidensol drar på ekskursjon.



TESTER SNØRET: Harald Andersland prøver seg med et stintesnøre (til å fange fisken Sypike), og får hjelp av Turid Torsnes fra Blidensol.

motivasjonen hos noen av pasientene. De blir utfordret, og går ivrig i gang aktivitetene. Jeg ble i dag imponert av flere som strevde seg opp opp trappen for å kunne delta.

Med buss, båt, mat og aktiviteter varte utflukten fra Blidensol til Natvigs Minde i fem timer. De aller fleste av deltakerne var svært trette etterpå.

– Det var en positiv tretthet. Flere hadde til og med fått gangsperr. Nattevaktene fortalte at det ble en rolig natt. Dagen etterpå husket ingen at de hadde vært på tur. Det er øyeblikket som teller, slår Jos Otten fast.

Nå satser han på å få til et opplegg på Natvigs Minde to ganger i året.

– Med de erfaringer vi har gjort oss kan vi tilrettelegge aktivitetene enda

bedre neste gang. Jeg håper også at det vil være en heis på plass. Da vil flere kunne delta på turen.

Nytt satsingsområde

– Besøk av personer med demens er et nytt satsningsområde for oss. Vi er glade for å få et samarbeid med Blidensol, sier daglig leder Ketil Thu på Engøyholmen kystkultursenter.

På kystkultursenteret får barn og unge voksne som trenger det, ekstra arbeidstrening med restaurering av båter og hus. Senteret disponerer også to av bygningene på Natvigs Minde, og legger til rette for aktiviteter i et maritimt og særegent miljø.

– Miljøet i sjøhuset på Natvigs Minde innbyr til gode opplevelser for de eldste,

samtidig som de unge finner nye utfordringer og utviklingsmuligheter. Alle vi som bidrar når Blidensol kommer på besøk har en opplevelse av å være til nytte. Vi føler at vi betyr noe for andre. Det er fascinerende å se hvordan det vi jobber med til daglig blir beundret og forstått, og at det vekkes minner hos dem som har lite minne igjen. Engøyholmen kystkultursenter vil definitivt satse sterkere på denne målgruppen.

Thu bekrefter at heis mellom etasjene er bestilt.

– Vi er i full gang med å planlegge montering av heisen, og å finne sponsorer til nødvendige hjelpemidler. Dette vil gå i orden, lover han.

Bente Wallander (tekst og foto)

Dager med demens – berettet innenfra



Kari Bruun Wyller og Torgeir Bruun Wyller.

Thomas Chr. Wyller hadde publisert utallige artikler og bøker da han 86 år gammel påbegynte sitt siste prosjekt: En dements dagbok. Wyller ville formidle sin innsikt fra et liv med demens.

Statsviter Thomas Chr. Wyller døde i april 2012, 89 år gammel. Da han tre år tidligere fikk diagnosen Alzheimers sykdom, begynte han å skrive dagbok.

– Min far hadde en klar intensjon med sine notater; De skulle utgis i en bok, forteller sønnen Torgeir Bruun Wyller, som er professor i geriatri. Sammen med sin mor hjalp han faren med å redigere dagboknotatene.

– Det kan jo være interessant for flere å lese hans refleksjoner rundt et liv med demens – for andre som får en demensdiagnose, for deres pårørende og for ansatte i helsevesenet. «Ikke alle i min situasjon kan eller har muligheter til å skrive en bok», tenkte han. Og det er vel sant. Det finnes få tilsvarende skildringer.

Beholdt språkevnen

I ettertid mener Thomas Chr. Wyllers enke Kari Bruun Wyller, som er biolog og leder for foreningen *Eldreaksjonen*, at ektemannen viste de første symptomene på demens allerede et par år før han fikk diagnosen.

– Thomas rakk likevel aldri å bli svært syk av Alzheimers sykdom. Han fikk i tillegg kreft, og det var dét han døde av, forteller hun.

Familiens erfaringer er en påminnelse om hvor ulikt demenssykdommene kan arte seg fra menneske til menneske.

– Min far beholdt for eksempel sin gode språkevne nærmest til det siste. Han kunne også glimtvis huske forbløffende godt, selv når det gjaldt nåtid, sier Torgeir.

Klare øyeblikk

– En episode fra julen 2011, et drøyt år før han døde, forteller sitt om dette, fortsetter Kari: – Vi var invitert til et årvisst rakfisklag, men da vi kom dit kjente ikke Thomas seg igjen. Han sa også «Her har jeg aldri vært!» – enda han hadde vært der mange ganger før. Det gikk likevel ikke så mange minuttene før han blomstret opp, slik han pleide i sosiale sammenhenger. Han hadde også, som så ofte før, fått vertinnen til bords. En av de andre gjestene, som visste hvordan det var å være med ham, spurte meg om han kanskje skulle overta oppgaven med å takke for maten. Jeg ba ham vente litt. Få minutter senere reiste Thomas seg opp, som om han plutselig husket alt. Deretter holdt han en flott Takk for maten-tale. Han hadde til og med plukket med seg poeng fra vertinnens velkomstord.

Bevarte funksjoner i bruk

Thomas Wyller skrev i dagboken sin helt til en drøy måned før han døde.

– Vi deler en generasjonsbolig med våre to sønner og deres familier og det var takket være dette at Thomas fikk

fullført sitt bokprosjekt. For selv om skrivingen gikk greit, måtte han ofte ha hjelp til å slå maskinen av og på og lagre dokumenter, husker Kari.

Hun understreker samtidig hvor viktig skrivingen var for ektemannen.

– For å få en diagnose er det essensielt å kunne beskrive hva pasienten har mistet. Det er nok årsaken til at helsevesenet blir så opptatt av pasientenes problemer og tapte funksjoner. Men etter min mening burde man heller fokusere på funksjoner som er bevart. At Thomas hadde språket, og fikk anledning til å bruke det, hadde så mye å si for hans liv hele veien. Det var godt for ham å skrive, det ble en måte å bearbeide de daglige opplevelsene på. Andre med demens kan ha helt andre områder som er godt bevart – det gjelder å finne frem til hva den enkelte har igjen. Jeg ser det samme hos venner som har fått demens. De stråler opp hvis de får gjøre noe de kan.

Er innkjøpt

En til to måneder før han døde, la den ivrige skribenten ned «pennen» for godt.

– Jeg tror at han følte at nok var nok da han overlot manuset til meg, sier Torgeir, som påtok seg oppgaven med å redigere innholdet.

– Det var opprinnelig dobbelt så langt, og naturlig nok fullt av gjentakelser. Mye av jobben dreide seg om å rydde opp, språklig er det meste urørt. Vi rakk å sende manus til Vidar-forlaget før min far døde, de hadde utgitt noe for ham tidligere. Av ulike årsaker ble det likevel ingen bok ut av det før halvannet år senere. Mottakelsen har så langt vært god, og vi fikk nettopp beskjed om at den har kommet med i Kulturrådets innkjøpsordning. Det er hyggelig at den når ut til flere.

Les anmeldelsen av «En dements dagbok» på side 38.



Forfattere: Siv Henningstad og
Halldor Hustadnes
Tittel: Demens – Den nye folkesykdommen
Ant.sider: 167
ISBN: 978-82-4891-330-6
Utgitt av: Kagge Forlag, 2013

BOKANMELDELSE

Anmeldt av Liv Berit Carlsen, Sykehusdiakon/Høgskolelektor i sykepleievitenskap, Diakonhjemmet Sykehus, Oslo

Viktig tema – uheldig formidling

En beskrivelse av demens til bred
lesergruppe. Boka har praktiske
råd og nærhet til berørte.
Popularisering av tema som
etterlater leseren med spørsmål
om alt dette er til å stole på.

Forfatterne henvender seg til personer
med begynnende demens, deres pårør-
ende og fagpersoner som arbeider med
personer med demens. Bokas intensjon
er i hovedsak å formidle håp, gi praktiske
råd og fremheve pårørendes betydning.
Dette er ikke en fagbok i tradisjonell for-
stand.

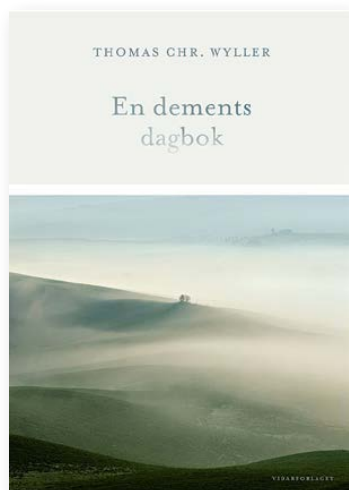
Boka tematiserer hva demens er,
hvem som rammes, om å komme syk-
dommen i forkjøpet, hva pårørende kan
bidra med og hvordan det er å være på-
rørende. Et kapittel er viet hvordan det er
å jobbe med personer med demens.
Kapitlet *Hva med pengene?* fokuserer på
uheldige økonomiske konsekvenser. Siste
del av boka handler blant annet om
Nasjonalforeningen for folkehelsen,
hjelpemidler, hjelpetilbud og oversikt
over demensforeninger. Deler av dette er
nyttig lesning og god kunnskap.

Forfatterne har valgt en journalistisk
fortellerstil som veksler mellom beskriv-
else av tenkte eller reelle situasjoner og
intervju med personer som har erfaring
fra eget liv, frivillighetsarbeid eller faglig
arbeid med pasientgruppen. Noen ek-
sempler er uvanlige. Dette er kombinert
med referanse til kunnskap som er inte-
grert i teksten eller faktabokser.

Siden forfatterne ikke har valgt én mål-
gruppe, blir det en hovedutfordring ved
boka. Teksten brytes ved at tiltaleformen
«du» anvendes og henvender seg av og
til direkte til pasient eller pårørende.
Teksten blir i deler av boka både for enkel
og uklar.

Bokens omslag reklamerer med
«hvordan unngå å få det», en faktaboks
sier «det er godt å vite at demens kan
forebygges» og et kapittel heter: «Kom
sykdommen i forkjøpet». Dessverre preges
deler av teksten av overfladiskhet som
det er vanskelig å forsvare når det gjelder
et så komplekst tema. Faglige feil fore-
kommer. Det er mange gjentakelser i
teksten. Jeg vil ikke anbefale boka som
fagbok.

Ville jeg anbefalt boka til en person
med begynnende demens? Kanskje, med
leserveiledning.



Forfattere: Thomas Chr Wyller.
Red. av Torgeir Bruun Wyller
Tittel: En dements dagbok
Ant.sider: 220
ISBN: 978-82-7990-139-6
Utgitt av: Vidarforlaget, 2013

BOKANMELDELSE

Anmeldt av Kjersti Wogn-Henriksen, psykologspesialist PhD

Liten, lettlest og vakker

Thomas Chr. Wyller (1922-2012), profilert professor i samfunnsvitenskap ved Universitet i Oslo, fikk 85 år gammel diagnosen Alzheimers sykdom, som han levde med i flere år. Han bestemmer seg for å bruke sin tanke og penn som mestring og våpen, og setter seg fore å skrive dagbok om sin hverdag med demens. Med støtte til redigeringsarbeidet foreligger nå disse dagboknotatene i bokform.

Det er en forunderlig bok; liten og lettlest, vakker og enkel, skrevet av en mann med evne til undring og refleksjon om seg selv og om små og store ting. Forfatteren lever i et rikt familiefellesskap med kone og tre generasjoner og påpeker at han er privilegert og neppe representativ for «gjennomsnittspasienten». Det er han nok ikke – men så tror da undertegnede heller ikke at «gjennomsnittspasienten» finnes. Tvert imot har vi kanskje overkommunisert det universelle ved sykdommen og undervurdert det intenst private?

Råmaterialet er forfatterens egne opplevelser. Han beskriver i en prolog hvordan han på vei hjem fra ferie sliter med å mane frem bilder av eget hjem som han nå er på vei tilbake til. Plutselig ser han at minner fra barndomshjemmet forkludrer en oppdatert representasjon av «hjem» – og skjønner at dette er et av sykdommens kjennetegn. Her er tonen satt: Intensjonen er å beskrive og gruble over erfaringer forfatteren mener er «demens-relevante». Vi lærer hvordan demenssymptomer manifesterer seg i hverdagens levde liv gjennom ulike kognitive, visuospatiale eller motivasjonelle vansker. Både sårbarhet og styrker utforskes. Han understreker at han lider av en mild form for demens

siden han både forstår mye og fortsatt har en imponerende språklig uttrykkskraft. Vi ser hvordan han veksler mellom offensive mestringsgrep og mer forsonet resignasjon. Jeg er fascinert over hans villighet til å dele også stemningsbølger, nederlag, plutselige gråtetokter og tidvise gjennombrudd av traumatiske krigsopplevelser, drømmer med demens-tematikk og liknende.

Vi lærer både om hva som kan bli vanskelig – og hva som kan berike hverdagen. Å leve med demens dreier seg fortsatt om å skape seg et liv, og de mest styrkende opplevelsene synes å være av sosial natur. I slike sammenhenger kan han ansføres til bidrag av musikalsk og litterær art; som i en herlig scene der han vitalisert av to dager på fjellet begynner å deklamere fra Peer Gynts Bukkeritt. Den gamle statsviter gir fortsatt engasjerte, tankevekkende kommentarer til den løpende samfunnsdebatt. Men han beskriver en tilkommet fjernhet, et filter som etter hvert kommer mellom ham og hendelsene. At han gjennomfører sitt bokprosjekt på tross av et velment legeråd, er trolig i seg selv en søt liten seier, og han konstaterer tilfreds at han fortsatt kan servere en bløff ved bridgebordet. Man kan være dement på noen områder og samtidig kompetent

Stockholm 20. og 21. oktober 2014

Andre skandinaviske konferanse om ledelse og demens

God demensomsorg, et spørsmål om ledelse?

Tema: Implementering som holder

Kunnskap om demenssykdommene er i stadig utvikling, samtidig som omsorgen for personer med demens står overfor både muligheter, utfordringer og dilemmaer. Som en følge av knappe ressurser og økende antall personer med demens, er tjenestene til denne gruppen under stadig større press.

For å lykkes har vi behov for å innta et overordnet perspektiv, samt lære av hverandre for å ta i bruk ny kunnskap. Skal kvaliteten på omsorgstjenestene forbedres, må vi samarbeide. En personsentrert tilnærming er nødvendig. Veien til god demensomsorg går gjennom dyktiggjøring og involvering av medarbeiderne.

Svenskt Demenscentrum, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse og Nationalt Videncenter for Demens inviterer organisatorer og ledere fra hele Skandinavia til konferansen, som holdes i Stockholm Waterfront Congress Centre 20. og 21. oktober 2014.

Konferansen setter fokus på implementering av ny viten om god demensomsorg og diskuterer spørsmålet om hvordan vi kan fastholde forbedringer over tid. Internasjonale forskere og forelesere deltar. Konferansen omfatter et stort antall emneområder og presentasjonene vil bli gitt på norsk, svensk, dansk og engelsk.

Påmelding og program:

www.demenscentrum.se/konf2014



Nytt navn!

Fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse til Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

Ved utvidelsen av virksomheten i 2012 til også å omfatte alderspsykiatri, kom det opp et spørsmål om navn. Nå har Helse- og omsorgsdepartementet avgjort at virksomheten skal hete *Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse*.



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

på andre! Til tross for kognitiv svikt makter han å føre en meta-refleksjon om hukommelsens vesen. Han etterspør hvilke prinsipper eller logikker som styrer hva som får gjennomslagskraft i vårt indre, hvorfor overlever noen minner mens andre glipper? Og han stiller kunnskaps-teoretiske spørsmål som: Hva er forskjellen mellom å «vite» og å «huske»?

I en epilog kaller han boka «et empirisk bidrag til en tidsbegrenset selvbiografi». Som gammel akademiker har han løpende metodiske refleksjoner om dagbokens sjanger og utfordringer. Han erfarer at det ikke er så lett å skille hva som dreier seg om demens, normale aldringsprosesser eller individspesifikke prosesser. Dagboken er skrevet anekdotisk og preges av variasjon i stemningsleie og somatisk status. For meg gir det stoffet økt autensitet: Demens må forstås i sin kontekst og sin hverdagslige utfoldelse. Det er ingen statisk tilstand, men bevegelig og variabel: «Forleden kunne jeg ikke forestille meg sommerhytta på Tånes innvendig. Jeg slet lenge med problemet uten å lykkes. Men i dag morges stod bildet klart for meg!» (s 31). Som språkforskeren Hamilton oppsummerer om Alzheimers sykdom: «There are good days for talking – and bad ones.»

Boka gir et unikt innsideperspektiv på demens med ærlige observasjoner, friske betraktninger, innsiktsfulle refleksjoner og språklige lykketreff. Men forfatteren påpeker selv at analytisk skarpheit og refleksjonskraft avtar, og arbeidet forpurres også av sviktende somatisk helse og varierende stemningsnivå. Vi lærer likevel noe svært viktig: Demens er ikke ensbetydende med tap av verdighet og personlig integritet. Og prosjektet med å formulere og reformulere sin eksistens er et genuint menneskelig anliggende som ikke stopper ved en demensdiagnose. Dette er et rikt vitnesbyrd fra en klok mann med demens som fortsatt ønsker å være deltaker – og ikke bare tilskuer til sitt eget liv. Jeg anbefaler boka varmt.



KURS & KONFERANSER 2014

Kursperiode	Tema	Sted	Påmeldingsfrist
Demens			
25. mars**	Demens i familien	Drammen	Ta kontakt
25. mars*	Utredning av demens i kommunehelsetjenesten	Oslo	Ta kontakt
26. mars*	Etablering og organisering av demensteam	Oslo	Ta kontakt
29. april*	GPS – økt livskvalitet for personer med demens?	Trondheim	24. mars 2014
3. juni*	Konferanse – Hjemmebaserte tjenester til personer med demens	Tromsø	28. april 2014
4. juni*	Tilrettelagte dagaktivitetstilbud for personer med demens	Tromsø	28. april 2014
3. sept.**	Konferanse – Demensteam	Molde	20. juni 2014
9. sept.***	Lær å bruke DCM	Tromsø	23. juni 2014
15. sept.***	Basiskurs i demens	Oslo	29. aug. 2014
24. sept.*	Konferanse – Hjemmebaserte tjenester til personer med demens	Kristiansand	20. aug. 2014
25. sept.*	Tilrettelagte dagaktivitetstilbud for personer med demens	Kristiansand	20. aug. 2014
8. okt.*	Utredning av demens i kommunehelsetjenesten	Trondheim	2. sept. 2014
9. okt.*	Etablering og organisering av demensteam	Trondheim	2. sept. 2014
28. okt.*	Kognitiv svikt og demens hos personer med innvandrerbakgrunn	Oslo	22. sept. 2014
29. okt.*	Tilrettelagte tilbud til yngre personer med demens og deres pårørende	Oslo	23. sept. 2014
4. nov.*	Bogrunder for personer med demens	Lillestrøm	29. sept. 2014
5. nov.*	Erfaringskonferanse – Dagtilbud	Oslo	1. okt. 2014
2. des.**	Demensdagene 2014	Oslo	3. nov. 2014

Alderspsykiatri

2. april*	Psykiske lidelser i eldre år	Oslo	Ta kontakt
28. april***	Landskonferanse	Bodø	Ta kontakt
11. sept.*	Psykiske lidelser i eldre år	Haugesund	20. juni 2014
15. sept.**	Legkurs – Alderspsykiatri i praksis	Oslo	23. juni 2014
14. okt.*	Rus og legemiddelavhengighet hos eldre	Trondheim	8. sept. 2014
12. nov.*	Psykiske lidelser i eldre år	Tromsø	7. okt. 2014
14. nov.*	Alderspsykiatrisk forskningsnettverk	Oslo	10. okt. 2014

Utviklingshemning og aldring

23. sept.***	Basiskurs – Aldring hos personer med utviklingshemning	Kolvereid	5. sept. 2014
23. okt.*	Temakonferanse – Avgang fra yrkeslivet – hva nå?	Oslo	16. sept. 2014

Funksjonshemning og aldring

22. okt.*	Temakonferanse – Arbeidsliv og pensjonering ved aldring for personer med funksjonshemning	Oslo	16. sept. 2014
-----------	---	------	----------------

Geriatr

7. mai*	Balansetrening og fallforebygging	Oslo	2. april 2014
8. mai*	Smerter og palliasjon hos eldre	Oslo	3. april 2014
20. mai.***	Basiskurs	Sandefjord	2. mai 2014
28. okt.*	Akutt hjertesykdom hos eldre	Oslo	22. sept. 2014

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

Postboks 2136,
3103 TØNSBERG
Tlf.: 33 34 19 50
Faks: 33 33 21 53
E-post: post@aldringoghelse.no

Antall kursdager:
* (1 dag)
** (2 dager)
*** (3 dager)

Velkommen til et lærerikt år!

Med forbehold om endringer
– følg med på vår hjemmeside der program og lenke for påmelding legges ut.

www.aldringoghelse.no

Retningslinjer for publisering av forskningsartikler i D&A

Fagbladet *Demens & Alderspsykiatri* (D&A) retter seg mot helsepersonell som arbeider innen feltene demens og alderspsykiatri i primær- og spesialisthelsetjenesten. Forskningsartikler i D&A skal falle inn under disse fagområdene. Vi ønsker å publisere tverrfaglig, fra forskning om pleie og omsorg, medisin, psykologi, ergoterapi, fysioterapi, sosialt arbeid med mere. Artikler som vurderes for publisering skal være originalarbeider og ikke være under vurdering for publisering i andre tidsskrifter. Manuskripter der deler av, eller alle, resultatene er blitt presentert ved faglige konferanser og publisert i abstrakt eller poster, aksepteres. Vitenskapelige artikler basert på empiri (både kvalitativ og kvantitativ design), systematiske litteraturgjennomganger og metaanalyser eller meta-synteser, vil bli vurdert for publisering. Sekundærpublisering, det vil si publisering av en forskningsartikkel som tidligere har vært publisert i et annet tidsskrift og eventuelt på annet språk, vil ikke bli godtatt i D&A.

Fagfellevurdering

D&A praktiserer lukket fagfellevurdering (fagfelle vet hvem som er forfatter, men forfatter får ikke informasjon om hvem som er fagfelle). D&A benytter fagfeller fra Norge og de nordiske land. Innsendt manuskript blir vurdert av minst to faglig kvalifiserte personer (fagfeller), som representerer eksterne fag- og forskningsmiljøer. Resultatet av vurderingen blir normalt meddelt forfatteren innen to måneder etter at manuskriptet er bekräftet mottatt.

Generelt

- ◆ All tekst skrives i MS Word-format (.doc, .docx) eller i «rikt tekstformat» (.rtf), med fonten Times New Roman, bokstavsstørrelse 12.
- ◆ Linjeavstand skal være 1,5 cm.
- ◆ Sidene skal pagineres (merkes med sidetall).
- ◆ Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig.

- ◆ Artiklene skal inneholde følgende avsnitt, om det er naturlig ut fra hva slags studie artikkelen refererer:
 - Sammendrag, hovedbudskap, bakgrunn, metode (med statistikk), etiske refleksjoner, resultater, diskusjon, konklusjon og referanser.
- ◆ Hovedbudskapet skal sammenfattes i to-tre kulepunkter.
- ◆ Overskriftene markeres med tykkere bokstaver (bold).
- ◆ Fotnoter skal ikke brukes.
- ◆ Figurer og tabeller fremstilles på separate sider etter referanselisten.
- ◆ Det tillates inntil fem tabeller og/eller figurer.
- ◆ Tabeller skal av trykketekniske årsaker også sendes inn som egne dokumenter i excel-format (.xls).
- ◆ Forfatteren (forfatterne) har selvstendig ansvar for all språkvasking.
- ◆ Antall ord er maksimalt 3 500 (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser).
- ◆ Sammendraget skal være på norsk og engelsk, og inneholde maksimalt 250 ord for hver språkform.
- ◆ Manuskripter skal være skrevet på norsk, svensk eller dansk.

Oversendelse av manuskript

Artikkelmanuskriptet og eventuelle tabeller sendes som vedlegg til elektronisk post til fagredaktor@aldringoghelse.no.

Alt sendes som ett dokument. I tillegg til selve teksten i manuskriptet skal de to første sidene i dokumentet inneholde:

1. Overskriftside

Tittel på artikkelen.

Forfatterens (forfatternes) for- og etternavn.

Kort presentasjon av forfatterens (forfatternes) utdannings- og profesjonsbakgrunn.

Forfatterens (forfatternes) stilling og arbeidssted.

Kontaktforfatterens (vanligvis førsteforfatter) elektroniske post-adresse og telefonnummer.

Antall figurer og tabeller i artikkelen.

2. Sammendrag

Sammendrag skal være på norsk og engelsk, som skrives på egne sider.

Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet. Det skal dekke studiens bakgrunn, hensikt, metode, hovedresultat og konklusjon.

Maksimalt 250 ord.

Etikk

Forskningsartiklene i *Demens & Alderspsykiatri* skal holde en høy etisk standard. Forskning presentert i bladet skal være i henhold til «forskningsloven» (1), følge hovedprinsippene i «Vancouver-konvensjonen» (2) og «Helsinkideklarasjonen» (3). Studier der reglene krever det, skal være godkjent av den regionale etiske komiteen for medisinsk forskning (REK) og Datatilsynet (ved dataombudet).

Forfatterskap

Når et manuskript har flere forfattere skal alle ha bidratt, slik at hver enkelt oppfyller alle de tre følgende kriteriene:

1. Vesentlige bidrag til idé til og utforming av studien, eller datainnsamling/-generering, eller analyse og tolkning av resultatene.
2. Utarbeidelse av manuskriptet eller kritisk gjennomgang av manuskriptet.
3. Godkjenning av artikkelen som sendes inn for vurdering

Interessekonflikter

Før publisering av et manuskript, må alle forfatterne ha skrevet under en interessekonflikterklæring. Skjemaet kan lastes ned fra www.demensogalderpsykiatri.no

Referanser

Litteraturhenvisningene i D&A følger hovedsakelig retningslinjene fra International Committee of Medical Journals, såkalt «Vancouver style».

Referansene nummereres fortløpende i den rekkefølgen de første gang forekommer i teksten. Henvisningene settes vanligvis til sist i setningen. De enkelte referansene skilles med komma; med bindestrek dersom henvisninger følger fortløpende (for eksempel 1-5, 15, 18). Referansene plasseres på slutten av manuskript i samme rekkefølge som de nevnes i tekst. Forfattere siteres med etternavn og initialer for fornavn. Dersom det er flere forfattere, skal det i referanselisten angis inntil tre forfattere etterfulgt av «et al.». Dersom en referanse har tre forfattere, benevnes disse forfatterne bundet sammen med "&". Navn på tidsskrifter skal skrives fullt ut. Dersom navnet på tidsskriftet begynner med en bestemt artikkel, skal denne utelates (for eksempel: for The New England Journal of Medicine utelates «The»). Etter tidsskriftets navn angis årstall og volum-nummer atskilt med semikolon. Dersom gjeldende tidsskrift bruker ny paginering i hvert nummer, angis årstall, volum og nummer i parentes. Side-tall skrives også fullt ut. Personlige meddelelser refereres i referanselisten.

REFERANSER

1. LOV 2008-06-20 nr 44: Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven). <http://www.lovdata.no/all/hl-20080620-044.html>. (13.06.2013)
2. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. International Committee of Medical Journal Editors. Annals of Internal Medicine 1997 Jan 1;126(1):36-47.
3. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>. (13.06.2013)

Eksempler

Tidsskriftartikkel med fortløpende paginering:

Kirkevold Ø, Sandvik L & Engedal K. Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. International Journal of Geriatric Psychiatry 2004; 19: 980-988.

Tidsskriftartikkel hvor hvert nummer er paginert for seg:

Rugås L & Martinsen K. Underernæring er vanlig på sykehjem. Sykepleien 2003; 91(6): 34-37.

Supplement til tidsskrift:

Conley R: Risperidone side effects. Journal of Clinical Psychiatry 2000; 61 (suppl 8): 20-23.

Bok:

Laake K. Geriatri i praksis. 4 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2003.

Kapittel i bok med flere forfattere:

Lazarus RS. Coping with aging: Individuality as a key to understanding. I: Nordhus IH, VandenBos GR, Berg S, Fromholt P, red. Clinical Geropsychology. Washington DC, American Psychological Association, 1998: 109-127.

Rapport:

Rykkje L, Gjellestad Å & Wolden H. Munn- og tannstell på sykehjem : vurdering av effekten av undervisning, hjelpemidler og rutiner. Undervisningssykehjem Rapport nr 1/03. Bergen: Nasjonalt formidlingssenter i geriatri, 2003.

Offentlig publikasjon:

Norges offentlige utredninger. Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven) NOU 1992: 8.

Ot.prp. nr.40 (1986-87). Om lov om endring i lov 19. november nr. 66 om helsetjenesten i kommunen mm. Miljørettet helsevern i kommunene.

St.meld. nr.40 (1987-878). Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan.

Avhandling:

Bergland Å. Trivsel i sykehjem. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2006.

Avisartikkel:

Hansen TE. Avsporing fra smittevernetaten. Bergens Tidende 10.9.2007.

Artikler fra internett. I tillegg til forfatter og artikkel må nettsadresse og dato for nedlasting angis:

Anonym. Alois Alzheimer. <http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/177.html> (13.05.2006)

Publisering av fagartikler i Demens & Alderspsykiatri

Demens & Alderspsykiatri (D&A)

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 D&A 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 fagartikkel i D&A overskrider sjelden cirka 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 D&A leses av minst to av redaksjonens medlemmer.

- Fagartikler sendes 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:

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, ved Bente Wallander, Postboks 2136, 3103 TØNSBERG



Demens & Alderspsykiatri



Tidsskriftet Demens & Alderspsykiatri
Det eneste uavhengige fagtidsskriftet
i Norden på dette området.
Går i dybden - og i bredden!

Fire utgaver årlig. Abonnement per år:
 Norge: kr 380,- Norden for øvrig: kr 450,-

Trenger dere flere blader på din arbeidsplass?
 Vi sender tre eksemplarer av bladet (forutsatt
 samme adresse) for kr. 760,- 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
 Nasjonal kompetansetjeneste

www.demensogalderspsykiatri.no

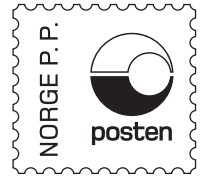
Bodø 28.-30. april 2014

Landskonferanse i alderspsykiatri

Påmelding: Ta kontakt



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



D&A går i dybden - og i bredden

ISSN: 1890-4130

Medlem av



Demens&Alderspsykiatri utgis av



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

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



Demens & Alderspsykiatri

www.demensogalderspsykiatri.no

tidsskriftet@aldringoghelse.no