



Dialog om demens

Side 32

4

Demensplanens
førstedame

8

Helsesjekk av eldre kvinner
med innvandrerbakgrunn

22

Nederlands mest
omtalte sykehjem

- | | |
|---|--|
| <p>4 FOLK I FOKUS
Dialog om demens og dobbeltliv
Intervju med Berit Kvalvaag Grønnestad</p> <p>8 FAGARTIKKEL
Livsmot eller mismot
Hva opplever eldre kvinner med innvandrer-
bakgrunn er belastende i hverdagslivet og hva
er psykisk helsefremmende?
Kirsten Thorsen, Vigdis Hegna Myrvang,
Reidun Ingebretsen, Bjørg Moen</p> <p>15 FAGARTIKKEL
Bruk og misbruk av alkohol og
psykofarmaka blant eldre
Aud Johannessen, Knut Engedal, Anne-Sofie Helvik</p> <p>18 FRA PRAKSIS
Sykkeltrening - meningsfull behandling for
atferdsmessige og psykologiske symptomer
ved demens (APSD)
Ida Saxevik</p> <p>22 REPORTASJE
Demenskvartal med stor tiltrekningskraft
Dette mener norske demensmiljøer
Demenslandsby i Norge?</p> <p>27 AKTUELT
Demens i Norden – et tema for samarbeid</p> | <p>29 AKTUELT
Glad vinner av Leon Jarners forskningspris 2014
– Motiverende og stort!</p> <p>30 KONFERANSE
Demensdagene 2014
Om livet etter diagnosen</p> <p>32 AKTUELT
Spurte ekspertene til råds</p> <p>33 AKTUELT
Ole om sitt første sykdomstegn:
– Kjerringa vart sur</p> <p>34 AKTUELT
Priset for godt pårørendearbeid</p> <p>35 AKTUELT
Matlagingskurs for ansatte i hjemmetjenestene
Kristine Stray Aurdal</p> <p>36 KONFERANSE
Nettbrett som velferdsteknologisk verktøy
Ellen Wasserfall</p> <p>38 AKTUELT
Veiledning i søk etter personer med demens</p> |
|---|--|



Forsiden:
Frøydis Haraldsen (t.v.) og Ole
Gudmund Karlsen på dialogmøte.
Foto: Martin Lundsvoll

Abonnement:
Aldring og helse
Oslo universitetssykehus HF, Ullevål
Bygning 20
0450 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 23. februar 2015.

Fagpressen 





Å legge til rette for et godt liv

Mange har de siste årene tatt turen til den hollandske «demenslandsbyen» De Hogeweyk. D&A har også tatt det privatdrevne sykehjemmet i nærmere øyensyn. Reportasjen kan leses i denne utgaven av tidsskriftet.

At frivillig innsats kan bidra til så stor pasientaktivitet fascinerer, det småbypregede miljøet likeså. Om vi har like mange ledige og kompetente hender her hjemme gjenstår å se. Fagfolks skepsis til det lavere bemannede tiltaket er forståelig og sunn. De Hogeweyks inngjerdede kopi av en landsbyidyll er ikke svaret på alle utfordringer.

For utfordringer har vi. Regjeringen startet før jul sitt arbeid med videreføringen av Demensplan 2015. Personer med demens og deres pårørende ble ønsket særlig velkommen til dialogmøtene som Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Helsedirektoratet, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Nasjonal kompetanse-tjeneste for aldring og helse inviterte til rundt om i landet. Deres stemmer skal vektes sterkere enn før, og arrangørene var lydhøre for møtedeltakernes erfaringer.

Aktivitet og avlastning står høyt på ønskelistene. Kompetanse og involvering likeså. Det er å håpe at deltakernes engasjement vil inspirere de som skal planlegge fremtidens demensomsorg, slik at flere får tilbud om aktive, gode og trygge dager.

Bente Wallander

redaktør

bente.wallander@aldringoghelse.no



BRED ERFARING: *Berit Kvalvaag Grønnestad har en mangfoldig yrkes- og studieerfaring. –Siden 2003, da jeg begynte hos Fylkesmannen i Rogaland, har jobben hatt så mye til felles med det å studere at jeg greide å slutte å studere.*

Dialog om demens og dobbeltliv

Berit Kvalvaag Grønnestad er Helsedirektoratets prosjektleder for Demensplan 2015, noe som i praksis innebærer det meste som har med direktoratets demensarbeid å gjøre. For å få dette til ukependler hun fra Sandnes til Oslo. – Jeg har ett jobbliv og ett liv som er privat. Det trives jeg godt med, sier hun.

Nå er det ikke bare i Oslo og Sandnes at Berit Kvalvaag Grønnestad tilbringer dagene. I en ellers hektisk førjulstid fartet hun blant annet land og strand rundt for å delta på Helse- og omsorgsdepartementets dialogmøter om demens. Møtene ble holdt i samarbeid med Helsedirektoratet, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, og prosjektlederen deltok på seks av de åtte møtene.

Her møtte Berit Kvalvaag Grønnestad flere hundre personer med demens og deres pårørende. Dedikerte fagfolk og ildsjeler bidro og utallige erfaringer ble hørt.

– Det kom frem veldig mange viktige synspunkter og erfaringer som vil ha stor betydning i arbeidet med en *Demensplan 2020*, sier prosjektlederen.

Bred erfaring

Berit Kvalvaag Grønnestad er født i Kristiansund, men har vokst opp og for det meste bodd i Sandnes, dit hun flyttet som fireåring. Det er også dit hun tar turen når arbeidsuken i Oslo er over.

Hun avsluttet sin sykepleierutdanning ved Sanitetsforeningens sykepleiehøgskole i Stavanger i 1986. Fra 1986 ble det i mange år studier ved siden av jobb, blant annet helseadministrasjon, operasjonssykepleie, grunnfag og mellomfag i sykepleievitenskap, før hun avsluttet med hovedfag ved Universitetet i Bergen i 2002.

– I 2003 begynte jeg hos Fylkesmannen i Rogaland, og da hadde jobben så mye til felles med det å studere at jeg greide å slutte å studere, sier Berit med et smil.

Yrkeskarrieren startet imidlertid på en demensavdeling, og som nyutdannet jobbet hun først noen år ved et sykehjem i Stavanger.

– Deretter var jeg flere år på en somatisk sengepost og så en operasjonsavdeling på sykehus. Til sammen var jeg i spesialisthelsetjenesten i 13-14 år.

Berit har jobbet med mange ulike områder, i en periode med helsetjenester offshore. I flere perioder har hun også arbeidet i høyskole-/universitetssystemet. Da hun begynte i Helsedirektoratet våren

Navn	Berit Kvalvaag Grønnestad
Alder	51 år
Familie	Mannen Trond, to voksne utflyttede døtre, 1,5 svigersønn og en mammadalt av en skravlepapegøye
Bor	Sandnes / Oslo
Stilling	Prosjektleder for Demensplan 2015, Helsedirektoratet

2013, hadde hun jobbet for Fylkesmannen i Rogaland i ti år:

– Her hadde jeg blant annet ansvaret for implementering av *Omsorgsplan 2015 Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg*, inkludert delplanen *Demensplan 2015 Den gode dagen*. Jeg førte også både planlagt og hendelsesbasert tilsyn med tjenester til personer med demens og andre grupper.

Mer generalist enn spesialist

– I dag føler jeg meg nok like mye som en generalist som spesialist. Og jeg har nok mer et «helikopterperspektiv» med fokus på forsvarlighet og systemer, enn inngående kunnskap om alle detaljer innenfor ulike områder. En fellesnevner er likevel at bortsett fra i arbeidet med helsetjenester offshore, har jeg nesten alle steder jobbet mye med tjenester til personer med demens. Sykehjem hadde selvfølgelig mange pasienter med demens, men realiteten er vel at ikke bare sykehjem, men også sykehus i stor grad er eldreinstitusjoner. På sykehusets sengepost og operasjonsavdeling fikk vi stadig inn pasienter med for eksempel benbrudd, som også hadde akutt eller varig kognitiv svikt. Da ble jeg ganske opptatt av at også somatiske helsetjenester må tilrettelegges for personer med demens og annen kognitiv svikt.

Når det gjelder demens føler prosjektlederen at hun nå har prøvd dette fra alle kanter.

– Jeg har jobbet i sykehjem og sykehus med personer med demens, jeg har ført tilsyn med tjenestene og jobbet med å implementere politikk på området, og så har jeg som veldig mange andre, også erfaring i rollen som nær pårørende til en person med demens.

Jeg føler meg privilegert som får jobbe med så viktige, interessante og spennende temaer og arbeidsoppgaver. Jeg har lett for å bli engasjert, spesielt

når det dreier seg om folk som er syke eller svake grupper. Jeg er nok mer enn gjennomsnittlig interessert i fag og glad i å jobbe. Det ligger vel i sakens natur at når jeg orker å ukependle fra Sandnes til Oslo, så er det fordi denne jobben oppleves som meningsfull og engasjerende.

Plan ga omsorgsløft

Berit Kvalvaag Grønnestad overtok jobben som prosjektleder i Helsedirektoratet etter Marit Gausel Blom¹. Hun sier:

– Marit har gjort en kjempejobb, og Demensplan 2015 har gitt et enormt løft for demensomsorgen i Norge. Mange viktige tiltak er satt i verk, og demensomsorgen har fått en annen status. Selv om vi fortsatt ikke er i mål med alt, hjelper det veldig godt på motivasjonen å ta en titt i bakspeilet og se hvor vi var da planen startet i 2007, og hvor langt vi har kommet nå.

Jobben som prosjektleder for *Demensplan 2015* innebærer i praksis ansvar for fire arbeidsområder.

– Det første er selvfølgelig å få i havn alle satsingsområder og tiltak i Demensplan 2015, og det var egentlig den oppgaven jeg visste om da jeg sa ja til jobben. Men jeg hadde ikke vært her lenge før Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering ga råd om at Helsedirektoratet burde utarbeide en nasjonal faglig retningslinje for utredning av demenssykdom og oppfølging av personer med demens og deres pårørende. Da var det bare å brette opp ermene å få laget et mandat og en prosjektplan, samt å rigge til en organisasjon og oppnevne arbeidsgrupper med eksperter på de ulike områdene. Gruppen startet sitt møysommelige arbeid i 2014. Det var mye å gjøre, spesielt i starten, men nå har vi på plass to superflinke prosjektledere som driver frem arbeidet på hver sin del av retningslinjen, og dette innebærer mye mindre å gjøre for meg.

Ny plan i emning

Prosjektlederens tredje arbeidsområde er å bistå Helse- og omsorgsdepartementet i arbeidet med å utvikle en ny *Demensplan 2020*.

– Departementet har nedsatt en arbeidsgruppe som skal bistå, der Nasjonalforeningen for folkehelsen, Aldring og helse og Helsedirektoratet er med. Det var i den forbindelse vi alle dro land og strand rundt før jul på dialogmøter med personer med demens, pårørende, helsepersonell og forskere, for å innhente erfaringer og råd om videre satsing.

– Det fjerde området som nå ser ut til «å balle på seg», er internasjonalt arbeid. Norge er invitert til å delta i Joint Action on dementia, som er EU/EØS sitt tiltak for å utvikle et felles kunnskapsgrunnlag, tiltak og politikk på området. Helse- og omsorgsdepartementet har oppnevnt Helsedirektoratet og Aldring og helse til å delta. Arbeidet er under oppstart og skal vare i tre år. I tillegg etableres det nå et nordisk demensnettverk i Nordisk ministerråds regi. Nordens velferdssenter har ansvar for den praktiske driften av nettverket, mens Norge er bedt om å ha formannskapet første år, altså i 2015. Vi starter med første konstituerende møte i nettverket nå i februar.

– Folk griper dagene

Møtevirksomhet dreide det seg, som tidligere nevnt, også om før jul. Nå oppsummerer HOD innspillene fra personer med demens, deres pårørende og fagfolk. Berit har gjort seg noen tanker om det som ble sagt:

– De fleste som uttalte seg om hvordan de har det med sin kognitive svikt, ga uttrykk for at de ikke bekymrer seg så mye om fremtiden. Det synes jeg er ganske imponerende. Når de har kommet over det første sjokket synes jeg de er flinke til å gjøre dagene sine gode. De bruker tiden som best de kan. Flere har sagt at de vet at de på et eller annet tidspunkt vil bli dårligere. Likevel sier de: «Men det kan jeg ikke tenke på nå».

– Alle historiene de forteller gjør inntrykk; Fra dem som synes at de har fått god hjelp til dem som ikke har fått det. Det ytes mange gode tjenester der ute, men ikke over alt. Det er derfor det nå blir så viktig å jobbe med både ny *Demensplan 2020* og Nasjonal faglig retningslinje om demens.

– *Hva ser du som de største utfordringene på fagfeltet?*

– Jeg ser ikke én hovedutfordring, men en stor utfordring er at mange ikke

¹ Se D&A 4-12 for nærmere presentasjon av Marit Gausel Blom.

får demensdiagnose eller får diagnose for sent. På dialogmøtene fikk vi høre mange historier om personer som hadde oppsøkt lege fordi de begynte å få problemer med for eksempel hukommelsen, men som var blitt avleid med at «det er normalt å bli glemsk når man blir gammel». Internasjonalt bruker man nå begrepet «timely diagnosis», altså «diagnose i rett tid». I det ligger det at personer bør utredes og diagnostiseres når problemene blir såpass tydelige at de «har bruk for» en diagnose for å kunne få den informasjonen og oppfølgingen de trenger.

– Vi må også vie større oppmerksomhet til dette at «one size don't fit them all». Individuelt tilpasset omsorg blir viktig i tiden som kommer. Skal vi få til god individuell tilrettelegging, må vi bygge opp en infrastruktur som muliggjør dette. Skal dette bli praktisk gjennomførbart, må vi ha et bredt spekter av tiltak å «plukke fra» i møtet med den enkelte.

– I tillegg må vi bli flinkere til å fange opp folks behov på et tidligere tidspunkt slik at vi kan sette i verk riktige tiltak til riktig tid. Til prosjektlederens ønsker for fremtiden hører også at personer med

demens og deres pårørende skal få kontinuerlig og god oppfølging gjennom hele sykdomsforløpet.

Kunnskap til alle

– Det er også et stort behov for mer kunnskap om demens, både blant helsepersonell, blant pårørende og i befolkningen for øvrig, fortsetter Berit.

– Det er utbredt enighet om at personsentrert omsorg med skreddersydde miljøbehandlingstiltak har stor betydning for personer med demens. Personsentrert omsorg er en omsorgsfilosofi som må gjennomsyre hele organisasjonen, samtidig som det kreves kunnskap om blant annet kommunikasjon og effektive miljøbehandlingstiltak.

– På dialogmøtene ble behovet for dagaktivitetstilbud for personer med demens understreket?

– Det kan synes som personer med demens har et særlig behov for aktivitet, spesielt de som er rimelig fysisk spreke. Det er vel slik at mye av det som vi sysselsetter oss med ellers i livet, som å lese eller se på TV, etter hvert ikke fungerer like godt når man får en kognitiv svikt. Mange har svært stort utbytte

av å gå tur eller drive med andre fysiske aktiviteter. Det er derfor de gode øyeblikkene blir så viktige. De er mye mere nødvendig for en person med demens, som ofte bare kan ha øyeblikket her og nå. Men til noen personer med demens må dette også «selges inn». For enkelte er det litt av en terskel å skulle bli en del av et slikt fellesskap. Helsedirektoratet forvalter en tilskuddsordning for dagaktivitetstilbud for personer med demens, og vi oppfordrer kommunene til å ta utgangspunkt i ønsker og interesser hos brukerne, lokal kultur, natur og andre lokale forhold, når de etablerer dagaktivitetstilbud for personer med demens.

I en tidlig fase, når folk fortsatt har lyst til å klare livet sitt uten så mye innblanding, tror Berit at aktivitetsvenntilbudet til Nasjonalforeningen for folkehelsen kan bli viktig.

– Pårørendeskolene og samtalegruppene har vært et annet viktig tiltak i *Demensplan 2015*, det viste blant annet tilbakemeldingene på dialogmøtene. Pårørende etterspør kunnskap som er tilstrekkelig til at de i ettertid slipper å tenke at «Dét burde jeg ha gjort» – og ikke dét». De trenger å få kunnskap om

INDIVIDUELLE LØSNINGER: – Vi må vie større oppmerksomhet til dette at «one size don't fit them all». Individuelt tilpasset omsorg blir viktig i tiden som kommer, mener Berit Kvalvaag Grønnestad.



sykdommen og føle seg trygge på at det de gjør er rett og uttrykker behov for hjelp til å håndtere det følelsesmessige ved sykdommen.

Seiler og værflyktning

– *Har Berit Kvalvaag Grønnestad fritid?*

– Ja da. Jeg elsker å gå tur og har i mange år gått en time hver dag, men det rekker jeg ikke alltid nå. Er en ivrig leser og har alltid med meg en bok, de er uvurderlige på alle pendlerturene. Liker å lage mat og be gjester, men er dessverre også glad i å lage og spise god mat uten å be gjester, smiler hun.

– *Det går rykter om en særlig vakker hage?* – Jeg liker å stelle i hagen min ja, spesielt i staudebedene. Er veldig glad i å være ute, og det er grenser for hvor lenge man kan gå tur, så det ligger mye god trim og rekreasjon i å grave i hagen. En estetisk nytelse og naturopplevelse er det og. Mannen min stiller dammen med karper og gullfisk.

Prosjektlederen er ellers en ivrig seiler. Sammen med familien har hun blant annet seilt hele kysten fra nord i Møre og Romsdal til Gøteborg i Sverige, samt nord i Danmark: – Før seilte vi i all

slags vær, nå liker jeg best å bli med når det er litt finere vær.

Familien har de ti siste årene hatt et feriested i Spania og Berit drar dit så ofte som mulig.

– Er en værflyktning fra Vestlandet som nyter fint vær og god mat i Spania. Jeg prøver å få med meg den fantastiske arkitekturen, kunsten og kulturen som finnes litt utenfor turistløypene, men må innrømme at jeg fortsatt er pinlig dårlig i spansk. Jeg elsker også å se på slott og hager i utlandet, gjerne i sør-England eller sør-Europa, og har en tendens til å trekke ned gjennomsnittsalderen når jeg er på ferie. Koser meg for øvrig med mann, døtre og vår mamma-dalt av en papegøye, som roper «Hallo mamma» med en gang jeg går inn døren hjemme.



MAMMADALT: Hver gang Berit kommer hjem blir hun møtt av et hyggelig rop «Hallo mamma» fra familiens papegøye.

VÆRFLYKTNING: Mye jobbing til tross, Berit Kvalvaag Grønnestad har også fritid. Da reiser vestlendingen til feriestedet i Spania så ofte som hun kan.



Psykolog dr.philos. og seniorforsker, professor II Kirsten Thorsen (1, 2)
 Prosjektleder, seniorforsker og etnolog ph.d. Vigdis Hegna Myrvang (1)
 Forsker, spesialist i klinisk psykologi Reidun Ingebretsen (3)
 Sosialantropolog ph.d. Bjørg Moen (3)



1) Funksjonshemming og aldring (FoA) ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
 2) Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Fakultet for helsevitenskap
 3) Velferdsforskningsinstituttet NOVA, Høgskolen i Oslo og Akershus

LIVSMOT eller MISMOT?

Hva opplever eldre kvinner med innvandrerbakgrunn er belastende i hverdagslivet og hva er psykisk helsefremmende?

Prosjektet «Livsmot eller mismot» retter søkelyset mot kvinner over femti år som kommer fra India og Pakistan, og som har bodd i Norge i to eller flere tiår. Artikkelen dreier seg om deres opplevelse av trivsel og mistrivsel i dagliglivet, og hva de mener er passende tiltak og tilbud som kan bidra til god psykisk helse.

Bakgrunn for prosjektet

Med lang botid i Norge øker også antall og andel eldre innvandrere i befolkningen, noe som gir økte utfordringer for helse- og velferdstjenestene, og omsorgen rettet mot eldre. Det blir også spørsmål om helsefremmende og forebyggende tiltak for å bidra til en best mulig alderdom.

Psykisk helse hos eldre kvinner med innvandrerbakgrunn er et tema som har fått liten oppmerksomhet her til lands (1, 2). En forklaring kan være at psykiske lidelser i en del grupper med innvandrerbakgrunn gjerne oppfattes og fremstilles ved somatiske symptomer og får derfor mindre oppmerksomhet (3, 4). Tabuer omkring psykisk helse kan være en annen forklaring (5).

Helsedirektoratet oppsummerer i en rapport at helsetilstanden hos eldre personer med innvandrerbakgrunn svekkes med økende alder i sterkere grad enn blant etnisk norske eldre. Særlig blant eldre kvinner med innvandrerbakgrunn blir andelen med psykiske helseproblemer nesten doblet fra yngste til eldste aldersgruppe (6). I levekårsundersøkelsen fra 2005/2006, som det refereres til, fremstår innvandrerbefolkningen med dårligere psykisk helse enn befolkningen sett under ett. Halvparten av kvinner med innvandrerbakgrunn i alderen 55–70 år rapporterer å ha fire eller flere psykosomatiske plager i løpet av de siste tre måneder før de ble intervjuet (51 prosent kvinner mot 22 prosent menn; tallene gjelder ti land) (7, 8). Videre har personer med innvandrerbakgrunn dårligere muligheter for å få hjelp og behandling (6).

Uttrykk for – og opplevelse av – psykiske problemer kan variere avhengig av kulturell bakgrunn (9, 10, 11, 12, 13). Direkte oversettelse av helsebegreper og helseforståelse fra ett språk til et annet kan være problematisk (14). I levekårsundersøkelsen er det brukt hverdagsord om reaksjoner som kan relateres til psykisk helse (7, 8).

Migrasjon

Med migrasjon menes her folkevandring – eller inn- og utvandring. Det kan dreie seg om komplekse psykososiale prosesser, som virker inn på den enkeltes identitet og selvfølelse (15). Store omstillinger kan skape problemer, men det er også muligheter for utvikling og mestring. Uansett årsak til migrasjon vil det kunne være utfordringer og spørsmål om tilknytning, tap og nytilpasning.

Migrantbakgrunn fra Pakistan og India

Mange personer med pakistansk bakgrunn kommer fra landsbyer gjennom kjedemigrasjon, det vil si at brødre, svogere og fettere reiste ut og sørget så for at andre slektninger også fikk arbeid og bosted i landet de var reist til. Kvinnene kom ofte noen år senere, med eventuelle barn. Mange etablerte seg i samme nabolag i Oslo og enkelte andre byer. Dette har bidratt til tette nettverk, der personene tilhører samme familie eller biraideri ('brødregruppe') eller at de kjenner hverandre fra hjemstedet i Pakistan (16).

En 'innvandrer' er en person bosatt i Norge – født i utlandet av to utenlandskfødte foreldre. Totalt er det over en halv million innvandrere i Norge, noe som tilsvarer omtrent 12 prosent av befolkningen. Begrepet 'innvandrerbefolkningen' omfatter også norskfødte barn av innvandrere. Ved inngangen til 2014 blir dette til sammen 759 185 personer, det vil si 14,9 prosent av befolkningen. (SSB 2014a).

Av Oslos befolkning på vel 634 000 var det per 1. januar 2014 rundt 151 700 innvandrere og rundt 45 900 norskfødte med innvandrerforeldre, noe som tilsvarer 31 prosent (SSB 2014b).

Personer med indisk bakgrunn har et noe annerledes migrasjonsmønster. Kjede-migrasjon er mindre utbredt. Inderne kom som enkeltpersoner, ofte fra byer, og de hadde jevnt over bedre utdanning enn personer med pakistansk bakgrunn. De fleste som kom fra India på 1970-tallet var ufaglærte arbeidsmigranter, mens indere som kom i andre halvdel av 2000-tallet i større grad var spesialiserte og faglærte arbeidsmigranter. Kvinnene er i stor grad yrkesaktive.

Familieinnvandring er vanlig både blant pakistanske og indiske migranter, men blant de sist ankomne fra India er det fortsatt overvekt av menn. Generelt sett har personer med indisk bakgrunn høy sysselsetting og bra inntekt (17).

Fra undersøkelser blant etnisk norske eldre vet vi at sykdom, funksjonsnedsettelse og ensomhet henger sammen med opplevelse av depresjon (18). Vi vil anta at dette også kan gjelde for eldre i innvandrerbefolkningen.

Kvalitativ metode

Uvalg og materiale

Prosjektet tar utgangspunkt i nettverk og miljøer med personer med pakistansk og indisk bakgrunn i Oslo-området fordi det her er innvandrergrupper med lang botid i Norge. Prosjektet beskrives i egen rapport (19).

Vi opprettet en referansegruppe med a) fagpersoner innen psykisk helsearbeid rettet mot kvinner med innvandrerbakgrunn, b) sentrale personer i innvandrerorganisasjoner, og c) en representant for Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse. Dette sikret oss tilgang til aktuelle intervjupersoner med bakgrunn fra Pakistan og India. All informasjon om prosjektet ble oversatt til hindi og urdu, og informasjonsbrev til potensielle intervjupersoner ble distribuert i samråd med referansegruppen og kontaktpersoner i deres nettverk. Brevet inneholdt også opplysninger om hvilke rettigheter en har som informant.

Vi utarbeidet semistrukturerte intervjuguider med spørsmål tilpasset et utvalg bestående av en rekke ressurspersoner og aldrende kvinner i målgruppen. Så gjorde vi kvalitative intervjuer – individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer – med tretti personer:

a) *Individuelle intervjuer* med ti ressurspersoner med innvandrerbakgrunn fra ulike asiatiske opprinnelsesland. Med ressurspersoner menes her ansatte i helsesektoren og personer fra ulike organisasjoner som har kontakt med kvinner i målgruppen og erfaringer/kunnskap om forhold som er relevant for psykisk helse og trivsel.

b) *Fem gruppeintervjuer* med til sammen tjue kvinner i alderen 50–80 år med innvandrerbakgrunn fra Pakistan og India. Både regionalt og på andre måter har de i sin bakgrunn noen fellestrekk, samtidig som det er forskjeller i kultur, religion med mer. Kvinnene ble rekruttert av kontaktpersoner ved ulikt organiserte sentre hvor kvinner samles til forskjellige aktiviteter. Tre av gruppeintervjuene ble gjort ved sentre, to ble gjort på forskernes arbeidssted.

I samtalene med kvinnene la vi vekt på å bruke hverdagsord som pekte mot psykiske belastninger (slik levekårsundersøkelsen har gjort), men uten å bruke ordene psykisk helse eller psykiske problemer og lidelser. Vi hadde i intervjuene en hverdagslivstilnærming til psykisk helse, og var opptatt av hvordan kvinnene opplevde disse forholdene i sin daglige livssituasjon (20, 21). Det ble også tatt opp spørsmål om hvordan miljøet rundt dem ser på psykisk helse. I samtale med ressurspersonene ble det stilt direkte spørsmål om hvordan de oppfatter temaet psykisk helse og uhelse, og hva de selv opplever har betydning.

Ved samtlige intervjuer deltok hele tiden to forskere. I fire av gruppeintervjuene var også kontaktpersonen til stede.

Det ble deretter arrangert en dialogkonferanse hvor foreløpige resultater fra intervjuene ble lagt frem til diskusjon. På konferansen deltok både pakistanske og indiske kvinner, samt kvinner med annen innvandrerbakgrunn. Informasjon og synspunkter som kom frem på konferansen, sluttet godt opp om opplysningene som var blitt gitt i intervjuene.

Det ble ikke brukt tolk under intervjuene og møtene, men til tider oversatte deltagere som behersket norsk bedre, andre deltageres utsagn.

Lyddoptak av samtlige intervjuer ble transkribert i sin helhet, og analysert.

Alle hadde gitt skriftlig samtykke om deltagelse i prosjektet. I teksten har vi anonymisert hvem som sier hva, og hvor de kommer fra. Prosjektet er godkjent av Personvernombudet / Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Analysen

Vi har tre kilder med kvalitativt materiale; det ene er ressurspersonenes mer overordnede perspektiv på eldre kvinners reaksjoner og behov, det andre er kvinnenes egne erfaringer og synspunkter, og det tredje er materialet fra dialogkonferansen. Alle i prosjektgruppen har gjentatte ganger lest intervjuutskriftene. I analysen blir de tre kildene sammenholdt.

En kvalitativ analyse dreier seg om å finne mønstre av mening og sammenhenger i materialet (22). Analysen består i å identifisere, beskrive og fortolke sentrale temaer. Analysen foregikk derfor i flere trinn. I første trinn, ved flere gjennomlesninger, ble relevante temaer markert og drøftet i forskergruppen. Deretter ble temaer på ulikt detaljnivå samlet i mer overordnede temaer. Hele tiden foregikk det en veksling mellom temaer, helheten i intervjuet, og den kontekst deltagerne tolket reaksjonene inn i. Der sentrale temaer stemmer overens og blir utdypet i de tre kildene, ser vi dette som belegg for at disse underbygger gyldigheten av våre funn. Også i analysen har vi hatt en hverdagslivstilnærming til psykisk helse med et kontekstualiserende perspektiv (20, 21). Å ha kunnskap om menneskets livsverden og hverdagsliv er helt sentralt for å forstå psykiske problemer, bedringsprosesser og hva som hjelper en gjennom hele livsløpet.

Det var viktig for oss å ivareta etiske hensyn under hele prosessen. I oppstarten fikk vi gode innspill fra referansegruppen. Vi reflekterte over og drøftet tilnærminger i samtale – ordvalg og spørsmål. Dataene er anonymisert.

Funn

Når det gjelder spørsmålet om hva kvinnene opplevde som tungt, bekymringsfullt og særlig tyngende, og omvendt hva som ga trivsel, glede og lettelse i sinnet, ble mange forhold nevnt. Disse har vi samlet under fem hovedtemaer:

1) familiens betydning og belastninger i familien, 2) helseplager – både egne og nære familiemedlemmers plager og lidelser, og reaksjoner ved tap av ektefelle og nære familiemedlemmer, og 3) sosial isolasjon, ensomhet og utenforskap. Deretter kommer to forhold som fremstår som særlig sentrale når det gjelder å bedre den psykiske helsen: 4) å ha noen å snakke med, og 5) møteplasser er viktig (19).

Familiens betydning og belastninger i familien

Familieomsorg og relasjoner er et gjennomgående tema i alle intervjuene. De underbygger et bilde av at i familieorienterte kulturer er mye av kvinners selvtilitt knyttet til at hun har ivaretatt barn og familie. Særlig de pakistanske kvinnene forteller om en svært kjønnsdelt kultur:

Vi i Pakistan eller sånn i Asia, vi damer, du vet, veldig få damer jobber. Akkurat nå er de begynt, mange, men vi tenker 'være hjemme'. Hjemmearbeid og sånn, og så sitter vi og prater. Ikke gå ut og lange turer og sånn; ikke vant, når vi vokste opp.

Eldre kvinner kommer i en sårbar posisjon hvis det blir kollisjon mellom verdier og forventninger til familieomsorg i eldre år. Selvtilliten kan få en alvorlig knekk om de ikke får den familieomsorg de har håpet på i eldre år; å se familiemedlemmene ofte og eventuelt leve tett sammen med dem, først og fremst med sønnes familier. En ressursperson sier det slik:

Vi oppdrar barna på en slik måte at de blir sosialisert til at de vil ta vare på sine eldre foreldre. Men med tiden så skjer mange ting. Barna gifter seg, flytter ut. Foreldre som muligens har kjøpt et stort hus med tanke på å bo med alle sine barn, blir værende med et stort og tomt hus. Når foreldrene kommer hjem fra jobben – da er de hjemme alene. Det er et savn at de ikke har barna hos seg. De føler og trenger barna sine rundt seg, kanskje.

Kvinnene har sett slike familieforhold, og det bekymrer dem: «Det tenker jeg nå, hvis det skjer med meg, så hva skjer?»

Mange kvinner omtaler familiens betydning for trivsel og selvfølelse. Når de skal beskrive hva som er en god dag, legger de vekt på kontakt med familien og at det går godt med barn og barnebarn. En kvinne som bor i tomannsbolig med sønnens familie, sier:

Små barn som gir oss mye glede og styrke inni oss – og alle små ting gjør livet lettere. (...) Så det er en glede vi får ut av det, vi får gratis glede. Den gir styrke. Og hvis man er vant til fra en stor familie å bo sånn, da savner man hvordan man hadde det.

Det er imidlertid delte oppfatninger om flergenerasjonsboliger og familiesamhold. Flere vektlegger betydningen av gjensidighet og kontakt, men uten bofellesskap. Noen av kvinnene uttrykker at de ikke ser det som gunstig å være tett på hverandre hele tiden: «Barna skal vokse og ha egen familie.» «Jeg synes liksom det er greit at de får leve livet sitt.» Å bo sammen, betyr også å bo sammen med svigerdøtre og komme overens, noe som kan være en utfordrende balansegang.

For noen som ikke selv har ønsket å bo for seg selv, kan det oppleves tungt, trist og skambelagt at ikke de yngre familiemedlemmene vil bo sammen med dem. De kan også oppleve det som stille og tomt når alle andre i familien er borte på dagtid.

Det er variasjoner blant kvinner med bakgrunn fra India eller Pakistan, de indiske kvinnene synes det er mer forventet, akseptabelt og endatil positivt å bo for seg selv. De har oftere hatt et selvstendig yrkesliv.

Det fremkommer mange fortellinger om ulike verdisyn mellom generasjonene; det gjelder samboerskap, yngre familiemedlemmers ansvar og respekt for de eldre, kvinners rolle og ansvar, klesskikker, mat, og hvor tett samværet skal være. Men det er ett forhold som får full oppslutning, det er hvor viktig det er at de unge tar utdanning og får en jobb. Da må ansvaret overfor de eldre kvinnene vike, fremhever de. Slik slutter de opp om neste generasjons integrasjon i det norske samfunnet. Men det er ikke noe som tyder på at de ikke samtidig forventer at kvinnen påtar seg hovedrollen i hjemmet, husholdningsoppgaver og barneomsorg.

Helseplager

Kvinnene viser stor åpenhet om fysiske helseplager. De forteller om sykdommer, diagnoser, smerter og behandlinger. Det er ikke sjelden noe de beretter om allerede når de presenterer seg selv. Fysisk helse er et akseptert samtaletema. Kvinnene nevner ofte at de mangler krefter og har «vondter». En gir denne fortettede livshistorien og helseberetningen:

Og jeg har ikke jobbet. Når barna var små, passe på barna. Mannen har jobbet. Veldig vanskelig. Og barna har gått på skole. Og etterpå er jeg syk og har veldig vondt i muskler, sliten og hardt, og litt kramper. Veldig vanskelig.

En ressursperson vil gjerne utvide perspektivet:

Ja, kvinner kan lett snakke om konkrete ting 'jeg har vondt i skuldrene'; 'du kan kjenne det at jeg er stiv her'. – Men hvorfor har de stive skuldre? Det blir vanskelig å få det forklart. Så da må man bruke tid.

Mange av kvinnene forteller også at de i de siste årene har levd et relativt stillestående liv med lite mobilitet, lite mosjon og liten aksjonsradius – inntil de begynte å delta ved et av sentrene som inngår i undersøkelsen. Sykdom blant nære pårørende – ektefelle, barn og barnebarn – berører dem sterkt. At ekte mannen blir alvorlig syk er en stor påkjenning og til bekymring på mange måter. Kvinner med slike erfaringer forteller at de forsøker å gi omsorg og pleie i hjemmet så langt det går. Aksjonsradiusen kan bli ytterligere innskrenket av en syk mann som ønsker kvinnens omsorg hjemme så mye som mulig. Mange nye uvante oppgaver kan da falle på kvinnen, oppgaver som mannen tidligere har ivaretatt: økonomi, samhandling med offentlige instanser, søknader med mer. Kvinnene må forsøke å orientere seg i en uoversiktlig verden av ukjente instanser og regler.

Å måtte gi opp å pleie mannen hjemme fordi det ble for tungt til sist, oppleves som en stor belastning. At mannen kommer på sykehjem, er et radikalt normbrudd om familiepleie, bryter med kvinners rollen, gir dårlig samvittighet, og er opphav til nye bekymringer:

Men jeg tenker på ham hele tiden. Men de som kjenner meg, de vet hvordan jeg er – jeg sender ham ikke frivillig. Men mitt problem er at jeg klarer ham ikke alene.

Denne kvinnen, som har ektemannen med demens på sykehjem, er deprimert og uroer seg fordi han er så mye alene der:

I vår kultur er det sånn at hvis det er syke mennesker, så er det mange som er rundt dem, og en lar dem ikke være alene. Så – det skjønner jeg godt at de ikke kan sitte ved siden av ham [på sykehjemmet]. Men jeg – jeg tenker og håper at jeg ikke får den situasjonen han har.

Den norske eldreomsorgen, med sykehjem til dem som trenger mest hjelp, fremstår som skremmende. Hun fortsetter: «Men du, altså – sykehjem og sånn, det kan jeg aldri tenke meg. Så jeg håper jeg vil være frisk og ikke trenger noen sånn hjelp [sykehjem]». Dette er utbredte oppfatninger. Mange forhold ved sykehjem virker skremmende; å være alene, fremmed mat, ikke tilrettelagte forhold for bønn og religionsutøvelse, språkvansker, adskilthet fra familien – i en sum å være isolert i et fremmed miljø. Samtidig er kvinnene glade for å være i Norge i alderdommen, nettopp på grunn av de gode helsetilbudene. Noen av kvinnene kan tenke seg å bo i omsorgsbolig sammen med kvinner med egen bakgrunn, når de vil trenge mer hjelp.

Kvinnene bekymrer seg ofte over syke slektninger i hjemlandet: «Vi tenker på hele familien. Vi er sånn. Så vi kan ikke la være.»

Det fortelles også om voksne barn med psykiske lidelser, hvor tilstanden skal holdes mest mulig skjult, også for fjernere familiemedlemmer og andre. Psykiske lidelser er tabuisert og stigmatisert i miljøet, dette begrenser tilgangen til sosial støtte og hjelp (19). En ressursperson uttaler på vegne av gruppen:

Fordi vi tror det er litt skam. [Andre bryter inn: 'ja, ja!'] Disse [psykologer] sier at 'han er gal'. At han eller hun er unormal. Det er derfor at familien noen ganger holder og skjuler dem. De vil ikke gå og besøke psyko-

logen på grunn av det her. [Gruppen: 'Ja, ja!'] At folk ikke tør snakke om det.

Å oppdage at det finnes helsetilbud og treningsmuligheter som kan fremme god helse og forebygge helseplager, har vært til stor glede for kvinnene (23). Trening er en akseptert aktivitet: «Min mann er aldri imot at jeg trener». Noen blir kjørt og hentet av sin ektemann. At leger og helsepersonell har anbefalt tilbudet, gjør det akseptabelt:

Jeg tenkte at: 'Hvordan kan jeg trene? Jeg kommer aldri til å trene.' Men legen min trøstet meg fordi jeg ble deprimert og veldig sliten og sånn, og jeg sa: 'Hvor skal jeg trene? Jeg vil ikke gå sammen med menn.'

Hun fikk den henvisningen hun trengte. Kvinnene er samstemt begeistret over trenings- og turmuligheter de deltar i. Enkelte går til store anstrengelser – som å ta flere busser – for å komme til det spesielt tilrettelagte senteret, endatil etter en slitsom jobb. En kvinne sier: «Ja, jeg kommer og jeg trener. Veldig snill gruppe her. Alt hjelper. Og så snille! Og jeg er – her er vi midt i livet. Veldig bra treningssenter.» Andre forteller hvordan helsen er blitt bedre: «Da jeg begynte, kunne jeg nesten ikke puste. Veldig dårlig sirkulasjon. Men etterpå er jeg blitt bedre og bedre.»

De uttrykker en *holistisk* oppfatning av helse; mange sider ved treningsmiljøet innvirker både på den fysiske og psykiske helsen, de er tett forbundet (24, 25).

Sosial isolasjon, ensomhet og utenforskap

Mens kroppslige helseplager er noe kvinnene lett snakker om, er ensomhet og isolasjon noe de sjelden berører for egen del. Slik er de på linje med personer med norsk bakgrunn; egen ensomhet er et tabuisert og fortiet felt. Det innebærer å innrømme svikt i selvfølelsens sentrale vilkår – å være elsket, sett og inkludert (26). Kvinnene nevner situasjonen til andre de har hørt om, og konkretiserer det til sosiale tap som også kan berøre dem selv: at barna flytter hjemmefra, nære slektninger bor langt borte, eller at mannen blir syk og faller

bort. Samtidig kan det være isolasjon i hjemmet som har ført dem til senteret. En ressursperson oppsummerer sine erfaringer over flere år slik:

Vi har ganske mange enker [her] som ikke er så gamle, de er sånn rundt femti-femtifem. For dem er det litt sånn at livet for dem handler om – det er bare å leve, ikke sant? Være der, og det er stort sett at en har levd livet, ikke har noen mening – fordi at barna ofte har [flyttet ut]. (...) Mor bor alene sammen med kanskje den siste, minstemannen. Så kommer de hit. Fordi akkurat da har de et veldig behov for å komme i kontakt med andre.

Hun påpeker noen viktige årsaker til isolasjon blant aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn: Mannen er gått bort, barna er flyttet ut, de har hatt vanskeligheter i forhold til deltakelse i samfunnet og med å tilegne seg språkkunnskaper. Hun sammenfatter hva flere sliter med:

Ensomhet er det jo for en del. Det gjenspeiler hvordan vi mennesker er laget, sånn at vi må ha kontakt med andre for å kunne ... bli en hel – hel.

Å være barnløs, kan gi isolasjon – særlig i et sterkt familieorientert miljø.

Og så – jeg fikk ikke barn. Jeg var deprimert innimellom da, fordi jeg ikke fikk barn. Men jeg snakka til meg sjøl at det ikke er bare meg som er uten barn, det er mange som er det. Det er ikke jeg som kan bestemme.

Deltakerne understreker det de ser som store forskjeller i behandlingen av eldre mellom opprinnelseslandet og Norge: «Sånn som når barna får passe på foreldrene, det gjør de ikke her.» «Når vi er små, vi lærer: må, må respektere eldre folk. Din mor eller far.»

Språkbarrierer for å delta i andre fora, er et tilbakevendende tema; nødvendigheten av å kunne norsk betones sterkt. Mange av kvinnene har svake norskkunnskaper som begrenser kommunikasjon og kontakt med det norsk-språklige samfunnet – hjemme har de snakket morsmålet. Én forteller om sine vansker med å nå frem overfor offentlige instanser: «På grunn av språk, ingen

som hører meg.» En annen kvinne sammenfatter forskjellene slik: «Men de som har et språk, de får alt med seg. Og de som ikke er flinke til å snakke, de er vanskelige å nå.» En ressursperson forteller at norskkurs er et trekkplaster for deltakelse. Mange av kvinnene nevner at de kommer til senteret, fordi de der også kan snakke og høre norsk – samtidig med at de bruker sitt morsmål. Flere ønsker at de kunne gå på norskkurs. På et senter tilbys gratis norskopplæring for kvinner i alle aldre, og noen eldre kvinner deltar.

Hvor viktig eget språk og språkfelleskap er for å kunne formidle tanker, følelser og reaksjoner i vanskelige livssituasjoner, understreker en kvinne som har kommunisert med en fagperson på eget språk: «Så jeg kan snakke hva jeg føler.» Sterke følelser krever et vokabular som blir forstått.

Det er variasjon både innad i gruppene og mellom kvinner med pakistansk og indisk bakgrunn. Flere av kvinnene har vært i jobb. De har ofte deltatt mer i «norske» fora enn de hjemmearbeidende kvinnene. Kvinnene har også gjennom barnas skolegang og familiemedlemmers deltakelse på ulike arenaer, vært involvert i storsamfunnet. Men sterk familieorientering, familiearbeid og få andre kontakter gjør dem utsatt for sosial isolasjon – og ensomhet i eldre år – hvis lette familierelasjoner blir løsere og fjernere enn de ønsker. Som en ressursperson understreker: «Jeg ser at det er den gruppen som skriker minst.» Kvinnene risikerer å bli isolert og oversett.

Å ha noen å snakke med

Å ha noen å snakke åpent, tillitsfullt og fortrolig med er et hovedtema kvinnene stadig kommer tilbake til når det gjelder å lette tristhet og oppleve glede. Den nære fortrolighet hviler på en felles referanseramme, delte erfaringer og kunnskaper, og språk – noe som gir en umiddelbar forståelse av bakgrunn og innhold i andres beretninger. Kvinnene deler en «innenfrakunnskap» til en felles erfaringsverden. Den rommer ikke bare nåtid, men egen fortid i historisk kontekst. Det er en form for samforstand de ikke kan oppnå med kvinner med annen landbakgrunn, langt mindre med norske kvinner uten migrasjonserfaringer.

«Fordi – jeg tror alle damer – vi fra samme kultur – jeg vet hvordan det er der, vi har samme erfaring. Vi har kommet fra en kultur – vi er vant med å snakke.» Å kunne fortelle om følelser og opplevelser til andre som forstår – ses som helsebringende. «Men jeg har opplevd det og det og det. Så det betyr veldig mye for ens helse. Det at folk lytter. Så – ja.» «[Å snakke sammen] det er veldig viktig. Vi damer må snakke sammen. Ellers, hvis vi ikke snakker sammen, blir vi deprimerede. Det er sånn.»

Når de skal snakke om det mest tynkende og triste, er det kun noen få de kan betro seg til. Kvinnene understreker vennskapets fortrolighet og tillit til at privat informasjon ikke bringes videre – slik forskning om vennsapsrelasjoner fremhever som sentralt (27, 28, 29, 30). Det er engstelse for at fortrolige opplysninger kommer videre i miljøet. På spørsmål om *hvem* kvinnene kan snakke med, svarer én: «Ja, kanskje noen, men ikke så mange, med noen venninner. Jeg kan ikke prate alt med noen, men det er noen. *Henne* kan jeg snakke med.» Den neste presiserer: «Ja, damer snakker, men ikke menn.» [Alle ler.] Det er unisont blant de pakistanske kvinnene at dem de kan snakke fortrolig med, er andre kvinner, ikke menn. Menn fremstår som uaktuelle samtalepartnere om kvinners livsproblemer. Samtalen går videre: «Menn aldri ... [alle ler og snakker i munnen på hverandre]. Jeg tror ikke vi skal tenke hvordan vi prater, jeg har aldri tenkt på sønnen min eller mannen min prate om sånne ting, aldri har jeg hørt det.»

Også ressurspersonene understreker det store behovet mange av kvinnene har for å snakke med noen.

Grunnen [til at de kom] var det at jeg lyttet til dem ... Da vi hadde disse møtene, da hadde de veldig lyst til å fortelle, ikke sant? Det var ofte ting som de ikke klarte å fortelle til helsepersonell. (...) For det var en sånn lavterskel for å komme i kontakt med meg.

«Møteplasser er viktig! Det er kjempeviktig»

Dette sier en ressursperson. Kvinnene understreker stadig hvor mye møteplasser betyr for dem. I en gruppe bruker

de metaforen 'familie' om atmosfæren og samværet på et av sentrene:

Og så føler du at nå, ja, på det at jeg har vært hjemme hos meg, alle de [her] er som familie (...). Alle vi er som en familie.

En ressursperson utdyper hva kvinnene kan få på senteret: «De kan be her, de kan dusje, de kan sitte og spise, de kan showe, de kan le og gråte.» En deltaker fortsetter samtalen og sammenfatter: «Akkurat som hjemme.»

Vi som kommer til senteret for første gang, blir umiddelbart slått av varmen og vennligheten i miljøet. De som kommer, tas varmt imot; her utveksles klemmer, det er latter, det er livlig, trangt, og mange ting foregår samtidig. Miljøet fremstår som mer mangfoldig enn de mer spesialiserte samværene vi kjente til fra trening og organisasjonsliv.

I fokusgruppene konkretiseres det hva som er viktig for dem ved stedet. Det understrekes at det er viktig med ledere som snakker deres eget språk. «Det er veldig behov for det.» De berømmer at de som er på senteret er «veldig hyggelige, veldig snille», hvordan de hjelper dem som kommer. «Vi tenker hele tiden hvordan de hjelper [oss] med å bli bedre.» Vi hører om kvinner som kommer til krefter, som får mer energi, bedre helse, kommer ut, kommer i kontakt med andre. At kvinnene også kan sitte sammen og prate, er helt sentralt. Det nevnes at hver bydel må ha et trenings-senter hvor kvinner kan gå gratis. «Med kafé, hvor de kan gå og snakke med og treffe andre damer, og med trening med veiledning». Å møtes med respekt, er vesentlig.

Flere ressurspersoner forteller hvordan de er tilgjengelige for kontakt nærmest døgnet rundt. Det kan komme telefoner både om kvelden og natten. «Og – da jeg lyttet til dem og de til alle tider – både deres lidelser, utfordringer og historier.» Ressurspersonen understreker at det offentlige tilbudet ikke var tilpasset disse kvinnenes behov.

Ressurspersoner omtaler hvordan de målrettet trekker kvinner inn i oppgaver ved senteret, til oppgaver de mestrer – som matlaging. De deltar i fellesskap, og deltagelsen gir selvtilit og støtter selvbildet: «Jeg var en del av mange andre»,

sier en kvinne. Ledere, ansatte og ressurspersoner lytter til sorgene, følger enkelte til legen, hjelper til med søknader og planlegger tiltak for å møte deltakernes behov.

Et senter har hatt selvutviklingskurs, «men vi kaller det ikke det», sier lederen der. Hun forteller at senteret har mange formål:

Hvordan klare livet, hvordan se på seg selv, og hvorfor ting var viktig, hvorfor jeg er sånn. Deltakelse i samfunnet er viktig. Arbeid også.

Sitatet oppsummerer både formål med senteret, innhold, og hva det ser ut til å oppnå. At senteret har et helserelatert formål, gjør det akseptabelt. Deltakerne er gjerne blitt henvist til senteret av leger og helsepersonell, av andre deltagere, eller er trukket med av venninner.

Også moskeer og templer nevnes som viktige møteplasser, her kan kvinnene be, få støtte og dele et religiøst fellesskap.

Møteplassene de ulike steder oppleves som en viktig vei til bedre psykisk og fysisk helse, og trivsel. «Og hvis jeg er deprimert, og så man sier til seg selv at: 'Jeg skal gå ut. Ikke bare sitte hjemme. Prøv å gå ut!' Å treffe mer folk, ikke bare sitte, tror jeg er bra.»

Diskusjon

Studien viser et stort behov blant eldre kvinner med innvandrerbakgrunn for å ha noen å snakke med når livet føles vanskelig, de opplever isolasjon, og tungsinn setter inn. Vi legger her hovedvekten på de kvinnene som har sett eller erfart de største behovene for tilbud. Noen – først og fremst kvinner som er eller har vært yrkesaktive – er ganske godt integrert i det norske samfunn, kan norsk godt, og de kan finne frem til tilbud som er tilgjengelig for hele befolkningen.

Det er særlig de kvinnene som med en sterk familieorientering har vært hjemme og tatt ansvar for hus, mann, barn og barnebarn, som opplever isolasjon når det tette familienettverket svekkes. Mannens sykdom og død, øker isolasjonen. Et krav til kvinnen om å yte pleie og omsorg i hjemmet, med tilstedeværelse og omsorg døgnet rundt, innebærer en stor belastning. Som

andre studier viser, får menn og kvinner med innvandrerbakgrunn mange helseplager tidligere i livet enn andre, og særlig eldre kvinner har mange psykiske helseplager (7, 8). Disse kvinnene opplever tidligere enn norske kvinner mange forhold som generelt gir isolasjon og ensomhet, helsereduksjon, mobilitetsinnskrenkninger og tap av ektefelle (26). De har språkproblemer og har hatt lite kontakt med og kjennskap til norske samfunnsforhold.

Kvinnene i vår studie sier at det ikke lenger er flyttingen og omstillingen til norske forhold, som er belastningen. De sier at det er her som er 'hjemme' nå, her er ektemann, barn og barnebarn, og mange tilbud som de setter pris på.

Kvinnene bruker hverdagslivsord om sine psykiske plager og belastninger, som å være trist og lei seg. Ordet *depressjon* er på samme tid et innarbeidet hverdagsord og et diagnostisk begrep som brukes. Når våre spørsmål åpner for egne eller andres tyngende hverdagslivsproblemer, viser kvinnene stor åpenhet – både overfor oss og de andre deltagere. Ordet *bekymringer* er velegnet til å åpne for beretninger om psykiske belastninger. Kvinnene ønsker at fagfolk kan høre deres egne fortellinger om helserelaterte forhold, se dem i kontekst i *deres* livssituasjon.

Nødvendige forutsetninger er åpenhet, nok tid, en lyttende holdning, og forståelse for deres bakgrunn og livssituasjon. Aller helst – og best – er fagfolk som kan deres språk og deler deres etniske og religiøse bakgrunn.

Det kvinnene setter mest pris på, er samtale med andre kvinner som har samme innvandrerbakgrunn og livssituasjon, som umiddelbart forstår deres situasjon i en livsløps- og livshistorisk kontekst (31). Kvinnene bruker selv ordene 'vår kultur' om dette erfaringsfellesskapet. Forskere anvender gjerne levekårsfaktorer for å beskrive og forklare eventuelle forskjeller til majoritetsbefolkningen. For kvinnene ser ordet 'kultur' ut til å favne et mangfold av ulike forhold som inngår i et opplevd fellesskap: språk, religion, oppvekstforhold, kjønnsroller, migrasjon, og livet i Norge – et prisme med mange fasetter. 'Vår kultur' er ordene som peker på alt det i deres fellesskap som støtter opp

under deres identitet og selvbilde, og som er viktig å oppleve bekreftelse på og få respekt for i eldre år.

Samtalene med andre eldre kvinner er både forebyggende og helsefremmende, slik kvinnene med *sine* ord beskriver det. Samtalene gir lettelse i sinnet, mindre tristhet, større optimisme, bedre trivsel og glede – og demper eller får de psykiske plagene og bekymringene til å tre i bakgrunnen. Oversatt til fagtermer: Samtalene med andre kvinner bidrar til bedre psykisk helse. Betydningen av samtalene om en delt erfaringsverden, kan ses som anvendelse av en likemanns- eller likekvinnemodell som støtte til bedre helse, funksjon og trivsel (32, 33, 34). Vi finner at kvinnene uttrykker et holistisk syn på helse; kroppen og psyken er innvevd i en totalitet, erfart i sin konkrete hverdagslivskontekst. Kvinnene har smerter, 'vondter', mangler krefter, er fysisk og psykisk slitne, de har mange helseplager – i samspill med diagnostiserte sykdommer.

En viktig målsetting for tiltak rettet mot innvandrerbefolkningen, er vanligvis inkludering i det norske samfunnet; utdanning, jobb, og deltakelse i organisasjoner og på arenaer hvor befolkningen for øvrig deltar. For mange av kvinnene vil møtestedene de ønsker først og fremst være miljøer for innvandrerkvinner; disse ses som psykisk helsefremmende, reduserer ensomhet og øker kvinners trivsel og livskvalitet. Inkludering i denne sammenhengen betyr altså en inkludering i selvvalgte fellesskap – det de opplever som mest nærliggende og kulturelt forenlig med egen bakgrunn. Et norsk eldresenter ser ikke ut til å oppleves som et slikt nærliggende fellesskap. Alder er underordnet som kategori for fellesskap for kvinnene; kjønn og språk og religion er overordnede fellesskapskategorier. Samtidig fungerer slike miljøer som inngangsport til 'det norske' samfunnet; her snakkes det norsk, her finnes fagfolk eller ressurspersoner som kjenner det norske systemet og helse- og omsorgstilbud. De fungerer som veivisere og støttepersoner inn til andre arenaer – slik vi har funnet (19).

Det har vanligvis vært en forståelse av 'integrering' og 'inkludering', basert på en enkel dikotomi mellom 'innvandrer-

miljøer' og 'det norske samfunnet'. Man har oversett alle de nyanser og ulike faktorer som spiller inn i et langt mer komplekst bilde av samspill på ulike arenaer. Det er underkjent at for noen grupper – her eldre innvandrerkvinner – er deltagelse i et kvinnemiljø integrerende på arenaer utenfor familien – det utvider livsrommet, reduserer isolasjon og fungerer som åpning til en verden utenfor innvandrerkreter. Inkludering skjer på mange plan og ved mange prosesser – samtidig.

Konklusjon

Vi vil understreke at ut fra dette prosjektet rettet mot eldre kvinner med innvandrerbakgrunn (her pakistansk og indisk), vil et helt sentralt inkluderingsiltak være å støtte dem i større deltagelse på møteplasser hvor de selv føler seg hjemme. Det er miljøer der de opplever seg som likeverdige og respekterte deltakere, miljøer som støtter opp under deres selvilde og bringer dem inn i fellesskap med andre.

Det trengs mange møteplasser for eldre innvandrerkvinner – rimelige og lett tilgjengelige. Det vil styrke den psykiske helse.

■ kirsten.thorsen@aldringoghelse.no

Prosjektet er finansiert av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse med støtte fra ExtraStiftelsen via Norske Kvinners Sanitetsforening.

REFERANSER

1. Straiton M, Reneflot A & Diaz E. Immigrants' use of primary health care services for mental health problems. *BMC Health Services Research*, 2014; 14:341.
2. Ingebreten R. Omsorg for eldre innvandrere. Samlede prosjekterfaringer. NOVA-rapport 15. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 2010.
3. Sørheim TA. Innvandrere og funksjonshemmede barn i møte med tjenesteapparatet. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000.
4. Sajjad TA. «Hvis det fødes et sykt barn, hva tror du det skyldes?» En medisinsk antropologisk studie av genetisk veiledning blant pakistansk-norske familier. Doktoravhandling. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2011.
5. Wheeler EL. Mental illness and social stigma: experiences in a Pakistani community in the UK. *Gender and Development*, 1998; 6(1):37–43.
6. Forland F (red.). Migrasjon og helse. Utfordringer og utviklingstrekk. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.
7. Blom S. Innvandreres helse 2005/2006. Rapport 35. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2008.
8. Blom S. Dårligere helse blant innvandrerne. Samfunnspeilet 2. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2011.
9. Kleinman A & Good B. Culture and depression. *Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley: University of California Press, 1985.
10. Syed HR, Dalgard OS, Hussain A et al. Inequalities in health: a comparative study between ethnic Norwegians and Pakistanis in Oslo, Norway. *International Journal for Equity in Health*, 2006; 5(7):1–9.
11. Sachs L. Transkulturell psykiatri. Antropologiske studier i normalitet. I Sundgren M & Topor A (red.). Psykiatri som sosial virksomhet. Stockholm: Bonnier, 2011.
12. Dalgard OS & Thapa SB. Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2007; 3(24):1–10.
13. Næss Ø, Rognerud M & Strand BH. Sosial ulikhet i helse. En faktarapport. Rapport 1. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2007.
14. Eriksen TH & Sajjad TA. Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2011.
15. Abebe DS. Public Health Challenges of Immigrants in Norway: A research Review. NAKMI-rapport. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for minoritetshelse, 2010.
16. Moen B. Tilhørighetens balanse. Norsk-pakistanske kvinners hverdagsliv i transnasjonale familier. NOVA-rapport 13. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 2009.
17. IMDi. India som landbakgrunn. Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2009. www.imdi.no/no/Kunnskapsbasen.
18. Thorsen K & Clausen SE. Funksjonshemming, ensomhet og depresjon: Hva betyr ensomhet for om personer med funksjonshemming opplever depresjon? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 2008; 1:19–27.
19. Ingebreten R, Thorsen K & Myrvang VH. Livsmot og mismot blant aldrede kvinner med innvandrerbakgrunn. «Møteplasser er viktig! Det er kjempeviktig». Manus under trykking. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2015. <http://extrastiftelsen.no>
20. Borg M. Psykisk helse i et mangfoldig livsløp. I Thorsen K & Jeppsson Grassman E. *Livsløp med funksjonshemming*, s. 193–213. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2012.
21. Borg M. The Nature of Recovery as Lived in Everyday Life: Perspectives of individuals recovering from severe mental health problems. Doktoravhandling. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2007.
22. Kvale S & Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009.
23. Hdir. Fysisk aktivitet og psykisk helse – et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer. Oslo: Helsedirektoratet, 2010.
24. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 1977; 196:129–36.
25. Borrell-Carrió F, Suchman AL & Epstein RM. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2004; 2(6):576–582.
26. Nicolaisen M & Thorsen K. Who are lonely? Loneliness in different age groups (18–81 years old), using two different measures of loneliness. *Journal of Aging and Human Development*, 2014; 89(3):231–259.
27. Huxhold O, Miche M & Schüz B. Benefits of having friends in older ages: Differential effects of informal social activities on well-being in middle-aged and older adults. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2013; 69(3):366–375.
28. Matthews S. Friendship through the life course. Oral biographies in old age. Beverly Hills: SAGE, 1986.
29. Amichai-Hamburger Y, Kingsbury M & Schneider B. Friendship: An old concept with a new meaning? *Computers in Human Behavior*, 2013; 29:33–39.
30. Lange B & Slagsvold M. Venner for harde livet. Oslo: Aschehoug, 2003.
31. Fosslund T & Thorsen K. Livshistorier i teori og praksis. Bergen: Fagbokforlaget, 2010.
32. NOU. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. Norges offentlige utredninger, 3. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2005.
33. Mead S, Hilton D & Curtis L. Peer Support: A Theoretical Perspective. http://www.intentionalpeersupport.org/wp-content/uploads/2014/02/Peer-Support_A-Theoretical-Perspective.pdf (nedlastet 25.09.14).
34. Mead S & MacNeil C. Peer Support: What Makes It Unique? *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 2006; 10(2): 29–37.



Forsker, postdoktor Aud Johannessen (1)
Professor emeritus Knut Engedal (1)
Seniorforsker Anne-Sofie Helvik (1, 2, 3, 4)

1) Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. 2) Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultetet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim. 3) St. Olavs Hospital, universitetssykehuset i Trondheim. 4) Innlandet Sykehus, Divisjon Tynset

Bruk og misbruk av alkohol og psykofarmaka blant eldre

Forbruket av alkohol og psykofarmaka er et økende problem blant eldre. Å få kunnskaper om helsepersonells erfaringer med dette problemet er derfor viktig for å kunne tilrettelegge helsetjenester til eldre. Temaet har blitt viet liten oppmerksomhet i kommunehelsetjenesten.

Innledning

Bruk og misbruk av alkohol og psykofarmaka er et økende problem blant eldre (1-3). Med psykofarmaka menes det i denne sammenhengen legemidler for søvnforstyrrelser, beroligende legemidler og antidepressive legemidler. Eldre er her definert som personer over 65 år. De er en av flere målgrupper i de nasjonale satsingene på å forebygge og behandle rus og rusrelaterte problemer (4). I Norge, som i mange andre land, har alkoholforbruket økt de siste årtier, og det er i dag flere eldre som drikker alkohol regelmessig, sammenlignet med for 15 år siden. Størst er forbruket blant eldre i aldersgruppen 66-79 år (1-3,5). I mange land øker også forbruket av psykofarmaka med alderen, og eldre står for omtrent halvparten av forbruket av psykofarmaka i Norge (2-3,5-7). Det er personer i aldersgruppen mellom 85-89 år som står for det største forbruket av antidepressive legemidler (8). I hovedsak er det fastlegene som starter og vedlikeholder behandlingen med disse legemidlene som øker signifikant med alder. Det er også verdt å nevne at psykiateres rolle i behandlingen med denne type legemidler synker betraktelig med pasientens alder (7).

Overforbruk av alkohol og psykofarmaka kan påvirke eldres helse negativt, og dette kan bli kostbart for samfunnet i fremtiden med den stigende andelen av eldre i befolkningen (9,10). Internasjonale

studier har vist at behandling har god effekt for å få redusert forbruket av alkohol og psykofarmaka (11). Nasjonale faglige retningslinjer for diagnostisering, behandling og oppfølging av personer med ruslidelse og samtidig psykisk lidelse er utarbeidet, men disse er ikke spesielt tilpasset eldre (4). Det antas at et fåtall eldre med ruslidelser/misbruk av alkohol eller psykofarmaka får et tilbud om utredning og behandling, men vi har ingen eksakt informasjon om dette (12).

Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse har gjennomført et forskningsprosjekt hvor vi har hatt fokus på helsepersonell i primærhelsetjenesten. Hensikten med studien var å få kunnskaper om helsepersonells syn på og erfaringer med bruk og misbruk hos eldre som mottar omsorgstjenester, og i hvilken grad det fokuseres på denne problemstillingen i planlegging og tilrettelegging av tjenester.

Mål

Å undersøke helsepersonells syn på og erfaringer med bruk og misbruk av alkohol og psykofarmaka hos eldre som mottar kommunale omsorgstjenester, og hvorvidt dette er et tema når helse-tjenester planlegges og utføres.

Metode

Det ble gjennomført en studie i 2013 med et kvalitativ forskningsdesign (13). I alt 16 personer som arbeidet i kommune-

helsetjenesten i 14 ulike kommuner i Sør-Norge ble intervjuet, hvorav fire var menn. Av disse var 13 sykepleiere, to var ergoterapeuter og en var fysioterapeut. Informantene hadde arbeidet med eldre fra ett til 34 år.

Deltakerne ble spurt om to tematiske spørsmål, som vist i tekstboks 1. Videre utdypende beskrivelse av metode og analyseprosessen og funn og artikkelen i sin helhet er beskrevet i den publiserte forskningsartikkelen (14).

Tekstboks 1. Intervjuguide

Er alkohol og/eller foreskrevet psykofarmaka et tema når du eller dine kolleger planlegger tjenester i samarbeid med pasientene og deres pårørende?

Hvordan påvirker alkohol og/eller reseptpliktig psykofarmaka eller en kombinasjon av disse eldres funksjonsnivå?

Funn

To hovedtemaer relatert til deltakernes erfaringer ble avdekket. I temaet dagens praksis beskrev deltakerne i hvilken grad det er legitimt å snakke om bruk og misbruk av alkohol og psykofarmaka og om deres oppmerksomhet på temaet, samt deres kompetanse og kunnskaper på området. I det andre temaet beskrev

Tabell 1

Hoved- og undertemaer relatert til helsepersonells syn på og erfaringer med bruk av alkohol og psykofarmaka blant eldre, og hvorvidt dette er tema når helsetjenester planlegges og utføres.

Hovedtema	Undertema
Dagens praksis	Legitimitet og oppmerksomhet på bruk og misbruk
	Kompetanse og kunnskaper fra praksis
Et ønske om å forbedre tjenestene	Samarbeid kreves
	Endring av rutiner

deltakerne *et ønske om å forbedre tjenestene* ved å bedre tverrfaglig samarbeid og endring av rutiner. Hvert hovedtema inkluderte to undertemaer, som er beskrevet i tabell 1.

Dagens praksis

Legitimitet og oppmerksomhet på bruk og misbruk

Deltakerne omtalte bruk av alkohol som til dels en privatsak og sa at et glass nå og da eller hver dag, ikke var til skade. Noen anbefalte de eldre til å ta et glass i stedet for å bruke psykofarmaka. Videre uttrykte de at det var spesielt vanskelig å snakke om temaet til pasienter, og spesielt de med innvandrerbakgrunn og pårørende generelt. En av dem uttalte: *Det er følsomt å snakke om misbruk, og pårørende ønsker ofte å legge et lokk på et slikt tema.*

Deltakerne sa også at enkelte pårørende mente at de eldre skulle få drikke det de var vant til å drikke, fordi de var gamle og hadde få gleder på grunn av svekket helse.

Selv om mange av deltakerne lot være å snakke om alkoholforbruk med de eldre var det likevel noen som tok dette opp, fordi forbruket ble ansett som et problem hos enkelte pasienter. De hadde erfart at alkoholkonsumet var størst hos de yngste eldre, og at kvinner oftere brukte psykofarmaka, og hyppigere i kombinasjon med sovepiller enn menn. Utover dette uttrykte deltakerne at en mer liberale holdningen til forbruk av alkohol og psykofarmaka i dag sammenlignet med tidligere, samt endring av levemåte hadde resultert i et høyere forbruk blant eldre i dag i forhold til tidligere. En av deltakerne omtalte dagens psykofarmakabruk blant eldre slik: *Jeg har arbeidet med eldre i mange år, men jeg kan ikke huske å ha gått rundt med*

så mye medisiner generelt, i løpet av en arbeidsdag.

Det var en generell holdning blant deltakerne at mange eldre strevde med vanskelige tanker og ensomhet. Ensomhet ble oppfattet som en konsekvens av å bli overlatt til seg selv i stedet for å bli tilbudt omsorg. Enkelte fortalte at de forsøkte å holde et øye med forbruket av alkohol og psykofarmaka hos pasientene, men generelt erfarte de at det ikke var en relevant problemstilling. De hadde ikke rutiner for å registrere forbruket av alkohol og psykofarmaka i sin praksis.

Kompetanse og kunnskaper fra praksis

Deltakerne som ble intervjuet hadde i liten grad kunnskaper om anbefalte retningslinjer på forbruk knyttet til alkohol eller om alkoholens innvirkning på Eldres helse generelt, bortsett fra egne erfaringer fra praksis. Deltakerne var vel vitende om faren for avhengighet knyttet til psykofarmakabruk, men de hadde lite spesifikke kunnskaper om innvirkningen på de Eldres helse i forbindelse med bruk av psykofarmaka. Deltakerne forsøkte å følge søvn mønsteret og registrerte smerter hos klientene for å kunne avdekke et misbruk eller overforbruk. Å følge med på dette var vanskelig når pasientene var utmattet, litt forvirret eller spesielt hadde smerter. En av deltakerne uttalte: *Jeg sier til de eldre at det ikke er lurt å ta en ekstra sovetablett midt på natten, og at det ikke er vanlig å sove så lenge.*

Deltakerne fortalte også at de opplevde at eldre generelt hadde lite kunnskap om halveringstid, økt falltendens og/eller andre bivirkninger ved bruk av psykofarmaka. Likeledes var de Eldres kunnskaper om farene ved bruk av alkohol i kombinasjon med psykofarmaka

tildeles manglende, mente deltakerne. Deltakerne fortalte videre at de forsøkte å følge med på skadevirkningene ved bruk av psykofarmaka, men dette var ikke alltid det som var i fokus. Som en av deltakerne sa: *Det er skremmende å si, men jeg tenker ikke på psykofarmaka når noen har falt. Du tenker på blodtrykk, feber, hudskader eller infeksjoner.*

Et ønske om å forbedre tjenestene

Samarbeid kreves

Deltakerne opplevde at hverdagen var travel og det var vanskelig å ha fokus på bruk og misbruk av alkohol og psykofarmaka. Mange mente at det dessuten var involvert alt for mange personer rundt en klient gjennom døgnet. Av den grunn var det vanskelig å følge med på et eventuelt bruk eller misbruk. Deltakerne erfarte også at det var vanskelig å fokusere på behov klientene hadde utover de fysiske. Videre ga deltakerne uttrykk for at de ikke hadde oversikt over tidspunktet for fastlegenes siste vurdering eller justering av medikamenter generelt, fordi de manglet samarbeidsrutiner og dokumentasjon. De travle dagene til fastlegene og mangel på kommunikasjon og samarbeid var grunnen til at slike vurderinger og justeringer ble vanskelig. En av deltakerne uttrykte: *Jeg savner å ha samarbeidsrutiner med fastlegene rundt forskrevne medisiner. Medikamentlistene er lange og noen ganger blir de bare justert når spesialisthelsetjenesten har vært involvert.*

Deltakerne påpekte at det var viktig å samarbeide med pårørende i alle sammenhenger og at fokus på å samarbeide burde bli enda bedre. En av deltakerne uttalte seg slik: *Jeg har erfart at enkelte eldre står uforholdsmessig lenge på noen medikamenter. Noen ganger har også pårørende vært inne i bildet og fått fastlegen til å skrive ut medisiner, for eksempel mot depresjon. En avgjørelse som blir tatt uten å involvere oss (hjemmetjenesten).*

Endring av rutiner

Deltakerne uttrykte behov for en bedre organisasjonsstruktur som tok hensyn til de ulike profesjonenes kompetanse og hver enkelt helsearbeiders kompetanse

for å kunne ivareta og imøtekomme hver enkelt klients behov. Vurdering av alkoholkonsum og psykofarmakabruk og misbruk skulle være inkludert i en slik struktur.

Deltakerne mente at klientenes medikamentlister burde vurderes hver sjettemåned i samarbeid med fastlegen, men de hadde ikke slike rutiner nå. De mente også at ved gjennomgang av legemiddel-listene ville det være en fordel om en geriater også ble konsultert. Noen uttalte at de hadde prosjekter i kommunen med fokus på bruk- og misbruksproblematikk knyttet til eldre, noe som hadde hjulpet dem til å snakke med klientene om temaet bruk og misbruk av alkohol og psykofarmaka. En deltaker sa det slik: *Etter å ha startet med dette prosjektet så er det lettere å snakke om alkohol- og medikamentbruk og misbruk.*

Avslutning og konklusjon

Det er lite forskning om helsepersonells syn på, og erfaringer med, alkohol- og psykofarmakabruk og misbruk hos eldre, og i hvilken grad det fokuseres på denne problemstillingen i planlegging og tilrettelegging av kommunale helsetjenester. Denne studien har gitt oss innblikk i dagens praksis i primærhelsetjenesten, hvordan helsearbeideres kompetanse og kunnskaper om bruk og misbruk av alkohol og psykofarmaka hos eldre er, og hvilke endringer som er ønsket for å bedre praksisen.

Temaet bruk og misbruk av alkohol og psykofarmaka blant eldre har frem til nå blitt viet liten oppmerksomhet, men dette er et tema og fokus som bør være aktuelt i dagens kliniske hverdag for mange helsearbeidere (12). Kunnskapen om forbruk og overforbruk av alkohol og psykofarmaka blant helsepersonell med

høgskoleutdanning og lang erfaring fra primærhelsetjenesten, var lav. Et økt kunnskapsnivå hos helsepersonell på alkohol- og psykofarmakabruk og misbruk er essensielt for at temaet skal komme i fokus i den kliniske praksisen. Videre kan det også synes nødvendig med en holdningsendring blant helsearbeidere, da deltakerne uttalte at bruk av alkohol til dels er en privat sak, og de så ikke på et glass vin nå og da, eller hver dag som risikofyllt.

Studien viser videre at deltakerne hadde et ønske om å forbedre tjenestene slik at bruk og misbruk av alkohol og psykofarmaka kunne komme mer i fokus i den kliniske hverdagen. En forutsetning for at dette skulle skje var at det blir lagt til rette for og gjennomført et bedre tverrfaglig samarbeid med endring av rutiner i primærhelsetjenesten. Endring av rutiner for når helsepersonell skal utstede bekymringsmeldinger er også sentralt for å bedre tjenestene. Fastlegene har en forankret forpliktelse i dette samarbeidet. En pågående studie ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse ser nå på fastlegenes erfaringer, forventninger og rolle ved bruk og misbruk av alkohol og psykofarmaka hos eldre.

■ aud.johannessen@aldringoghelse.no

REFERANSER

- Hallgren M, Högberg PI & Andréasson S. Alcohol consumption among elderly European Union citizens. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health, 2009.
- Crome I, Dar K & Janikiewicz S et al. Our invisible addicts, College Report CR165. London: Working Group of the Royal College of Psychiatrists, 2011. www.rcpsych.ac.uk.
- Støver M, Bratberg G & Nordfjær T et al. Bruk av alkohol og medikamenter blant eldre (60+) i Norge, Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag – rapport. Institutt for samfunnsmedisin. Trondheim: HUNT forskningssenter NTNU, 2012.
- ROP-Guidelines, Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Oslo: Helsedirektoratet, IS-1948. 2012.
- Bye EK & Østhus K. Alkoholkonsum blant eldre, Statens institutt for rusmiddelforskning, SIRUS. Oslo: 2012.
- Simoni-Wastila L & Huiwen KY. Psychoactive drug abuse in older adults. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy* 2006; 4: 380-394.
- Kjosavik SR. Prescribing and Prescribers of Psychotropic Drugs in Norway. Bergen: Universitet i Bergen, 2012.
- Midtflå JM. Bruk av anxiolytika og hypnotika til eldre. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 2007.
- Blow FC & Barry KL. Alcohol and substance misuse in older adults. *Journal of current psychiatry reports* 2012; 14: 310-9.
- World Health Association, WHO. Constitution of the World Health Organization. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf 2006.
- Moy I, Crome P & Crome I et al. Systematic and narrative review of treatment for older people with substance problems. *European geriatric medicine* 2011; 2: 199-262.
- Frydenlund R. Eldre, alkohol og legemiddelbruk. Oslo: Kompetansesenter rus, 2011.
- Graneheim U & Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today* 2004; 24: 105-112.
- Johannessen A, Engedal K & Helvik A-S. Use and misuse of alcohol and psychotropic drugs among older people: Is that an issue when services are planned for and implemented? *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2013; doi: 10.1111/scs.12166



Sykkeltrening

– meningsfull behandling for atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD)

Atferdsmessige og psykologiske symptomer (APSD) er en vanlig følgetilstand ved demens. APSD kan innebære store lidelser for pasientene, er en belastning for omgivelsene og er ofte en utløsende årsak til institusjonalisering. Ved Kolstihagen sykehjem undersøkte vi om trening på trimsykkel sammen med minutt-for-minuttvisning av filmer fra Bergens gater har effekt på APSD. Våre studier fant at treningen ikke har effekt på vandring, men at treningen reduserer angst og fysisk utagering på dette utvalget. Med bakgrunn i funnene pekes det på et behov for mer forskning innen feltet og en økt satsing på miljøtiltak, i særdeleshet fysisk aktivisering, i sykehjemmene.

«Sinnet var helt uforutsigbart. Vi kunne sitte og spise middag, og plutselig kastet han gaffelen og kniven i fullt raseri. Han kunne sparke stolen jeg satt på, så jeg falt på gulvet.(..) Han slo meg aldri i ansiktet, men kroppen var full av blåmerker etter klyping og slag. Den verbale volden var slik at jeg mistet all selvtillit!» (1).

Ordene ovenfor er Inger Glesnes. Hennes ektemann ble diagnostisert med frontallapsdemens i 2010 (1). Med et enkelt og nøkternt språk gir hun leseren innblikk i en krevende hverdag. En hverdag preget av sorg over det gradvise tapet av en ektefelle, blandet med frykt for hva morgendagen måtte bringe. Når personer med demens viser en slik atferdsendring, kan dette bli så krevende for pårørende at pasienten må institusjonaliseres (2).

Å arbeide med sykehjemspasienter med demenssykdom er ofte ensbetydende med å være vitne til lidelsene ved atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer (APSD). APSD forekommer hos opptil 90 prosent av pasienter med demens (3), noe som innebærer at helsepersonell kan møte pasienter med denne lidelsen både på sykehus, i sykehjem og i hjemme-

sykepleien. Det er sykepleierens oppgave å lindre angst hos pasienter som ikke finner ro, finne årsak for å avhjelpe agitasjon og gjøre en stadig mer uforståelig omverden mer begripelig for pasienten. APSD representerer en enorm belastning for pårørende, men spesielt for pasienten selv. Pasientens atferdsforstyrrelser blir ofte så krevende at institusjonalisering er eneste løsning. Når pasienten ankommer sykehjemmet skal helsepersonell sikre at pasienten får en god hverdag, hvor man til tross for sin sykdom kan leve et så godt liv som mulig.

Det var nettopp dette Etat for alders- og sykehjem i Bergen ønsket å oppnå, da de i 2011 startet prosjektet «fysisk aktivisering for personer med demens». De ønsket å skape gode øyeblikk for sykehjemsbeboerne, stunder hvor pasientene fikk oppleve en ny form for miljøbehandling og aktivisering.

Kjernen i prosjektet var at pasientene skulle sykle på en trimsykkel samtidig med at de så på film. Filmene var minutt for minuttfilmer laget på anbud av Bergensfirmaet Buss & Media AS. Filmskaperne hadde gjort opptak med kamera fastmontert på biltaket mens de kjørte langs Bergens gater. Resultatet ble to filmer fra kjente steder i Bergen som skulle

gi pasientene opplevelsen av å trække gatelangs på sykkel. Trimsykkelen som skulle brukes var spesialtilpasset personer med redusert muskelstyrke. Den hadde pedaler og muligheter for å trene armer med et roterende styre. I tillegg var den utstyrt med en motor som skrudde seg automatisk på ved behov og lot pasienten sykle passivt. Idet pasienten selv begynte å trø, skrudde motoren seg av og pasienten fikk aktiv trening. Sykkelen hadde et display hvor man etter endt trening kunne avlese en rekke resultater; distanse, kaloriforbruk og samlet aktiv og passiv treningstid. Man hadde i tillegg muligheten til å øke effekten av treningen ved å øke motstanden på sykkelen.

Samtlige kommunale institusjoner i Bergen fikk tilbud om å delta i prosjektet. Kolstihagen sykehjem var en av fem institusjoner som startet med å prøve ut treningstilbudet. Prosjektet var rettet mot langtidsbeboere med demenssykdom, og sykehjemmets eneste demensavdeling med ti beboere ble derfor selvskreven deltaker. Vi visste ikke om alle pasientene ville være i stand til å delta i prosjektet, men vi ønsket å forsøke. Vi så prosjektet som en mulighet for å få mer kunnskap om hvordan vi kunne motivere våre beboere til å være mer aktive. Til

MOTORISERT: Sykkelen var utstyrt med en motor slik at selv pasienter med svært nedsatt muskelstyrke kunne sykle. Motoren slo seg av og på automatisk ved behov ettersom beboeren trødde selv eller ikke.

Foto: Jylan Jihad, Kalfaret sykehjem.



tross for vissheten om at fysisk aktivitet er viktig gjennom hele livsløpet, var det ofte mye stillesittende aktiviteter på sykehjemmet. I møte med den geriatriske pasient har helsepersonell et særlig ansvar for å motivere pasientene til å være aktive. Helsedirektoratets anbefaling er minimum tre ukentlige treningsøkter som har et særlig fokus på fallforebygging og balanse. Gjennom Folkehelsenloven er kommunene, herunder også helsepersonell, forpliktet til å bidra til å fremme fysisk aktivitet (4). Kolstihagen sykehjem så prosjektet som en mulighet til å øke kvaliteten og kvantiteten på vårt fysiske aktivitetstilbud og samtidig tilby beboerne en atspredelse fra sykehjemmets vanlige hverdag.

Metode

Samtlige fem institusjoner som deltok i prosjektets prøveperiode ble bedt om å dokumentere de eventuelle effektene den økte fysiske aktiviteten hadde for beboerne. Sykehjemmene kunne selv bestemme hva de ville måle og man stod fritt i forhold til fremgangsmåte. Det eneste kravet var at bruken av sykkelen skulle registreres og rapporteres tilbake til Etat for alders- og sykehjem.

På Kolstihagen sykehjem ble det besluttet å benytte døgntkontinuerlige

atferdsregistreringsskjema for å se om trening hadde noen effekt på APSD. På avdelingen var vi ofte rådvile med hensyn til hvordan vi kunne bidra til lindring av pasientenes APSD. Vår holdning var alltid å benytte oss av ikke-medikamentelle tiltak og unngå antipsykotiske midler så langt det var mulig. Dette fordi vår erfaring tilsa at beboerne ofte fikk plagsomme bivirkninger og en reduksjon i ADL-funksjon.

Som et ledd i vårt arbeid med å finne gode løsninger for beboernes APSD var avdelingen godt kjent med bruk av atferdsregistreringsskjema. Skjemaene hadde vært en del av hverdagen vår og benyttet aktivt for å evaluere både medikamentell og ikke-medikamentell behandling. I prosjektets prøveperiode utfordret vi oss selv til å føre atferdsregistreringsskjema døgnet rundt på samtlige 10 beboere. Som avdelings- sykepleier var det mitt ansvar å motivere personalet til å delta i prosjektet. Det ble avholdt møter i forkant hvor vi snakket om det arbeidet vi hadde foran oss og hvilke utfordringer og muligheter det stilte oss ovenfor. Det var viktig at hele personalgruppen bidro for å kunne gjennomføre prosjektet. Til å hjelpe meg som avdelingssykepleier i det arbeidet, valgte jeg ut vår egen fysioterapeut som

prosjektmedarbeider. Vedkommende ble valgt ut til å ha et spesielt ansvar i prosjektet, både for å kvalitetssikre treningen, men også for å bidra med å forankre prosjektet i personalgruppen sammen med ledelsen.

Registrering av atferd

Vi startet registreringen av atferd en uke forut for treningen for å sikre at samtlige ansatte var kjent med registreringen og for å kunne lære opp dem som hadde behov for det. Selv om det å registrere atferd var en implementert rutine blant de ansatte på avdelingen, hadde det tidligere aldri forekommet at samtlige beboere har blitt registrert i samme tidsrom. Dette krevde et mer utstrakt dokumentasjonsarbeid enn personalet var vant til. For å motivere de ansatte ble det gitt både muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet. Det var også vesentlig at man ble minnet om hvor viktig redskap atferdsregistrering er for oss som arbeider med personer med demens. Det er et kjent faktum at helsepersonell som arbeider tett innpå pasientene ofte kan tolke sine observasjoner ulikt og ha ulike definisjoner på like begrep. Det ble derfor naturlig å snakke med personalet om hva som egentlig er vandring og hva som er uro. Dette for å

ansvarliggjøre de ansatte i deres observasjoner og for å kvalitetssikre dokumentasjonen. Samtidig fikk de ansatte påvirke hvilke former for APSD som skulle registreres og det ble enstemmig besluttet å kartlegge søvn, angst, fysisk utagering, vandring og ro.

Videre ble det utarbeidet en treningsdagbok som samtlige deltakere skulle registreres i. Her ble både treningslengde og reaksjoner og observasjoner som den ansatte gjorde seg under treningen nedtegnet. Vi registrerte samtidig passiv og aktiv treningsmengde etter hver enkelt treningsøkt.

Resultater

Da sykkelankomsten og treningstilbudet ble lansert, ble den møtt av individuelle reaksjoner fra pasientene. Noen ga uttrykk for at dette våget de ikke, kanskje kunne noe av dette fine utstyret bli ødelagt? Personalet på sin side var veldig spent. De reiste flere spørsmål: Hvordan ville vi kunne tilby sykling som aktivitet midt i en ellers travel hverdag? Var utstyret vanskelig å bruke? Hvor lenge skulle den enkelte pasient sykle? Og var sykling en aktivitet som ville falle i smak hos våre pasienter?

Det viste seg imidlertid raskt at majoriteten av pasientene tok imot tilbudet med åpne armer. Det var individuelt hvor lenge de hadde tålmodighet og fysisk utholdenhet til å sykle. Men de delte en felles reaksjon på at dette var noe som var gøy, noe kjekt, noe de ville ha mer av.

Personalet lærte seg raskt det tekniske med sykkelankomsten og ga uttrykk for at dette var et arbeid de synes var artig. Det var spennende å lære noe nytt og ikke minst, å undersøke om treningen ville lindre APSD hos noen av våre pasienter.

Sykkelen ble med andre ord raskt et svært populært tilbud. Sykkelen var enkel å bruke og krevde lite opplæring av personale og beboere. Sammen med syklene mottok Kolstihagen flere filmer. Filmene inneholdt opptak fra Bergens gater og viste kjente steder som Festplassen, Bryggen og Akvariet på Nordnes. Beboerne så filmene og «passerte» de kjente stedene mens de trakk. Firmaet Buss & Media hadde laget filmene etter anbud. De hadde montert kameraer på et biltak og filmet fortløpende langs kjente

traseer i Bergen. Filmene inneholdt en kombinasjon av naturlig gatestøy og kjente bergenssanger.

Etter en uke var ni av ti av beboere flittige sykkelbrukere. Treningsmengde og lengde var individuell, men treningsgledden var universell. I begynnelsen fulgte personalet en og en beboer til trimsykkelen. Imidlertid ble det raskt tydelig at det var både hyggeligere og mer populært å samles rundt trimsykkelen. Ofte ble hele avdelingen med på treningsrommet. Mens en beboer syklet, satt de øvrige beboerne og personalet rundt og fulgte med. Det var tydelig å se at det motiverte beboerne å ha et publikum og det ble en opplevelse som alle delte. Filmvisningen ga utallige muligheter for samtale, mange kjente seg igjen og dette fremkalte minner. I noen tilfeller var det nye minner, nye historier som personalet ikke hadde hørt før.

Det ble mange diskusjoner om hvilken gate som het hva og hvor vi syklet akkurat nå.

Filmene var akkompagnert av Bergenssanger. Dette traff blink hos samtlige av våre pasienter. Det var derfor ofte allsang under treningsøkten. Selve treningsopplevelsen for den enkelte var udelte positiv. Det å kunne mestre noe, utføre noe og bli sliten etterpå, ga mer smak.

Det ble etter hvert en laginnsats med «alle mann på dekk» å få daglig trening til. Samtlige ansatte på avdelingen måtte ta ansvar for at alle beboerne som ønsket det, fikk tilbud om å sykle. De beboerne som ikke ønsket trening i utgangspunktet, ble oppmuntret til å prøve. Enkelte pårørende engasjerte seg også i å få sin mor eller far med på syklingen.

Vi hadde et tilfelle hvor en av beboerne pådro seg to alvorlige brudd etter et fall. Dette satt naturlig nok vedkommende kraftig tilbake i mobilitet og pasienten var sengeliggende. Det var tungt og krevende å motivere vedkommende opp på bena. Når man har demens og smerte i kroppen kan det være vanskelig å forstå viktigheten av rehabilitering. Her ble sykkelankomsten et svært nyttig verktøy for gjenopptrening på en lystbetont måte. Vedkommende syklet passivt i starten, men etter hvert ble syklingen mer aktiv. Ved hjelp av sykkelankomsten gjenvant pasienten gangfunksjonen sin gradvis, noe som

vanskelig hadde vært mulig uten slik trening.

Gjennom sin demenssykdom opplever pasientene ofte å ikke strekke til, men alle klarte å sykle og dette ga dem en mestringsfølelse. Treningsstunden ble en utbredelse fra den vanlige hverdagen i sykehjemmet og en populær aktivitet for beboerne.

Filmene bragte pasienten ut av sykehjemmet uten at de fysisk forlot institusjonen. De fikk en opplevelse av å være ute i Bergens gater. Dette viste de eksempelvis ved å stanse for fotgjengere som skulle gå over gaten i filmen, og ga litt ekstra på når de skulle opp bakkene.

Etter knappe to måneder var prøveperioden over. Vi gjennomgikk atferdsregistreringsskjemaene og kunne lese av det gledelige resultatet; syklingen hadde hatt effekt på fysisk utagering og angst.

Syklingen hadde ingen merkbare effekter på vandring, atferdsregistreringen viste at forekomsten av vandring var uendret.

Diskusjon

I Norge er forbedringspotensialet stort når det gjelder utredning og behandling av personer med APSD (5). Sett i lys av de utfordringene det norske samfunn generelt, og helsevesenet spesielt, vil stå overfor i fremtiden, med et stadig større antall eldre personer med demens, er det et tankekors at håndtering av APSD ikke vies mer oppmerksomhet. Per i dag finnes det ingen norske kliniske retningslinjer for ikke-medikamentell behandling av personer med APSD. Dette betyr at man som helsepersonell ikke har noen rettesnor å følge når man skal behandle disse pasientene, annet enn egen og andres erfaring samt forskning og utenlandske retningslinjer. Dette kan i noen tilfeller innebære at APSD blir behandlet medikamentelt når man kunne ha kommet langt med miljøtiltak som for eksempel fysisk trening. Det medfører også en fare for at lidelsen ikke behandles likt på de ulike sykehjemmene i Norge. Dersom man kunne hjelpe en prosentandel av dem som lider under dette, ville det ikke bare hatt stor betydning for den enkelte pasient og dens pårørende. Det ville også medført betydelige økonomiske besparelser for helsevesenet (3).

Fysisk aktivitet er erfaringsmessig ikke et stort fokusområde på sykehjemmene. Imidlertid plikter helsepersonell gjennom Sosialtjenesteloven å bidra til at pasienten oppnår et aktivt liv (6). Herunder har helsepersonell et særlig ansvar for å motivere pasientene til å gjennomføre tre ukentlige treningsøkter som fokuserer på fallforebygging og balanse (4). Det er behov for en kompetanseheving for å øke fokuset på miljøterapi (7) og fysisk aktivitet (4) på sykehjem.

Til tross for at flere sykehjem har egen aktivtør og at det foregår ulike aktiviteter på sykehjemmene, er det likevel en kjensgjerning at hverdagen for beboere på mange institusjoner ofte er preget av rutiner og inaktivitet. Lite ressurser, høyt sykefravær og lav fagdekning gjør at det kan være utfordrende å tilby fysiske aktiviteter, for ikke å snakke om å få personalet til å tenke nytt. Samtidig med den økende andelen eldre vil også andelen personer som rammes av demens øke, og gjennom dette er det sannsynlig at også behovet for helse tjenester vil stige. (7)

I praksis fordrer dette en ny og annerledes måte å tenke på. Dette impliserer at helsepersonell må være kreative og velge å se mulighetene fremfor hindringene. Det krever en ledelse som kan organisere og tilrettelegge for en god hverdag for den enkelte pasient. En leder som bistår de ansatte i å se de ressursene man faktisk har, istedenfor at de fortviler over det man ikke har. Ved å se på de etablerte rutinene og hvordan man organiserer hverdagen opp mot disse, kan man kanskje finne rom til fysisk aktivitet likevel? Gjennom det nevnte treningsprosjektet på min avdeling opplevde jeg som avdelingssykepleier nettopp det. Min avdeling ble utfordret til å tilby daglige, individuelle treningsstunder uten ekstra tilførsel av midler eller personell. Jeg motiverte mine ansatte i forkant og underveis i prosjektet. Vi snakket om hvordan vi skulle gjennomføre sykkeltreningen og om hvilke utfordringer det stilte oss overfor. Det at personalet fikk være delaktige i prosjektet fra dag en, var trolig en av prosjektets suksessfaktorer. I tillegg var det viktig at jeg som leder viste at jeg fulgte opp det arbeidet de la ned. Jeg etter-

spurte treningslogger og fulgte opp atferdsregistreringsskjemaene. Vi snakket om trening både i rapporter og på personalmøter. Våre bekymringer om at det ville bli vanskelig å tilby alle trening uten tilførsel av ekstra personell, løste vi ved å ha med oss flere pasienter til hver treningsstund. På denne måten fikk syklingen både en sosial og fysisk komponent. Vi opplevde også at det å tilby trim var tidkrevende, men at beboerne virket mindre preget av angst og agitert atferd. Vi brukte med andre ord mindre tid og ressurser på atferdsmodifiserende tiltak, noe som ikke bare ga en bedre hverdag for pasientene, men også for personalet. Med denne oppdagelsen ble det å tilby trening en naturlig del av vår rutine.

Avslutning

Det er behov for et økt fokus og mer kunnskap om hvordan APSD kan behandles ikke-medikamentelt. Praksisfeltet kan ha nytte av erfaringer om ulike ikke-medikamentelle tiltak som på en enkel måte kan igangsettes på sykehjemmene, herunder fysisk aktivitet. På sikt vil kliniske retningslinjer om hvordan APSD kan behandles ikke-medikamentelt vært nyttig.

For at de nevnte kravene i Folkehelseloven skal oppfylles, er det behov for implementering av fysisk aktivitet i sykehjemmene. Implementeringen behøver ikke å være ressurskrevende, men helsepersonell har behov for økt kompetanse innen trening av geriatriske pasienter. Et kontinuerlig fokus på fysisk aktivitet bør være ledelsesforankret og det kan med fordel utnevnes treningsansvarlige på sykehjemsavdelingene som bidrar til å opprettholde fokus på trening. Pasientenes individuelle interesser og behov bør legges til grunn når det lages treningsprogram, men man bør samtidig forsøke å kartlegge hvilke pasienter som har felles interesser, slik at disse kan trene sammen. Dette både for å spare ressurser og gi treningen en sosial komponent.

Det er behov for ytterligere forskning på hvilken effekt trening har på APSD. Forskingen bør utføres med et skille mellom de ulike demenssykdommene og med ulik sykdomsgrad. Den eksisterende forskningen tyder på at APSD kan bedres ved fysisk aktivisering. Ved å

lindre APSD kan man bedre pasientens livskvalitet og redusere behovet for psykofarmaka. Ved hjelp av trimsykkelen opplevde vi på Kolstihagen at vi lyktes i å skape gode øyeblikk for beboerne våre, og gjennom dette også å forbedre deres livskvalitet.

■ Ida.Saxevik@bergen.kommune.no

Forfatter ønsker avslutningsvis å rette en takk til Rune Eidset, Karl H. Nicolajsen, Eva Maria Lim, Anita W. Johansen og beboere og ansatte ved Kolstihagen sykehjem: «Dere har alle på hver deres måte bidratt til at prosjektet ble vellykket».

REFERANSER

1. Krüger RME. Langsomme jordskjelv. Erfaringer med demens midt i livet. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2013.
2. Thune-Boyle ICV et al. The effects of exercise on behavioral and psychological symptoms of dementia: towards a research agenda. *International Psychogeriatrics* 2012; 24: 1046-1057.
3. Piccininni M et al. Behavioral and Psychological Symptoms in Alzheimer's Disease: Frequency and Relationship with Duration and Severity of the Disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2005; 19(5-6): 276-281.
4. Helsedirektoratet. Kunnskapsgrunnlag fysisk aktivitet. Innspill til departementets videre arbeid for økt fysisk aktivitet og redusert inaktivitet i befolkningen. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kunnskapsgrunnlag-fysisk-aktivitet/Sider/default.aspx> (27.02.14)
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Den gode dagen. Delplan til omsorgsplan 2015. Oslo; Departementet 2011.
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Mestring, muligheter og mening. Fremtidens omsorgsutfordringer. St.meld. nr.25. (2005-2006). Oslo; Departementet 2006.
7. Sosial- og helsedirektoratet (2007). Glemsk, men ikke glem! Om dagens situasjon og fremtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. [Internett], Tilgjengelig fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/glemsk-men-ikke-glem- rapport-om-demens/Sider/default.aspx> (03.02.14)



POPULÆRT SYKEHJEM: Demenstiltaket De Hogeweyk hadde besøk av 180 grupper i fjor. I januar guidet daglig leder Yvonne van Amerongen-Heijer fra v.: Øyvind Kirkevold, Guro Hanevold Bjørkløv og Janne Røsvik, alle Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Ingunn Johannessen, Kari Midtbø Kristiansen (Aldring og helse), Steinar Barstad og Kristin Mehre, begge Helse- og omsorgsdepartementet).

Bente Wallander (tekst og foto)



Demenskvartal med stor tiltrekningskraft

Demenslandsbyen De Hogeweyk har de siste årene hatt en rekke besøkende. Politikere, planleggere og profesjonelle omsorgsarbeidere har valfartet fra Norge til Amsterdam. Hva finner de der? Fremtidens demensomsorg eller keiserens nye klær? Bli med D&A til Nederland og bedøm selv.

Sykehjemmet i Weesp, to mil sør for Amsterdam, omtaler seg selv som en demenslandsby, men det inngjerdede området som de 152 beboerne har å boltre seg på er ikke større enn et kvartal. Utenfra ser Verpleeghuis Hogeweyk heller ikke spesielt landlig ut, men når man har sluppet forbi den bemannede inngangsslusen får man følelsen av å befinne seg i en hyggelig hollandsk småby. Rett ved kolonialbutikken ligger den tradisjonelle brune baren, som samme kveld annonserer med «Happy hour». Hjørnet vis á vis huser en moderne restaurant og langs de smale gågatene finner du sentrumselementer som konsertsal, frisørsalong, verksted, fysioterapeutens praksis og Mozart-klubbens musikkalong.

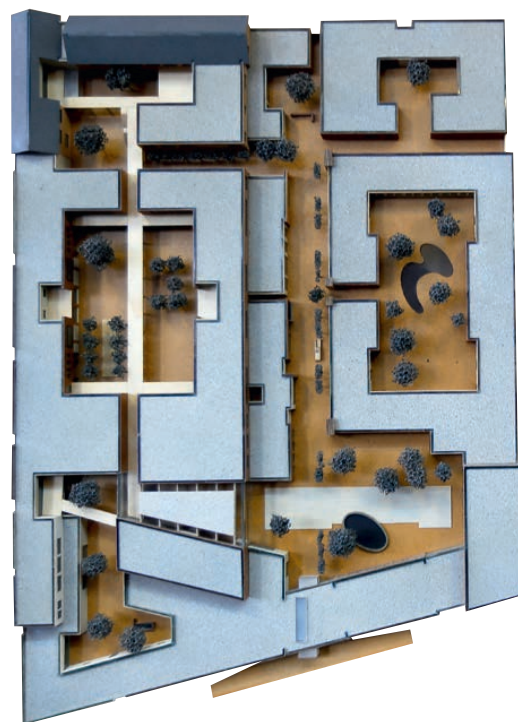
De smale bilfrie gatene leder til 23 gruppeboliger for personer med demens. Atmosfæren er vennlig, men det er ikke så mange beboere som er ute og går denne januardagen når sludd og regn øser ned mellom bygningene.

En begripelig verden. Ideen om å etablere demenslandsbyen oppsto i 1992.

– Vi var flere fagfolk som erkjente at personer med demens har behov for å leve livet sitt i omgivelser de kan like, beherske og forstå. Når de kommer til det punktet i sykdomsutviklingen at de ikke lenger kan håndtere sin tilværelse hjemme, bør de kunne sikres et trygt og godt liv et annet sted, sier vår guide til De Hogeweyk, daglig leder Yvonne van



SOM NORMALT: I demenskvartalets gater finner du både en matbutikk og livsstilpregede gruppeboliger.



MODELL: I De Hogeweyk vil man gi beboere med demens opplevelsen av å leve et normalt liv.

Amerongen-Heijer, som også ledet forløperen til dagens De Hogeweyk; Utviklingsprosjektet Living as usual, i 1993.

På den tiden ble nederlendere med alvorlig demens fortsatt flyttet til sykehusliknende pleieinstitusjoner med seksmannsrom.

– Det hjalp ikke pasientene at de ansatte sa at «Det er dette som er hjemmet ditt nå», når de ikke selv opplevde det slik. Med de institusjonelle måltids- og pleierutinene tilbød vi dem bare økt forvirring, sier hun.

Livskvalitet. De Hogeweyk er derfor planlagt ut fra en idé om at beboere med demens skal føle seg hjemme og kunne føre et beskyttet, tilnærmet normalt liv med stor bevegelsesfrihet. Stiftelsen ville skape en gjenkjennelig atmosfære. Det er arkitektfirmaet MBVDA som har stått for utformingen av kvartalet. Offentlige «rom» som torg, gater og parker etablerer et bybilde. Designet på hagene og de ulike bomiljøene gir institusjonen ytterligere småbykvalitet.

Fra 1994 til 2008 ble tilbudet driftet i eldre bygninger, men i 2009 kunne man endelig åpne det nybygde De Hogeweyk. Tiltaket eies og driftes av stiftelsen Vivium omsorg, som de senere årene

også har etablert tilsvarende tiltak andre steder i Nederland.

– Målet med alt vi gjør er å tilby beboere med demens høyere kvalitet i livets siste fase, understreker daglig leder.

Bevegelse for livet. De som flytter til De Hogeweyk har en alvorlig demenssykdom og er i gjennomsnitt 84 år gamle.

– Vår visjon er å tilby dem en tilværelse som likner den de forlot. Hos oss skal de kunne leve godt med naboene sine, føre et normalt hushold, ha et variert aktivitetstilbud og selv handle ting de trenger. Når folk med demens har aktive dager vet vi at de sover bedre, spiser bedre og føler seg lykkeligere. På grunn av arealets utforming beveger våre pasienter seg mer enn de gjør på et tradisjonelt sykehjem. Vi har ikke forskningsmessig belegg for å si at våre beboere blir mindre deprimeret eller lever lengre enn andre, men vi skårer høyere på målt tilfredshet enn nederlandske sykehjem generelt; 8,4 mot 7,3 på en skala fra 1-10, sier Yvonne van Amerongen-Heijer.

Grupperes etter livsstil. I startfasen trodde planleggerne at man kunne bygge boliger for grupper på opptil 12-15 personer. Denne innstillingen endret seg

raskt. I dag bor det seks til syv personer i hver av de 23 boligene. Sammensetningen av gruppene er en viktig del av Hogeweyks variasjon over temaet personsentrert omsorg.

– Vi trives bedre hvis vi omgis av folk vi liker. Gjennom inntaksprosessen forsøker vi derfor å finne ut mest mulig om beboerne våre. Hvem er de og hva slags liv har de hatt? På bakgrunn av det vi får vite av dem selv og deres pårørende, blir pasientene plassert i et hus som er benevnt etter den typen livsstil de skal gjenspeile. Hvilken stil pasientene blir assosiert med avhenger av hvilke elementer i livet som har vært det viktigste for dem.

– Betegnelse har vi fått fra forskere som studerer personlighetstyper i Nederland. Vi har syv ulike design på boligene, som hver for seg bærer preg av stilene hjemmekoselig, urban, kristen, håndverkerpreget, kulturinteressert, indonesisk eller overklasse, forklarer Yvonne.

Den lille forskjellen. På vår vandring gjennom området la vi ikke merke til de store forskjellene, verken på beboerne vi møtte eller boligens utforming. Driftsbudsjettene er de samme, men Yvonne påpeker detaljer som anses som viktige:



VARIERTE DAGER: 140 frivillige hjelpere bidrar til stor aktivitet. Beboerne er med i fem til åtte klubber hver.



DEMENTSTURISME: Fra hele verden strømmer besøkende til for å la seg inspirere av De Hogeweyk.

– Maten som lages er litt forskjellig. I de indonesiske boligene serveres det for eksempel varm mat to ganger om dagen fordi personer med indonesisk bakgrunn er vant til det. De har også fått litt større stuer, fordi gjestene deres ofte kommer flere sammen. Størrelsen på de andre boligene er lik, men for dem som bor i det hjemmekoselige huset er det tatt hensyn til at de opplever det som viktig å ha god kontakt med kjøkkenet. Vi forsøker å holde beboerne i vigør og i disse boligene deltar beboerne gjerne i matlagingen selv. For «overklassen» er det viktigere å observere at noen, som de ofte betrakter som tjenere, lager mat til dem. Innsynet til deres kjøkken er derfor mindre. I «Upper class»-huset holder vi også en mer formell tone.

Internasjonale priser

Hogeweyk har de siste årene mottatt en rekke nasjonale og internasjonale priser for sin måte å organisere omsorg for personer med demens. Av disse nevner de selv seieren i Hospitality Care Award 2010, nominasjonen til Hedy d'Ancona Award 2010 i klassen Excellence in Health care architecture, seieren i Project of the World, Expo 2000, Hannover og International Hospital Federation Award 1995, for sin innovative forvaltning, som de mest prestisjefylte.

Standarden. I boligene finner man en stor stue og et kjøkken med romslig spisekrok. Beboerne har i tillegg hvert sitt soverom, som er noe mindre enn et standardrom på norske sykehjem. Under omvisningen uttrykte de norske gjestene forbauselse over at personer med demens må dele bad og toalett med to andre beboere og at de må forlate rommet sitt for å gå på do.

– Med en slik løsning blir de nødt til å be om hjelp på et område de med litt tilrettelegging kunne ha klart seg selv? Ideelt er det vel heller ikke å måtte dele toalett med fremmede?

– Vi oppfatter ikke dette som et problem. I hjemmene våre er vi vant til å dele toalett med andre, og fremmede kan deres medbeboere knapt kalles, sier Yvonne.

Bemanning. Hver av boligene har sitt eget ansatteteam som arbeider fra klokken syv til halv elleve hver dag, og i hvert team finnes én ansvarlig pleier/helsefagarbeider som også skal sørge for at husarbeidet blir gjort. Det er alltid én person på jobb i boligen, på morgenen kommer det i tillegg en assistent som i et par timer hjelper til med morgenstell, husarbeid, handling og matlaging. Nattestid er det totalt fem pleiere på jobb, som følger med på det som skjer i boligene ved hjelp av et avlyttingssystem.

– Alle sykehjem i Nederland har sitt eget medisinske team. De Hogeweyks team består av lege (geriater), sykepleiere,

fysioterapeut, ergoterapeut og psykolog, som alle er fast ansatt hos oss i ulike stillingsprosenter. Vi har fem spesialutdannete sykepleiere kalt Nurse practitioners, som kan ta over noen av legenes oppgaver. Til sammen har vi 240 ansatte som deler på stedets 170 hele stillinger. Vi har også et sosialarbeiderteam som følger nye beboere særlig tett. De bistår blant annet ved problemer eller aggresjon i gruppene.

Yvonne opplyser at en gjennomsnittsbeboer bor i Hogeweyk i cirka tre år.

– Det bor seks til syv personer med demens i hver bolig og i størstedelen av døgnet har dere bare én ansatt på jobb. Hvordan takles mer utfordrende situasjoner, for eksempel når en eller flere beboere ligger for døden? Har dere en plan for terminalomsorg?

– Hvordan vil du selv dø? Det er ikke noe du planlegger. Vi tar oss selvfølgelig av de døende når deres tid kommer, forsikrer Yvonne.

Mat. Måltidene tilberedes av de ansatte i boligen, matlaging og luktene som følger med oppfattes som viktige for beboernes velferd. Innkjøpene gjør personalet i De Hogeweyks eget supermarked, sammen med beboere som har lyst til det. Handlesummen skrives på boligens budsjettnummer og datasystemet registrerer alt som handles. Programmet hjelper også boligens ansatte til å planlegge og sikre beboerne et balansert og sunt kosthold.

Standarden som følger tiltaket er relativt enkel. Dersom pasientene og deres pårørende ønsker seg noe ekstra, for eksempel vin til maten hver dag eller friske blomster på alle bord, må de skaffe midler til dette utenfor boligens budsjett.

– *Det blir ofte fremhevet som positivt at beboerne i De Hogeweyk kan gå i butikken og handle selv. Hvordan håndterer dere dette?*

– For tiden er det bare to av beboerne som er friske nok til å styre sine egne penger. De fleste kommer derfor sammen med noen av boligens ansatte. Dersom noen av de øvrige går inn i butikken eller restauranten for å handle, prøver de ansatte å avlede dem. Dersom de insisterer på å ta med seg varer ut av butikken uten å betale tar vi en telefon til boligen, så ordnes saken av de ansatte der. Varene kan betales med pasientens egne penger eller de kan leveres tilbake, forteller Yvonne.

Høy aktivitet. Til et normalt liv hører det å gå til frisøren, spise ute, oppsøke konserter og å delta i sosiale aktiviteter. Så også i De Hogeweyk, der det jevnlig arrangeres konserter, teaterforestillinger, andakter og andre sammenkomster. Arrangementene er åpne for alle, både pårørende og naboer benytter seg av tilbudene.

Beboerne får i tillegg, som en del av standardpakken, fritt medlemskap i én av stedets cirka 30 livsstiluavhengige klubber. Dersom de ønsker å være aktive i flere må de betale selv. Beboerne er i gjennomsnitt med i fem til syv klubber og familien bidrar aktivt i utvelgelsen.

Klubbvirksomheten er en sentral del av dagliglivet i De Hogeweyk og omfatter alt fra malerkurs til baking, ulike typer trening og musikkaktiviteter. Driften er det de 140 frivillige hjelperne som står for, mange av dem tidligere profesjonelle på sine felt. De henter også beboere som ikke finner veien til klubblokalene selv og bringer dem trygt tilbake. Aktivitetene ledes fra et eget hus på området, dit de ansatte i boligene også kan gå for å låne musikk og bøker.

Egne metoder. – *Hvilken opplæring får de som skal bidra hos dere?*

– Frivillige og ansatte får én dags introduksjonskurs. Det holdes i tillegg

tre til fire workshops årlig for å oppdatere både profesjonelle og frivillige helpere. Alt frivillig arbeid foregår under ledelse av to profesjonelle arbeidere og de som melder seg til tjeneste i De Hogeweyk må forplikte seg til å komme minst to ganger per uke, for gjenkjenningens skyld.

– *Får de noen opplæring i personsentrerte omsorgsmetoder som Marte Meo eller Dementia Care Mapping?*

– Vi er oppdatert på alle typer kommunikasjonsmetoder og benytter de teknikkene vi oppfatter som nyttige i de ulike situasjoner. Vi er nok litt sta og gjør tingene slik vi synes er best, i stedet for å følge én bestemt fremgangsmåte.

– *Får de frivillige noen godtgjørelse for innsatsen?*

– Nei, men hvis de arbeider fem timer en dag får de et gratis måltid. Vi beregner våre kostnader per frivillig arbeidstime til 2,5 Euro, det dekker samordning, måltider, julegaver med mer.

Mange besøkende. Det var etter innslag om De Hogeweyk på tv-kanalene CNN og BBC at interessen for demens tiltaket i Weesp tok av. Besøkende har siden strømmet til stedet i et stort antall, både fra Europa og andre verdensdeler.

– Vi hadde i fjor besøk av 180 grupper totalt. De fleste, cirka 140, kom fra Tyskland eller ett av de nordiske landene. Norske kommuner har vært særlig interessert, norsk kultur virker da også svært lik vår nederlandske, sier Yvonne.

Hogeweyk rådgir som en følge av dette flere som vil utvikle noe liknende i Norge, deriblant Oslo kommune.

– *Hvilke utfordringer har dere selv møtt i arbeidet? Og hva har dere lært?*

– Utfordringene våre vil jeg ikke snakke om nå, men forskning har i ettertid vist at det vi, som profesjonelle designere av tiltaket tenkte var viktig, var riktig. I dag arbeider de fleste ut fra idealer om støttende, personsentrert omsorg. Men når det gjaldt bemanning måtte vi tenke nytt. I starten trodde vi at det viktigste var å finne gode husholdere til hver bolig, men til den jobben trenger vi profesjonelle helsearbeidere. I dag ser vi også at tiltak som dette bør omfatte minst 150 beboere dersom du skal få til et levende bomiljø.

Om økonomi og frivillighet

Nederland har innført et Personal Budget System (PBS) som innebærer at det offentlige yter et økonomisk tilskudd til omsorg for den enkelte pasient. Alle som trenger hjelp på grunn av sykdom må gjennom tester som viser hvilken omsorgsbyrde de representerer. Nivåene angis på en skala fra 1 til 7.

Når de blir klassifisert som heldøgns pleietrengende utløser de tilskudd til sykehjemsplass. Alle sykehjem er privatdrevne og de har nå, i motsetning til tidligere år, anledning til å tjene penger på sin virksomhet. Pasientene betaler en egenandel, men ordningen er behovsprøvd. Har du ikke penger er oppholdet fritt. Systemet tillater alle å starte et sykehjem, det vil si at du kan bruke pengene til heldøgns omsorg i pasientens eget hjem.

Arbeidsledige i Nederland kan bli avkrevd en samfunnsnyttig innsats for å få økonomisk bistand. Frivillig arbeid som i De Hogeweyk tilfredsstiller de kravene som stilles. Alle som arbeider med mennesker må vise vandelsattest og dokumentere at de selv ikke har problemer som kan være til risiko for dem de hjelper.

Ved noen sykehjem og eldreinstitutioner i Nederland blir 10-20 prosent av alt arbeid utført av «frivillige».

– *Hvordan forankrer dere stedets ideer hos de ansatte?*

– Etter tre-fire års drift trodde vi at nå kunne de som arbeidet her det de hadde behov for, men der tok vi feil. Man må aldri tro at noe er fullført. Implementering av vår pleiefilosofi er en kontinuerlig prosess.

– *Hva tenker du om fremtidens demensomsorg?*

– Jeg håper at hele samfunnet går i en mer demensvennlig retning. Planleggerne må rett og slett tenke nytt dersom vi skal kunne gi alle som de kommende årene får en demenssykdom et godt og verdig liv.

Dette sier representanter fra norske demensmiljøer



*Steinar Barstad,
fagdirektør, Helse-
og omsorgsdeparte-
mentet, Kommune-
tjenesteavdelingen*

– Jeg mener at det er en dårlig ide å samle over 150 mennesker med samme diagnose inne på samme område, enten vi kaller det landsby eller institusjon. I Norge hadde vi tidligere landsbyliknende institusjoner for mennesker med utviklingshemning. Det sluttet vi med for over 20 år siden. For mennesker med demens har vi godt belegg for å si at smått fortsatt er godt. Små og oversiktlige boforhold er av stor betydning for mennesker som lever med demens og kognitiv svikt. Men når de først velger å samle så mange mennesker med demens innenfor en slik «gated community» som De Hogeweyk, har norske sykehjem absolutt noe å lære:

– For det første har de tatt hverdagslivet tilbake, mens vi i Norge outsourcer mer og mer av matlaging, vask, innkjøp og hverdagsaktiviteter til store industrikjøkken, vaskefirmaer og innkjøpere utenfor. Slik mister beboerne mange muligheter til å ta del i dagliglivets aktiviteter. For det andre har de sluppet kulturlivet løs og etablert klubbaktiviteter tilpasset den enkeltes interesse, bakgrunn og livshistorie.

– Vi har lite å lære av hvordan de bygger, men mye å lære av hvordan de driver. Jeg merket meg også at sosialarbeiderne hadde viktige roller i De Hogeweyk, og det velorganiserte frivillige arbeidet imponerte meg. Begge deler savner vi i norske sykehjem, sier Barstad og understreker at dette er hans personlige betraktninger.



*Kari Midtbø
Kristiansen, daglig
leder, Nasjonal
kompetansetjeneste
for aldring og helse*

– Vi har lenge ønsket å få komme til De Hogeweyk for å se med egne øyne det 'alle' i Norge snakker om for tiden. Det er spennende og inspirerende å se hvordan andre gjør det. Jeg var spesielt imponert over sykehjemmets fysiske utforming. Det opplevdes virkelig som å gå rundt i en liten bydel, hvor det var trygt og enkelt å bevege seg rundt. Det var lett tilgang til utearealer fra de små enhetene. Uteområdene var varierte, med alt fra plasser til mer pulserende miljøer nær restaurant, pub og andre aktiviteter. Jeg likte også det varierte aktivitetstilbudet de kalte klubber. Måten de benyttet frivillige i dette arbeidet var interessant, selv om vi i Norge ikke har tradisjon for å benytte frivillige som arbeidskraft i omsorgen på denne måten.

– Når det gjelder tilbudets faglige innhold, var min opplevelse at vi jevnt over har høyere fagkompetanse og bedre grunnbemanning i våre sykehjem. Gjennom Demensplan 2015 har vi over tid hatt en mer bevisst satsing på kunnskap og kompetanse hos personalet enn jeg opplevde var tilfellet her. Vi jobber også systematisk med metoder for å innføre personsentrert omsorg. De beboerne vi så hadde til dels langt kommet demens med svært redusert funksjonsnivå. Jeg har i ettertid undret meg på om dette tilbudet er laget for en annen og litt bedre fungerende beboergruppe? Vi så flere som satt med brett foran seg i en rullestol, og som nok ikke var i stand til å gå

ut på egenhånd, langt mindre gå på pub, restaurant eller konsert.

– For meg er tanken på å dele bad på et sykehjem og det å bli inndelt etter livsstil unaturlig. Jeg vil tro det må tenkes annerledes om disse tingene i Norge. Det skal bli spennende å se om dette etter hvert blir evaluert og forsket systematisk på. Her hjemme kan vi helt sikkert hente noen ideer og bruke dem sammen med andre gode, etablerte modeller.



*Lisbet Rugtvedt,
generalsekretær,
Nasjonalforeningen
for folkehelsen*

– Først og fremst er det positivt at det legges så stor vekt på at beboerne skal kunne ha et mest mulig normalt liv, få mulighet til å bruke de ressursene de har og bli respektert som enkeltindivider. Stedet reflekterer mange gode verdier som vi i større grad bør legge til grunn i vår hjemlige demensomsorg. Men modellen er ikke nødvendigvis så lett å overføre til oss som lever i et så spredt-bygd land.

– Vi oppfattet bemanningen her som lavere enn det vi bør ha i Norge for tilsvarende tilbud. Driften er avhengig av en type arbeidskraft som vi ikke har i Norge, arbeidsledige som hadde avtale om en fast arbeidsinnsats hver uke mot et påslag i ledighetstrygd. Det er ikke til å komme utenom at tilstrekkelig mange og godt kompetente ansatte er avgjørende for gode omsorgstilbud.

Demenslandsby i Norge?

Er det mulig å utvikle en landsbymodell for personer med demens i Norge? Basert på erfaringer fra det nederlandske omsorgstilbudet De Hogeweyk skal Norske Helsehus, Betonmast og SINTEF samarbeide med tre norske kommuner og LINK Arkitektur om nye konsept for demensomsorg.

Pilotprosjektet mottar kompetansetilskudd fra Husbanken til gjennomføringen av fire arbeidsverksteder. Norske Helsehus har ansvar for alle Betonmast

Eiendom AS sine helsehusprosjekter og leder utviklingsprosjektet. De planlegger blant annet å utvikle en demenslandsby nær Fredrikstad. SINTEF Byggforsk er forskningspartner, og skal bringe inn kunnskap og koble ulike aktører sammen.

Kommunene Arendal, Oslo og Sandefjord har egne utviklingsprosjekt hvor de vurderer å utvikle noe tilsvarende. Gjennom å samkjøre disse prosjektene og lære av hverandre, er målsettingen å realisere en demenslandsby i Norge.

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse samt Husbanken bidrar med kompetanse i arbeidet.

Prosjektet skal utrede muligheten for å etablere flere bokollektiver til en slags landsby eller en demensvennlig variant av et sykehjem.

– Det skal fokuseres på bokvaliteter som styrker den dementes opplevelse av hjem og hjemlighet, selv om de bor i en bogruppe, sier seniorforsker Karin Høyland ved SINTEF Byggforsk.

Bente Wallander (tekst og foto)

Demens i Norden

– et tema for samarbeid



PÅ NETTVERKSMØTE: Samlet til det første møtet i det nye nordiske demensnettverket var fra v.: Frode Kibsgaard Larsen, Ragnhild Storstein Spilker, Ellen Melbye Langballe, Lasse Frantzen, Tove Buk, Harriet Finne-Soveri, Kari Midtbø Kristiansen, Gunilla Nordberg, Berit Kvalvaag Grønnestad, Kristin Mehre, Elisabeth Dahler-Larsen, Kirsten Groth Willesen, Mette Sagbakken, Guro H. Bjørkløf, og Vera Gustavsson.

Etter initiativ fra Nordisk ministerråd var representanter fra Danmark, Sverige, Finland og Norge nylig samlet i Oslo for å etablere et nytt, nordisk demensnettverk.

Det var Nordens velfærdscenter som på oppdrag fra Nordisk Ministerråd hadde invitert representanter fra alle de nordiske land til møtet i Oslo. Danmark, Sverige, Finland og Norge var til stede med representanter fra offentlige myndigheter og kompetansemiljøer. Grønland skulle delta via videokonfe-

ranseutstyr, men tekniske problemer umuliggjorde dette. Island, Færøyene og Åland var invitert, men møtte ikke denne gang.

Innkalt til det første møtet var også representanter fra norske fagmiljøer som presenterte eksisterende nordisk samarbeid på områdene demens hos personer med innvandrerbakgrunn, utviklingshemning og demens samt velferdsteknologi og demens.

Mye kan deles

Avdelingsdirektør Kristin Mehre fra Helse direktoratet, Avdeling omsorgstjenester, åpnet møtet. I sin velkomsttale viste hun til samarbeid som tidligere er gjennomført i de nordiske land.

– Det er på tide å ta opp igjen og formalisere vårt nordiske demenssamarbeid. De nordiske land har mye å dele på dette feltet, sa hun.

Nordens velfærdscenter har tildelt Norge formannskapsansvar i nettverkets første år.

– Rådets initiativ innebærer en viktig forankring. Det er en glede for oss å få starte dette viktige arbeidet, sa avdelingsdirektøren.

Resultatkrav

Kristin Mehre understreket at nettverket må ta hensyn til det omfattende demensarbeidet som nå foregår i EU/EØS-sammenheng.

– Mulighetene må sees i relasjon til dette. Det må legges et løp med noen endepunkter. Vi må også finne ut hvordan vi skal samarbeide på de ulike områdene, sa Mehre.

Arbeidet er tenkt organisert med én nettverksgruppe på overordnet nivå og flere undernettverk.

Koordinator Elisabeth Dahler-Larsen fra Nordens Velfærdscenter understreket premisene fra Nordisk ministerråd:

– Det overordnede nettverket skal være kompetent og ha muligheter til å forankre noe nasjonalt. Det ligger også inne et krav om produksjon. Samarbeidet skal medføre noe konkret.

Nordisk nytte

Møteleder Berit Kvalvaag Grønnestad fra Helsedirektoratet orienterte møtets deltakere om det treårige EU/EØS-programmet *Joint action on dementia*, som 17 land, deriblant Norge og Finland, har meldt seg på.

– Det skal utvikles et felles kunnskapsgrunnlag, og man skal komme med anbefalinger for felles tiltak og politikk på området. Deltakerne skal gjennom fire arbeidspakker samle inn og dele kunnskap, identifisere god praksis og hindringer for det, samt eventuelt teste ut tiltak. De fire pakkene er:

- 1) Utredning og postdiagnostisk oppfølging
- 2) Koordinator og forebygging av kriser
- 3) Boformer med heldøgns omsorgstjenester
- 4) Tilrettelegging av samfunn og omgivelser. Norge har fått ansvaret for å lede arbeidet med pakke 3.

– Pårørendeaspektet går igjen i alle pakke, opplyste Grønnestad.

Hun fulgte deretter opp Mehres ideer om hva det nordiske demenssamarbeidet skal tilføre deltakerlandene:

– I denne gruppen bør vi i første omgang primært fokusere på små områder eller grupper der hvert land har et marginalt grunnlag, og områder som ikke dekkes av annet samarbeid som for eksempel Joint Action.

Samarbeid en realitet

Prosjektkoordinator Ragnhild Storstein Spilker fra Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) fortalte om NAKMIs deltakelse i et nordisk samarbeid om migrasjon og demens.

– Den eldre delen av innvandrerbefolkningen øker i alle nordiske land. Kontakt er viktig, da vi har felles utfordringer og samme behov for kunnskap, fagkompetanse, opplæring og informasjon, sa hun.

Spesialrådgiver Frode Kibsgaard Larsen, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, har i flere år samarbeidet med andre nordiske land på området utviklingshemning og aldring.

– Vi har behov for å utveksle kunnskap og erfaringer fra våre omsorgsmiljøer, brukerorganisasjoner og spesialister. På dette feltet er det en utfordring at vi har for få individer i hvert enkelt land til å kunne innhente god nok kunnskap eller gjennomføre solid forskning alene. Sammen kan vi utrette mer, sa han.

– Må samarbeide

Seniorrådgiver Lasse Frantzen, som er programleder for Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet i Helsedirektoratets regi, orienterte om nordisk velferdsteknologisk samarbeid.

– Gjennom CONNECT-prosjektet som driftes av Nordens Velfærdscenter (NVC) skal vi blant annet sammenlikne erfaringer med velferdsteknologi fra to kommuner i hvert av de nordiske land. Det gjennomføres ellers en rekke prosjekter på dette området, lokalt og i Interreg-sammenheng¹. Men det er en generell utfordring at vi ikke klarer å løfte erfaringene opp på nasjonalt og nordisk nivå, sa han.

Et hinder for samarbeid er det også at det arbeides ulikt med velferdsteknologi i landene.

– Fra norsk side ønsker vi likevel å samle flere aktører som en start, for å se på de mulighetene som ligger i nordisk samarbeid, både når det gjelder tjenester og standarder. Nytteverdien av velferdsteknologi knyttet til demens vil i fremtiden bli så stor at vi bare må gjøre det, sa Frantzen.

¹ Interreg er EUs program for å fremme sosial og økonomisk integrasjon over landegrensene gjennom regionalt samarbeid.

Demensnettverkets formål

Nordens velfærdscenter hadde i innkallingen til møtet levert et utkast til formål for nettverket, som gruppen i utgangspunktet sluttet seg til. Utdypinger av mandatet kan komme, men nettverket skal:

- bidra til nordisk nytte på demensområdet ved å akkumulere et erfarings- og forskningsbasert grunnlag for demens generelt, samt for grupper som i hvert land er marginale og som det derfor er vanskelig å sette inn evidensbaserte innsatser overfor
- sikre kunnskapsdeling om nordiske erfaringer, best practice og forskningsresultater innenfor demens i forhold til større, fremadrettede innsatsområder (for eksempel rehabilitering og forebygging)
- fremme informasjons- og kommunikasjonsarbeid vedrørende demens
- bidra til utvikling av den nordiske velferdsmodellen samt til å imøtegå de kostnadstunge effektene av et stigende antall personer med demens i Norden.

Bente Wallander (tekst)
Martin Lundsvoll (foto)



HEDRET: Frøydis Kristine Bruvik
gratuleres av fagsykepleier Olaug
Skulstad.

Glad vinner av Leon Jarners forskningspris 2014:

– Motiverende og stort

Sykepleier og forsker Frøydis Kristine Bruvik mottok Leon Jarners forskningspris 2014 for sitt doktorgradsarbeid *Persons with dementia and their family carers – Quality of life, burden of care, depression and the effect of psychosocial support*¹.

Juryen for Leon Jarners forskningspris hadde fire prosjekter til vurdering i 2014.

– Prosjektene tok utgangspunkt i klinisk relevante problemstillinger som ble vurdert ut fra kriteriene vitenskapelig kvalitet, innovasjon samt overførbarhet til klinisk praksis. Flere av søkerne ble vurdert som aktuelle prisvinnere, opplyste Harry-Sam Selikowitz på vegne av juryen, som i 2014 besto av avdelingsoverlege Bernhard Lorentzen, Diakonhjemmet sykehus, professor Olav Sletvold, St. Olavs hospital, og avdelingsoverlege Eivind Aakhus, Sykehuset Innlandet.

Livskvalitet og livsbyrder

Frøydis Kristine Bruvik trakk det lengste strået med sin ferske doktorgradsstudie

om effekten av et psykososialt støtteprogram på depressive symptomer hos pasienter med demens og deres nærmeste pårørende. Bruvik hadde som målsetting å identifisere faktorer som var assosiert med livskvalitet hos personer med demens og deres nære pårørende. Assosiasjoner mellom mestringsfølelse og opplevd livsbyrde hos omsorgsgivere til personer med demens ble også undersøkt.

Gjennom studien fulgte Bruvik 230 hjemmeboende personer med demens og deres familieomsorgsgivere fra 19 kommuner i 12 måneder. Halvparten av familiene deltok i et strukturert psykososialt støtteprogram som innebar undervisningsprogram om demens og opplæring i problemløsning.

Verktøy for oppfølging

– Prisvinnerprosjektet har etter juryens mening bidratt til å gi helsepersonell med ansvar for utredning av demens og oppfølging av disse pasientene og deres pårørende et verktøy for å kartlegge hvilke familier/familiemedlemmer som har høyest risiko for økt livsbyrde i sin omsorgssituasjon.

Slik sett føyer prisvinnerens prosjekt seg inn i en nasjonal og internasjonal psykososial forskningstradisjon, og bidrar til å legge stein til vår kunnskap om

effektive tiltak som kan hjelpe personer med demens og deres pårørende, het det i juryens begrunnelse.

Mestringsevne viktig

Familieomsorgsgivernes mestringssevne ble i Bruviks studie funnet å være den sterkeste forklaringen til byrde og belastning hos de pårørende. Dette funnet gir økt kunnskap i forhold til å identifisere familieomsorgsgivere med økt risiko for belastning.

Det ble etter 12 måneder ikke funnet forskjeller mellom de som deltok i det psykososiale støtteprogrammet og kontrollgruppen.

– Studien kan likevel bidra til videre forskning om tiltak som kan bedre situasjonen for personer med demens og deres familieomsorgsgivere, mente juryen.

D&A fikk følgende kommentar fra Frøydis Kristine Bruvik like etter at hun hadde holdt sitt prisvinnerforedrag.

– Dette er både motiverende og stort! Jeg ble veldig glad for denne anerkjennelsen av det vi har gjort. Det er mange å takke for at arbeidet ble gjennomført. Det gir meg også mot til å gå videre med dette. Jeg klarer ikke helt å slå meg til ro med at vår oppfølging ikke var nyttig og har derfor lyst til å utforske materialet vårt nærmere for å se om jeg finner flere svar, sa den fornøyde prisvinneren.

¹⁾ Les mer om prisvinneren i D&A, nr. 3, 2014

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

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

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

Les mer på www.alzheimerforskning.no



PASIENTEN I FOKUS: Fag- og forskningssjef Geir Selbæk fra Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse fokuserte i sin velkomsthilsen på pasientgruppen og understreket hvor viktig det er å få tankene til personer med demens med i den videre planlegging.

Bente Wallander (tekst)
Martin Lundsvoll (foto)

Demensdagene 2014

Om livet etter diagnosen

Hvordan er livet med demens?
Hvordan kunne det ha vært?
Og hva vet vi om behandling
og tiltak som kan påvirke
livskvaliteten til personer med
demens og deres nære?

I sine velkomstord til *Demensdagene 2014* viste Nasjonal kompetansetjenestes fag- og forskningssjef Geir Selbæk til Bent Høies åpning av Demensdagene året før, som fersk helse- og omsorgsminister:

– Vi var mange som lurte den gang; får vi en ny Demensplan? Nå vet vi at det blir det. Vi vet også at den skal iverksettes fra 2016, slik at vi får kontinuitet i arbeidet. Det er viktig at pasientgruppen får fokus, at det kommer nok en plan og at vi får tankene til personer med demens inn i planleggingen.

Det siste først. Første punkt på programmet dreide seg om livets siste fase. Journalist og sentral debattant på området, Åshild Ulstrup, innledet med å fortelle at hun etter 40 års virke i NRK hadde blitt mer og mer opptatt av det gamle livet. I arbeidet med boken *Eg ser ei sol. Døden – tanker og undring* intervjuet hun mange mer eller mindre kjente personer.

– Ingen av 100-åringene jeg møtte var redde for døden. For dem har døden vært like naturlig som livet. Hvordan er det så å dø? Det vet vi ikke, det er ingen som har kommet tilbake og fortalt. Men jeg har erfart at døden kan bli til et lys som de pårørende kan bære med seg, sa Åshild Ulstrup, og viste til bokens kapittel om lyrikeren Olav Nygard, som da han lå på sitt siste sa til kona Rakel: «Eg ser ei sol!»

– Det er sola som skal lysa deg heim, Olav, svarte hun.

– Ja, svarta dikteren. Og sa ikkje meir.

Palliativ omsorg og livskvalitet. Overlege Aart Huurnink ved lindrende enhet, Boganes sykehjem i Stavanger, tok opp Ulstrups tråd under tittelen Demens og palliasjon, med fokus på livskvalitet.

– Pasienten har fått en diagnose som innebærer en progressiv og livsforkortende sykdom. Hun/han har ikke noe håp om å bli frisk og mister kontrollen over eget liv. Det oppstår sorg og tap. Hva er da livskvalitet? Laila Lanes, sier det i boken om sin mann Jan Henry T. Olsen slik: «Du skal ikke dø ennå. Vi skal ha mange gode opplevelser sammen før du dør.» Men hvordan skaper vi gode øyeblikk på våre institusjoner? Se for deg en situasjon på et sykehjem der en pleier sitter og snakker med en pasient med demens. Så skjer det noe akutt. Hvem tror dere blir bedt om å bidra? Jo, pleieren som sitter og «ikke gjør noen ting».

Døden i trygge omgivelser. Aart Huurnink skulle derfor ønske at vi begynte å skrive inn gullkornene i journalene.



OM GULLKORN OG GODE ØYEBLIKK: Overlege Aart Huurnink fra lindrende enhet ved Boganes sykehjem, Stavanger.



SÅ EI SOL: Åshild Ulstrup tenkte og undret seg om døden. Hun ledet også work-shopen Amor i alderdommen.



DELT ERFARING: Grethe Myklebust fortalte om sitt liv med en mann som fikk frontallappdemens.



POPULÆRT INNSLAG: Pianisten Wolfgang Plagges bidrag under tildelingen av Leon Jarners forskningspris.

– Da kunne vi fortelle de pårørende at «...jo, Nils hadde et så godt øyeblikk tidligere i dag. Vi snakket om døden.» Et problem vi støter på i omsorgen for døende personer med demens er manglende eller dårlige overganger, at ting skjer så fort. Hvis vi lærte oss å gjenkjenne vendepunktene, ville det vært mulig å få til en bedre prosess. Mye dreier seg om kommunikasjon. Hvor er det så best for en person med demens å dø? Å bli flyttet fra et kjent og trygt sted er ikke lurt. For de fleste bør palliasjon gis der pasienten er.

Tabubelagt tema. Oppslutningen om work-shopen Amor i alderdommen var stor. Debatten etter foredragene likeså. Inspirert av innleiderne sexolog/lærer Marie-Anne Ramuz Evensen og journalist/forfatter Åshild Ustrup gikk debatten livlig om temaet kjærlighet i eldre år. Ulstrup hadde selv opplevd å bli både omfavnet og bejublet etter å ha lest høyt om kjærlighet for tilhørerne på en lukket sykehjemsavdeling.

– Seksualiteten forsvinner jo ikke. På tvers av alder og diagnoser kan vi alle gledes ved å kjenne på det levende livet, minnet hun om.

Marie-Anne Ramuz Evensen hadde på forhånd søkt nærmest forgjeves etter litteratur om temaet demens og seksualitet.

– Er det ordene vi bruker som gjør vondt? Eller er det bildene i hodet vårt som blir for private? Fra Danmark fant jeg en avissak om at personer med demens var blitt påsatt drakter som kunne lukkes på ryggen, for å håndtere dementes seksualitet. Skjer dette også i Norge?

En annen historie handlet om en 86 år gammel mor som på pleiehjemmet hadde sex med flere mannlige beboere. Sønnen fant dette svært forkastelig og truet med at han ville få hele stedet lukket. Hvorfor vekker tanken på eldres seksualitet så mye ubehag i oss?

Pårørendes historier. Under symposiet *Stemmer fra innsiden – erfaringer fra familier med demens* fortalte flere erfar-

ingsrepresentanter sine historier. Grethe Myklebust var en av dem.

– Det verste for meg var tiden før mannen min fikk diagnosen frontallappdemens. Tegnene var nok der, men toppet seg gjorde situasjonen først da jeg, etter selv å ha ligget tre måneder på sykehus etter en operasjon, glad kom hjem og ble møtt med kommentaren: «Hvor i helvete har du egentlig vært?» Han kunne like gjerne ha slått meg, så overrasket ble jeg. Senere dukket mistenksomheten opp, og sjalusi. Det tok likevel lang tid før min tidligere så gode og snille mann forsto at noe var galt, og sa seg villig til legebesøk og nærmere utredning.

– Etter at diagnosen var stilt, gikk det ganske fort nedover med ham. Sykdommen medførte symptomer som var vanskelige for oss å takle, deriblant hallusinasjoner, dødsangst og depresjon. Han ble raskt dårligere og døde to måneder etter innleggelse på sykehjem, i juli 2012, fortalte Grethe Myklebust, som selv opplevde å få lite hjelp i den vanskelige tiden.

Bente Wallander (tekst)
Martin Lundsvoll (foto)

Spurte ekspertene til råds

Regjeringen innledet før jul arbeidet med Demensplan 2020. Personer med demens og deres pårørende ble i den forbindelse ønsket velkommen til åtte regionale dialogmøter. – Det er dere som er eksperter på et liv med demens, understreket helse- og omsorgsminister Bent Høie. Samtalene skal bidra til å gjøre norsk demensomsorg bedre.

Det var Helse- og omsorgsdepartementet som sammen med Helsedirektoratet, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse inviterte til åtte regionale dialogmøter om Demensplan 2020. Brukere og pårørende er gitt sentrale roller i arbeidet med å utvikle fremtidens tjenester. Med på møtene var personer med demens, deres pårørende, frivillige hjelpere samt ansatte og ledere i norsk demensomsorg.

Brukerens helse- og omsorgstjeneste

– Når vi skal utvikle en ny demensplan, er det viktig for oss å inkludere dere som selv har demens og deres pårørende. Vi vil vite hvordan tjenestene fungerer i dag, hva dere mener er de største utfordringene i dagens omsorg og hva dere trenger for å kunne leve et så godt liv som mulig med demens, sa helse- og omsorgsminister Bent Høie (H) til de vel 80 fremmøtte ved det første dialogmøtet som ble holdt i Oslo i november.

Ifølge Høie er det regjeringens mål å bygge brukerens helse- og omsorgstjeneste, og gi økt medbestemmelse til dem det gjelder.

– Innspillene deres vil legge grunnlaget for forslag til en ny demensplan, og ha stor betydning for fremtidens demensomsorg, understreket Bent Høie.

Mange innspill

Dialogmøtene ble avholdt i Oslo, Trondheim, Bergen, Stavanger, Molde, Tromsø, Hamar og på Gardermoen. Etter en plenumsinnledning ble møtedeltakerne delt inn i grupper for å diskutere hva som er viktig for å leve et godt liv med demens. Til det siste dialogmøtet i

rekken ble nær 100 personer fra fag- og forskningsmiljøene invitert. Helse- og omsorgsdepartementet har i ettertid oppsummert innspillene. Til utsagn som ble referert fra møtene hører:

Diagnosen. De fleste oppfatter perioden etter at en demensdiagnose er stilt som tung. Retningslinjer for oppfølging og en klargjøring av ansvaret mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten ble etterlyst. Kommunikasjonen mellom de ulike instansene bør bli bedre, manglende samarbeid mellom fastleger og hjemmetjenestene nevnes som en særlig utfordring. Oppfølging fra demensteam/-koordinatorer ble beskrevet som positivt.

Kunnskap og kompetanse. Behovet for mer kunnskap og kompetanse ble tydelig uttrykt. Dette gjaldt både hos personer med demens, pårørende, ansatte i tjenestene, hos arbeidsgivere, personer i ulike serviceyrker og i samfunnet generelt. Mange opplever fortsatt demens som en stigmatiserende sykdom. Pårørende som har vært på pårørendeskole er jevnt over svært tilfreds med dette tilbudet, men tilbudet er ifølge flere ikke godt nok utbredt. Mange sa seg særlig fornøyd med pårørendeskolens innhold om sykdomsutvikling og kommunikasjon med personer med demens. Flere personer med demens ytret ønske om egne skoler og/eller samtalegrupper. Ansatte trakk frem nytten av Demensomsorgens ABC, og tok til orde for at opplæringsprogrammet må videreføres. Utfordringer som ble trukket frem var mangel på personell og lite kontinuitet i tjenesteytingen.



VIKTIGE INNSPILL: – Innspillene fra personer med demens og deres pårørende vil ha stor betydning for fremtidens demensomsorg, sa helse- og omsorgsminister Bent Høie da han åpnet det første dialogmøtet i Oslo.

Bente Wallander (tekst og foto)

Ole om sitt første sykdomstegn: – Kjerringa vart sur

Aktivitet og avlastning. Det var stor enighet om behovet for flere aktivitets-tilbud til personer med demens. Mange ønsker lovfesting av et aktivitetstilbud til personer med demens. Tjenestetilbudet må være fleksibelt og kunne tilrettelegges ut fra den enkeltes preferanser og behov. Behovet for mer aktivitet i hverdagen gjelder også for pasienter i sykehjem og hjemmetjenestene. Samarbeidet mellom det offentlige og frivillige organisasjoner må systematiseres og bedres.

Involvering. Personer med demens og deres pårørende ga uttrykk for at de ofte fratas muligheten til å delta i avgjørelser som angår dem selv, for eksempel om valg av eget tjenestetilbud eller planlegging av fremtiden. Mange etterlyste et system for å kartlegge enkeltpersoners preferanser og ønsker på et tidlig tidspunkt i sykdomsutviklingen. Det er den enkeltes livshistorie som gir grunnlag for å forstå hva som er viktig for at han/hun skal kunne leve et godt liv med demens

Tilrettelagt pleie og omsorg. Personsentrert demensomsorg opptok mange. For å kunne gi gode tjenester som er tilpasset den enkeltes ønsker og behov må man kartlegge og beskrive deres livshistorie. Det er behov for å vurdere alternative typer boformer og fysisk utforming og tilrettelegging av sykehjem må vurderes med tanke på demensvennlighet.

Fører kort. For mange er det å miste førerkortet vanskelig. Det foreslås av flere å legge ansvaret for denne vurderingen til spesialisthelsetjenesten, av hensyn til tillitsforholdet mellom pasient og fastlege.

Basert på innspill fra dialogmøtene, erfaringer fra dagens demensplan og ny oppdatert kunnskap, vil departementet nå utvikle et utkast til en ny demensplan som skal sendes på bred høring. Det tas sikte på fremleggelse av planen høsten 2015.



PÅ DIALOGMØTE: Frøydis Halvorsen og Ole Gudmund Karlsen.

Ole Gudmund Karlsen og Frøydis Haraldsen deltok på ett av dialogmøtene for personer med demens og deres pårørende. Med sin humoristiske presentasjon av sitt møte med en alvorlig sykdom, gjorde paret et sterkt inntrykk på de øvrige fremmøtte.

Frøydis Haraldsen innledet den dialogen hun og Ole Gudmund Karlsen førte foran resten av deltakerne på dialogmøtet på Hamar den 16. desember.

– Hvordan merket du at alt ikke var som det skulle?

– Kjerringa vart sur, svarte Ole Gudmund.

Frøydis nikket bekreftende. For Ole Gudmund var ikke lenger den personen hun kjente.

– Jeg trodde at du var blitt lat. Du la mange planer hver eneste morgen, men det var sjelden at du fikk gjennomført dem. Du ble også desorientert og gjorde, i mine øyne, mye rart. Da vi sommeren

2012 hadde vært på ferie i Bergen i ei uke gikk du for eksempel plutselig inn i feil hus.

Livsgrunnlaget forsvant

Paret selv skjønte ikke mye av det som skjedde, men i september måned samme år var tegnene på at noe var galt så mange at Ole Gudmund etter et legebesøk ble henvist til utredning på Sanderud.

– Der fikk jeg mange forskjellige spørsmål. Det ble også tatt en del prøver og jeg måtte fylle ut et spørreskjema, erindrer Ole Gudmund.

Ole Gudmund fikk beskjed om en mulig demensdiagnose den dagen. Han tapte samtidig retten til å kjøre bil.

– Med førerkortet forsvant livsgrunnlaget mitt. Jeg arbeidet som møbelsnekker og i tillegg hadde jeg snørydding i fjellet på vinteren og var helt avhengig av kjøretøy og maskiner. Nå ble det plutselig bråstopp.

– Det var nok tøffere for Ole Gudmund enn mulighetene for at han kunne ha demens, sier Frøydis.

– Ja, på denne tida synes jeg fortsatt at det var noe Donald Duck-aktig over det hele, føyer Ole Gudmund til.

Gikk i kjelleren

Paret understreker at Ole Gudmund i denne fasen ble tatt svært godt hånd om. Han gjennomgikk blant annet flere undersøkelser. I februar kom så diagnosen. Ole Gudmund hadde demens med Levy-legeme.

– Fortsatt hadde jeg ikke vondt, annet enn det psykiske, men på det området gikk jeg virkelig rett i kjelleren. Jeg var jo ikke mer enn 62 år gammel og kona er fortsatt i full jobb, fortalte han.

Når diagnosen først var stilt, tok det ikke lang tid før kommunens demenskoordinator dukket opp hjemme hos Frøydis og Ole Gudmund.

– Vi snakket blant annet en del om dette å være føre var; At det er viktig å være tidlig ute med å teste forskjellige tiltak, forteller Frøydis.

Ole Gudmund fikk samtidig tilbud om å delta i et dagaktivitetstilbud.

– Møtet med *Inn på tunet*-tilbudet et par måneder senere ble svært positivt. Jeg er der tre dager i uka og liker meg svært godt. Vi blir tatt vare på alt etter de behovene hver enkelt har og det er viktig for meg å ha en fast ting å gå til, sier han.

Kultur og humor

– *Hva er det som kan holde et menneske oppe når tilværelsen endres så radikalt?*

Ole Gudmunds råd er å bruke mye humor.

– Kultur er også viktig, det er utrolig å se åssen folk reagerer på for eksempel musikk. Je har for eksempel vøri heldig som har fått en støttekontakt som er liddelig flink til å spille gitar. Mens de andre brukerne går tur spiller vi gitar og orgel. Det er veldig artig.

All aktivitet til tross. Frøydis medgir at det enkelte ganger kan være vanskelig å få parets dager til å gå i hop. Ole Gudmund har «fri» én dag i uken. Han har tilbud om aktivitetsvenn, men har valgt å se det an. Han greier seg hjemme alene den ene dagen i uka mens Frøydis er på jobb.

– Foreløpig har je valgt å pusle litt heme hver fredag. Det er itte bra å bli overbukke heller da!

– *Hva er viktig for at du skal kunne ha et godt liv med demens?*

– Ærlig tala tenkje je itte så mye på det. Je føler meg itte sjuk. Je liker å ha det moro – sjølv om det er litt kjett.

Bente Wallander (tekst)

Priset for godt pårørendearbeid



HEDRET: Kirsti Hotvedt fikk æresprisen fra Civitan Norges Forskningsfond for Alzheimers sykdom. Her flankert av fondets leder Eva H. Johnsen og Civitan Norges president Per Olav Johannessen. Foto: Torgunn Hauge.

Prosjektleder Kirsti Hotvedt fra Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse er tildelt æresprisen fra Civitan Norges Forskningsfond for Alzheimers sykdom for 2014.

I begrunnelsen for pristildelingen står det at «Prisen blir gitt for Kirsti Hotvedts store innsats og engasjement for pårørendeskoler for pårørende til personer med demens.»

Hotvedt var med på å etablere den første pårørendeskolen i landet i 1992, i regi av Stiftelsen Kirkens Bymisjon i samarbeid med Demensforeningen i Oslo. Det bidro til en utvikling som har ført til at det i dag er pårørendeskoler i nesten alle landets kommuner. Hun har i tillegg skrevet flere bøker og materiell om demens og pårørendeskoler.

Kirsti er sykepleier med videreutdanning i Administrasjon og ledelse. Hun

har også tatt en mastergrad i folkehelse ved Nordiska Högskolan i Göteborg.

Prisen ble overrakt på Civitan Norges landsmøte i Tønsberg den 8. februar 2015.

Civitan Norge er en frivillig humanitær organisasjon uten religiøs eller politisk tilknytning. Civitans medlemmer er organisert i lokalt forankrede klubber som arbeider i sine nærområder. I tillegg til arbeidet i lokalmiljøene, deltar de fleste klubbene i flere fellesoppgaver. En av fellesoppgavene er å støtte forskning på Alzheimers sykdom.

Organisasjonens Forskningsfond for Alzheimers sykdom ble opprettet i 1999. Fondet har delt ut midler og stipendier til forskere ved flere norske sykehus og universiteter. Fondet delfinansierer blant annet en stipendiat som skal ta sin doktorgrad (PhD) på Alzheimers sykdom.

Fondets tidligere ærespriser har gått til professorene Knut Engedal, Oslo og Harald Nygaard, Bergen.



Kristine Stray Aurdal (tekst og foto)

Matlagingskurs for ansatte i hjemmetjenestene

Ansatte fra hjemmetjenestene i Oslo deltok i november på matlagingskurset «Smålekkert på 15 minutter». Kurset ga deltakerne inspirasjon til flere nye retter de kan lage hjemme hos bruker.

– Kurset var fint. Jeg bruker det jeg lærte og lager mange av rettene. Brukerne er veldig fornøyde, forteller Theresa Frimpong, som er hjemmehjelp i Kamfer helse- og omsorgstjenester.

Enkel matlaging

Matlagingskurset *Smålekkert på 15 minutter* ble arrangert for ansatte i kommunale og private hjemmetjenester i Oslo kommune. Det var Geriatrisk ressurscenter som arrangerte kursene i samarbeid med ernæringsgruppa i Helseetaten og kokk ved Etterstad videregående skole. Klinisk ernæringsfysiolog Kristine Stray Aurdal, som er engasjert ved Geriatrisk ressurscenter, sto for gjennomføringen av kursene.

– Målsetningen var å gi opplæring i enkel matlaging og hvordan lage ulike retter til brukere i ernæringsmessig risiko. Matlagingskurset skulle også inspirere til variasjon i mattilbudet og vise hvordan duft og anretning av mat

kan bidra til å stimulere matlysten hos eldre, forklarer hun.

Interessen for matlagingskursene som ble holdt første gang våren 2014 gjennom prosjektet *Trå lekkert* var stor. Høstens kurs fikk også gode tilbakemeldinger. De nærmere 40 kursdeltakerne syntes at rettene var inspirerende. Karbonadesmørbrød, smørbrød med fiskekake, næringsdrikken «Soldrikk», stekt laks, beriket havregrøt, omelett og pai med eple, var blant rettene deltakerne fremhevet som spesielt godt egnet for hjemmetjenesten.

Hever kompetansen

Prosjektet *Trå lekkert* er en nettbasert kompetansehevingspakke for praktisk ernæringsarbeid, utviklet i nært samarbeid med hjemmetjenestene. Målet er å øke ansattes kompetanse for å forebygge og behandle underernæring. En rød tråd er brukernes behov og ønske for mat og måltider, og at ernæringsarbeidet skal skje med respekt for selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. De enkelte delene av kompetansehevingspakken kan settes sammen eller brukes hver for seg. Ansatte i hjemmetjenestene har tatt godt i mot *Trå lekkert*. Spesielt populært er huskeliste for ernæringsobservasjon, tips for å energi- og proteinberike mat og handleliste.

FORNØYD: – Kurset var fint. Jeg har brukt det jeg lærte og lager mange av rettene. Brukerne er også veldig fornøyde, forteller Theresa Frimpong (t.v.), hjemmehjelp i Kamfer helse- og omsorgstjenester.

Viktige dokumenter fra Helsedirektoratet i arbeidet med «Trå lekkert»:

- Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.

Prosjektet *Trå lekkert* – god praksis i ernæringstrappens fire første trinn er gjennomført av Helseetaten i Oslo kommune med finansiering fra Helsedirektoratet i perioden 2012–2014.



MINIKOKEBOK: Oppskriftsheftet til matlagingskurset «Smålekkert på 15 Minutter» (PDF) kan bestilles fra Helseetaten på e-post postmottak@hel.oslo.kommune.no

Ellen Wasserfall (tekst og foto)

Nettbrett som velferdsteknologisk verktøy



Nettbrett som velferdsteknologisk verktøy er prøvd ut i flere prosjekter i Oslo kommune. Noen av erfaringene ble nylig presentert på et seminar.

Mer om prosjektet

Bruk av nettbrett som velferdsteknologi i hverdagsrehabilitering

1. Delprosjektet har utarbeidet en demonstrasjonsvideo for «gjør-det-selv» med kompresjonsstrømper. Målgruppen for denne videoen er den enkelte bruker som trenger hverdagsrehabilitering så vel som helsepersonell som trenger en introduksjon eller «oppfriskning» på temaet. Videoen er lagt ut på <https://vimeo.com/geriatrikressurscenter>
2. Sluttrapport for delprosjektet «Bruk av velferdsteknologi i hverdagsrehabilitering», kan bestilles på geria@hel.oslo.kommune.no

Erfaringer med nettbrett i Oslo kommune

- Anskaffelse- og brukererfaringer med nettbrett i Omsorg+, Eirin Rørmark, prosjektleder byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester, Oslo kommune
- Brukererfaringer fra utvikling av ernæringsappen «Apetitt», et samarbeid mellom Helseetaten, Oslo kommune og Universitetet i Oslo v/ professor Anne Moen.



PÅ ET BRETT: Engasjerte seminardeltakere. Fra v. leder Ellen Andersen, prosjektleder Ronny Eliassen, begge Geriatrisk ressurscenter, prosjektleder Gro Idland, Helseetaten, og Odd Gran, leder av det sentrale Eldreråd i Oslo kommune.

Oslo kommunes erfaringer med bruk av nettbrett spenner over mange områder, som anskaffelse, implementering, innovasjon og tjenesteutvikling. Rammen for bruk av brettene varierer fra noen få til mange nettbrett, og funksjonene som er prøvd ut er informasjon, påminnelser, sosial kontakt og videokommunikasjon.

– Vi må tenke på fremtiden, den er mer teknisk. Brukerne vil bo lenger hjemme, og vi ønsker å trygge de eldre gjennom velferdsteknologi. Da må vi orientere oss, sier kollegaene Monica Enge Eriksen, enhetsleder, og Cesilie Kongshavn, Geriatrikonsulent, som begge jobber i bydel Vestre Aker.

Eriksen og Kongshavn var blant de over førti deltakerne som hadde funnet veien til seminaret som Geriatrisk ressurscenter, Helseetaten, i januar arrangerte for ansatte i kommunale og private pleie- og omsorgstjenester i Oslo, i tillegg til representanter for frivillige organisasjoner.

Utfordring

I Prosjektrapport delprosjekt *Bruk av velferdsteknologi i hverdagsrehabilitering* oppsummeres erfaringene slik: «Bakgrunnen for prosjektene og seminaret er kunnskapen om at eldrebefolkningen vil øke i årene som kommer i kombinasjon med mangel på helsepersonell utfordrer helse- og omsorgstjenestene til å tenke nytt. Både nye arbeidsmetoder, mer bruk av velferdsteknologi og samhandling med frivillige anses som aktuelle løsninger for å imøtekomme morgendagens omsorgsbehov. En av utfordringene er, som det sies i NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg*, at velferdsteknologi tas i bruk for sent, og at terskelen for å ta i bruk slik teknologi ofte er høy. Da er det viktig å prøve ut og dele erfaringer.»

Seminaret markerte også avslutningen på et prosjekt med utprøving av nettbrett i hverdagsrehabilitering.

– Målet med prosjektet var å prøve ut nettbrett som et velferdsteknologisk hjelpemiddel og verktøy for våre hver-

Si din mening om Demens & Alderspsykiatri (D&A)

Bli med på trekningen om fem boksjekker på **350 kroner**



Hva leser du i D&A, hva setter du mest pris på og på hvilke områder kan Aldring og helses fagtidsskrift bli bedre?

Redaksjonen har som mål å gjøre D&A til det ledende fagtidsskriftet på våre områder. Går vi i riktig retning? Hvis ja – hvorfor? Og hvis ikke – hva mener du må til for at vi skal lykkes?

På vår nettside www.demensogalderspsykiatri.no vil du finne opplysninger om D&As leserundersøkelse.

Sett av to-tre minutter til å besvare våre spørsmål og bli med i trekningen av fem Aldring og helse-boksjekker á 350 kroner.

Jo flere svar – desto bedre blad.
Takk for hjelpen!

Bente Wallander, *redaktør*

Bruk QR-coden på nettbrett eller telefon eller gå inn på vår hjemmeside via pc, www.demensogalderspsykiatri.no



dagsrehabiliteringsteam. Vi ønsket også å finne ut hvordan helsepersonell kan samarbeide med frivillige i denne typen prosjekt, forteller Ronny Eliassen. Eliassen, som med midler fra Helsedirektoratet ledet Geriatriisk ressurscenters prosjekt *Bruk av nettbrett som velferdsteknologi i hverdagsrehabilitering, et delprosjekt under hovedprosjektet Hverdagsrehabilitering – Oslo modellen*.

Velferdsteknologi og hverdagsrehabilitering

Ronny Eliassen testet i 2014 bruken av nettbrett sammen med to hverdagsrehabiliteringsteam i bydelene Grünerløkka og Østensjø, fire frivillige knyttet til seniorsenter i bydelene og 12 brukere. Gjennom prosjektet ble muligheten for å benytte frivillige som teknisk og sosial ressurs overfor brukerne vurdert. De frivillige ble i tillegg introdusert som en ressurs ved gjennomføring og avslutning av hverdagsrehabilitering. I prosjektet ble det benyttet apper som hjalp brukeren å nå sine mål. Hverdagsrehabiliteringsteamene fikk samtidig anledning til å teste ut nettbrettet som ett nytt verktøy.

Følgende funksjoner ble prøvd:

- ♦ Google Kalender – gratis kalender som kan deles med flere. Kan blant annet brukes for å minne folk om at de må ta medisiner.
- ♦ ExorLive – treningsprogram og planlegger med mulighet til å illustrere øvelser med videoklipp. I prosjektet har bydelen betalt lisensen som gir tilgang til gratis apper for brukere/pasienter.
- ♦ Skype og Facebook – gratis programvare for å styrke sosial kontakt og relasjoner til pårørende.

Positive erfaringer

Av sluttrapporten fremgår at prosjektdeltakerne er enige om at nettbrett har et potensiale som hjelpemiddel og verktøy. Bruken av frivillige som ressurs åpner for å tenke nytt når det gjelder arbeidsmetoder. Det kom innspill på forbedring og videreutvikling knyttet til frivillige. Avklaring av ansvar mellom frivillige og kommunalt ansatte er et sentralt punkt. Det er viktig å vurdere hvilke oppgaver hverdagsrehabiliteringsteamene skal gjennomføre og de opp-

gaver frivillige kan gjøre. En slik gjennomgang vil sikre en god oppgavefordeling.

Hverdagsrehabiliteringsteamene har på sin side sett hvordan nettbrett kan brukes i deres jobbhverdag. Teamene har en klar formening om at nettbrett og apper må gjøre mer enn å erstatte papir. Utstyr og apper som ble benyttet er laget for forbrukermarkedet, uten andre tilpasninger enn det som er inkludert ved levering. I prosjektet ble det benyttet mobildata-abonnement, utfordringer her kan være både dekning og dataforbruk ved for eksempel videosamband.

Prosjektdeltakerne konkluderer med at erfaringer fra dette prosjektet ikke alene er nok til å gi svar på om nettbrett kan benyttes i hverdagsrehabiliteringen. Erfaringene sammenfaller til en viss grad med funn fra andre prosjekter knyttet til velferdsteknologi. Et nettbrett kan for eksempel gi mulighet for enklere veiledning av bruker i brukers hjem, til fordel både for bruker og tjenesteutfører. Terskelen for å ta i bruk teknologien forsvinner som oftest når man har blitt kjent med den grunnleggende funksjonaliteten i teknologien.



Beredskapsleder: *Fagkonsulent i Norsk Folkehjelp, Erlend Aarsæther.*



NY VEILEDER: *Redningstjeneste og personer med demens.*

Bente Wallander (tekst og foto)

Veiledning i søk etter personer med demens

Organisasjonen Norsk Folkehjelp har gitt ut en veileder om *Redningstjeneste og personer med demens (Alzheimers sykdom).*

Når et barn blir savnet er samfunnets respons rask og omfattende. Nesten alle blir funnet i god behold i løpet av svært kort tid.

– Vi har høy aksept for at det skal vare slik, og det er bra. Dessverre reagerer ikke samfunnet på samme måte når en eldre person med demens blir savnet, sier veilederens forfatter, Erlend Aarsæther.

Uten å ville trekke sammenlikningen mellom barn og personer med demens for langt, så påpeker Aarsæther at begge er sårbare grupper som i liten grad finner tilbake selv:

– Når en person med demens blir borte tenker vi kanskje at han eller hun

nok vil dukke opp igjen snart, vi avventer derfor litt og ser om det løser seg. Prøv å forestille deg reaksjonene dersom vi tenkte slik når et lite barn er savnet.

Norsk Folkehjelp har derfor utarbeidet en veileder som redningstjenesten kan benytte i sin håndtering av aksjoner der personen som savnes har demens. Utgivers mål har vært å tilgjengeliggjøre informasjon som kan bidra til bedre redningstjeneste.

– I en slik bok kan det lett bli mye fokus på demens som sykdomstilstand. Det er viktig å huske at de som har demens er enkeltpersoner med nøyaktig det samme menneskeverdet som før de fikk en hjernesykdom. Hvordan vi håndterer en leteaksjon handler ikke bare om å øke deres muligheter til overlevelse, men også om hvordan vi ivaretar de savnedes menneskeverd, understreker Aarsæther.

– Arbeidet med veilederen er finansiert gjennom en testamentarisk gave som ble gitt for å styrke Norsk Folkehjelps arbeid med demens, spesielt Alzheimers sykdom, opplyser forfatteren.



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

FAGSKOLE

**To studietilbud for helsefagarbeidere,
omsorgsarbeidere, hjelpepleiere og aktivitører**

DEMENSOMSORG OG ALDERSPSYKIATRI



UTVIKLINGSHEMNING OG ALDRING

FOR BEGGE STUDIETILBUD

Ukessamlinger og læring på nett



Praksis – mulig på egen arbeidsplass



Deltidsutdanning over 2 år, tilsvarende 1 år på fulltid



60 fagskolepoeng og graden Vocational Diploma

Opptaket starter 1. mars

Studiet starter i august

Informasjon, opptakskriterier og søknadsskjema finnes på nettsidene våre:

www.aldringoghelse.no



Møteplass for mestring Demens midt i livet

Kurs for yngre personer med demens og deres pårørende

På *Møteplass for mestring* deltar personer som har fått en demensdiagnose før fylte 65 år sammen med en pårørende. Kurset er lagt opp over 3–4 dager med overnatting. Gjennom forelesninger om demens, samtaler i mindre grupper, aktiviteter og sosialt samvær får deltakerne støtte til å håndtere en ny livssituasjon.

Parene betaler en egenandel på 1 000 kr. for kurs og opphold. Reiseutgifter med billigste transportmiddel utover 1 000 kr. dekkes. Samlingene ledes av fagansvarlig helsepersonell i samarbeid med frivillige fra Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Opplys gjerne om tilbudet til aktuelle deltakere!

Datoer og steder for Møteplass for mestring 2015 blir lagt ut på
www.aldringoghelse.no og www.nasjonalforeningen.no



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Møteplass for mestring er i samarbeid med kompetansemiljøer i regionene og et av tiltakene i *Tilskuddsordningen Pårørendeskoler og samtalegrupper i demensomsorgen*, som administreres av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse og Nasjonalforeningen for folkehelsen, på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Ålesund 20.-22. april 2015

LANDSKONFERANSEN I ALDERSPSYKIATRI



Påmeldingsfrist: 9. mars 2015

Nettpåmelding: www.aldringoghelse.no/kurs-og-konferanser



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste



KURS & KONFERANSER 2015

Kursperiode	Tema	Sted	Påmeldingsfrist
Demens			
23. mars**	Utredning av demens i kommunehelsetjenesten (2 dager)	Oslo	18. feb. 2015
21. april.*	GPS – økt livskvalitet for personer med demens?	Alta	17. mars 2015
27. april**	Legkurs – Demenssykdommene – diagnostisering og behandling	Oslo	23. mars 2015
28. april*	Tilrettelagte dagaktivitetstilbud for personer med demens	Oslo	25. mars 2015
1. juni*	Konferanse – Hjemmebaserte tjenester til personer med demens	Stjørdal	28. april 2015
2. juni*	Tilrettelagte dagaktivitetstilbud for personer med demens	Stjørdal	28. april 2015
2. sept.*	GPS – økt livskvalitet for personer med demens?	Oslo	20. juni 2015
8. sept.**	Konferanse – Demensteam	Oslo	21. juni 2015
8. sept.***	Lær å bruke DCM	Stjørdal	21. juni 2015
22. sept.***	Basiskurs i demens	Inderøy	23. aug. 2015
12. okt.*	Utredning av demens i kommunehelsetjenesten	Stjørdal	9. sept. 2015
13. okt.*	Etablering og organisering av demensteam	Stjørdal	9. sept. 2015
28. okt.*	Kognitiv svikt og demens hos personer med innvanderbakgrunn	Oslo	27. sept. 2015
16. nov.**	Erfaringskonferanse – Dagaktivitetstilbud	Oslo	14. okt. 2015
1. des.**	Demensdagene 2015	Oslo	1. nov. 2015

Alderspsykiatri

20. april***	Landskonferanse	Ålesund	Ta kontakt
21. sept.**	Legkurs – Alderspsykiatri i praksis	Oslo	19. aug. 2015
12. nov.*	Rus og legemiddelavhengighet hos eldre	Oslo	12. okt. 2015
17. nov.*	Alderspsykiatrisk forskningsnettverk	Oslo	17. okt. 2015

Utviklingshemning og aldring

22. sept.***	Basiskurs – Aldring hos personer med utviklingshemning	Stavanger	22. aug. 2015
20. okt.*	Temakonferanse – Utviklingshemning og psykiske lidelser i eldre år	Oslo	18. sept. 2015

Funksjonshemning og aldring

21. okt.*	Temakonferanse - Psykiske plager og lidelser ved aldring for personer med funksjonshemning	Oslo	18. sept. 2015
-----------	--	------	----------------

Geriatrici

26. mars**	Ernæringssvikt hos gamle	Oslo	Ta kontakt
5. mai*	Smerter og palliasjon hos eldre	Oslo	26. mars 2015
6. mai*	Balansetrening og fallforebygging	Oslo	26. mars 2015
19. mai.***	Basiskurs i geriatri	Kristiansand	20. april 2015
26. okt.**	Legkurs – Legemiddelbruk	Oslo	22. sept. 2015

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)

Aldring og helse har også undervisningstilbud tilpasset bedriftsintern opplæring, oppdragskurs og nettbasert opplæring.

Med forbehold om endringer – følg med på vår hjemmeside under fanen «kurs og konferanser» der program og lenke for påmelding legges ut.

www.aldringoghelse.no



QR Code direkte til kurssiden



Skriv for Demens & Alderspsykiatri

Er du opptatt av noe som andre innen fagfeltene kunne ha glede og nytte av å lese om?

– *Skriv for D&A, oppfordrer tidsskriftsredaktør Bente Wallander.*

Fagbladet Demens & Alderspsykiatri (D&A) har i mange år publisert fagartikler fra våre fagområder. Nå har vi i tillegg innledet en prosess for å bli godkjent som nivå 1-tidsskrift.

– Til D&A kan du også sende en kommentar, kronikk eller et debattinnlegg. Faglig relatert stoff som kan interessere og engasjere våre lesere ser vi gjerne. Ta kontakt dersom du har noe på hjertet.

Fagartikler i D&A

D&A retter seg til helsepersonell som arbeider innen feltene demens og alderspsykiatri i primær- og spesialisthelsetjenesten. Fagartikler som publiseres i D&A skal være basert på forskning eller på god og dokumentert praksis fra disse fagområdene. Vi er opptatt av at stoffet skal være tilgjengelig for flest mulig og ber om at fremmedord som ikke er alminnelig kjent, blir forklart.

En fagartikkel i D&A overskrider sjelden 15 000 tegn uten mellomrom. Vi oppfordrer dere til å sende bilder, grafer og figurer som separate filer. Redaksjonen forbeholder seg retten til i samråd med forfatter å redigere og forkorte manuskripter. Fagartikler og innlegg til D&A skal før trykking leses og godkjennes av minst to av redaksjonskomiteens medlemmer.

Litteraturhenvisninger skal følge Vancouver style. Stilen er beskrevet på tidsskriftets nettsider www.demensogalderspsykiatri.no. Fagartikler som ønskes vurdert sendes elektronisk til tidsskriftets redaktør: bente.wallander@aldringoghelse.no. Et foto (portrett) av hver forfatter skal også legges ved.

Forskningsartikler i D&A

D&A har innledet en prosess for å bli godkjent som vitenskapelig publiseringskanal. Vi ønsker å publisere tverrfaglig innen våre fagfelt, 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 metasynteser vil bli vurdert for publisering. Sekundærpublisering, det vil si publisering av en artikkel som tidligere har vært publisert i et annet tidsskrift og eventuelt på annet språk, vil ikke bli godtatt som forskningsartikkel 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, bokstavstørrelse 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 trykkes tekniske årsaker også sendes inn som egne dokumenter i excel-format (.exl).
- ♦ 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.

Det vitenskapelige artikkelmanuskriptet og eventuelle tabeller sendes elektronisk til fagredaktor@aldringoghelse.no.

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

1. Overskriftsside

Tittel på artikkelen

Forfatterens (forfatternes) for- og etternavn.

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

Forfatterens (forfatternes) stilling og arbeidssted.

Kontaktforfatterens (vanligvis førsteforfatter) elektronisk 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 «Vancouverkonvensjonen» (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 datainn-samling/-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.

Referanser

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

For fullstendig beskrivelse av stilen og kravene til forskningsartikler som ønskes vurdert for publisering i D&A, se www.demensogalderspsykiatri.no eller ta kontakt med redaktør/redaksjon.

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)

Demens & Alderspsykiatri

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

Vitenskapelig redaksjon:

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

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

Geir Selbæk, professor ph.d. forskningsleder

Knut Engedal, professor dr.med.

Vitenskapelige artikler sendes til
fagredaktor@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

Allan Øvereng, sykepleier, nettverkskoordinator,
Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og
samhandling, Helse Stavanger 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



PRESSENS
FAGLIGE UTVALG

Vi arbeider etter
Vær Varsom-plakatens regler
for god presseskikk.

Den som mener seg rammet av
urettmessig publisering, oppfordres til
å ta kontakt med redaksjonen.
Pressens Faglige Utvalg (PFU) er et
klageorgan oppnevnt av Norsk
Presseforbund som behandler klager
mot mediene i presseetiske spørsmål.

Adresse: Rådhusgt 17
Postboks 46 Sentrum
0101 Oslo
E-post: pfu@presse.no

presse.no



Demens & Alderspsykiatri

Tidsskriftet Demens & Alderspsykiatri er 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. 800,- per år.

Bestill tidsskriftet

e-post
tidsskriftet@aldringoghelse.no
telefon 22 11 77 28

eller skriv til:

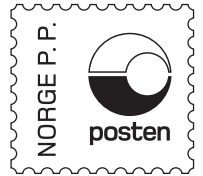
Aldring og helse

Oslo universitetssykehus HF, Ullevål
Bygning 20, 4. etg.
0450 Oslo



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

www.demensogalderspsykiatri.no



D&A går i dybden - og i bredden

ISSN: 1890-4130

Medlem av



Demens&Alderspsykiatri utgis av



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Aldring og helse

Oslo universitetssykehus HF, Ullevål
Bygn. 20
0450 Oslo
Tlf: 22 11 77 28 / 33 34 19 50

Aldring og helse

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