

demens & alderspsykiatri

AKTUELT – Hjernehelset i fokus

FAG – Hva bør vi kunne?

YTRING – Ja til eldrepsykologi



Pasienter smykker ut
forsterket skjermet enhet

Likeverd – ingen selvfølge



Bente Wallander
redaktør

bente.wallander@
aldringoghelse.no

Menneskeverd, likebehandling og rettigheter for personer med demens dukker opp som tema i flere artikler i dette D&A. Fortsatt kan mange oppleve at det følger et stigma med demensdiagnosene. Personer med demens kan i mange tilfeller oppleve samfunnets generelle holdninger til dem og andre eldre som krenkende.

Godt er det i den sammenheng å kunne vise til forsøket som pågår med Individuell plan for personer med demens i Trondheim. Prosedyren som skal gi brukere med langvarige og koordinerte tjenestebehov det tilbudet de har krav på, har hittil vært forbeholdt andre pasientgrupper. Allerede synes det som om personer med demens også kan dra stor nytte av det brukerstyrte planverktøyet.

Eldre med psykiske lidelser som depresjon og angst er underrepresentert når det gjelder å motta psykologiske helsetjenester. Dette til tross for at de kan ha stor nytte av slik behandling. At Norsk Psykologforening igjen valgte å integrere eldrepsykologi som spesialitet, sender nå gledelige og viktige signaler inn i politiske og helsefaglige miljøer.

På et overordnet plan dreier alle disse sakene seg om å anerkjenne og bekrefte det iboende menneskeverd og likeverd også hos eldre, enten man har demens eller en psykisk sykdom. Personer med demens kan ikke helbredes for sin sykdom, men samfunnet kan bidra til at de opplever dagene som gode og meningsfulle.

På vår vei mot et mer demens- og aldersvennlig samfunn må vi starte med å ta deres rettigheter på alvor.

Bente Wallander



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

LAYOUT/TRYKK
BK Grafisk, Sandefjord (TAa)

Det redaksjonelle arbeidet er
avsluttet 24. februar 2017.

ABONNEMENT
Aldring og helse
Tlf: 33 34 19 50
tidsskriftet@aldringoghelse.no

DEMENS & ALDERSPSYKIATRI
utkommer fire ganger i året.

Abonnement koster per år:
Norge: kr 420 Norden: kr 500

Fagpressen

Illustrasjon forside:
Bilde laget på Valentinlyst
helse- og velferdssenter.
Foto: Martin Lundsvoll



AKTUELT

- 4** Folk i fokus: Gunhild Waldemar
Leder av Nasjonalt Videnscenter for Demens
- 8** Individuelle planer (IP) for personer med demens
- 14** Hjernehelserapporten:
Svikt i tjenester og store regionale forskjeller
- 16** Vinner av Leon Jarners forskningspris 2016:
– Sykehjemsbeboere bør trene mere
Intervju med Elisabeth Wiken Telenius
- 18** Balansetrening gir resultater
Intervju med fysioterapitjenesten på Nordstrand
- 21** Nye mønstre oppstår når pasienter slipper til
Reportasje fra Valentinlyst helse- og velferdssenter
- 24** Overser pasientenes åndelige behov
Intervju med Liv Skomakerstuen Ødbehr
- 26** Seniorfilm gir mersmak
Reportasje fra Trysil

NYE BØKER

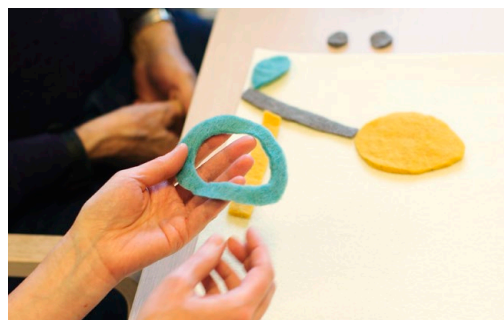
- 29** Å dykke etter sjøhester. En bok om hukommelse
Hjernen er stjernen. Ditt eneste uerstattelige organ
- 30** Lanserte ny håndbok for de som skal starte
Inn på tunet-tilbud

YTRING

- 12** Norsk eldrepsykologi – ett skritt tilbake og to fram
Per Kristian Haugen, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
- 15** Tid for å satse på demensforskning
Lisbet Rugtvedt, Nasjonalforeningen for folkehelsen

FAG

- 32** Forskning på kompetanse i helse- og omsorgstjenester i kommunene i Norge
Hva bør vi egentlig kunne og hvordan finne ut av det?
Pia Cecilie Bing-Jonsson
- 35** «I verdighetens navn» – om verdighetsbevarende omsorg for personer med demens
Oscar Tranvåg



Dronningen av demens – i Danmark

TEKST/FOTO: Bente Wallander

Takknemligheten som personer med demens og deres pårørende følte over å bli sett og hørt vekket Gunhild Waldemars medisinske engasjement. Hun drømte om å etablere en hukommelsesklinikk i København. I dag leder hun Nationalt Videnscenter for Demens.

Gunhild Waldemar vokste opp på en bondegård med dyr rett ved Billund, et sted nordmenn flest forbinder med Legoland.

– Det var et område med et rikt foreningsliv og hvor de fleste bodde på landet i meget natur-skjønne omgivelser. Et riktig godt sted å vokse opp, sier hun.

Grunnlaget for sitt vitenskapelige engasjement la hun i mere urbane omgivelser. Mens Gunhild gikk på gymnas i Grindsted, reiste hun ett år til USA som utvekslingsstudent.

– Jeg bodde hos en vertsfamilie rett utenfor New York, der jeg gikk på High School. I ettertid ser jeg dette som ett av de viktigste årene i mitt liv. Jeg kom til et mere kulturelt samfunn og møtte visjonære mennesker, med store ambisjoner for sine liv. Takket være dette ble også jeg inspirert til å søke akademisk utdanning, forteller hun.

Som sagt, så gjort. Etter endt gymnas reiste Gunhild i 1977 til København for å studere medisin. Hun var ferdig lege i 1985.

Spesialisering og doktorgrad – samtidig

Den unge legens trang til å skaffe seg ytterligere kunnskap var fortsatt sterk. På nittitallet innledet Gunhild Waldemar sin spesialisering i nevrologi. Underveis tok hun også en doktorgrad. Etter tre års forskning disputerte hun i 1996 over temaet *Funksjonell avbildning*

1. Waldemar G. Functional brain imaging with SPECT in normal aging and dementia: Methodological, pathophysical, and diagnostic aspects. Copenhagen: Department of Neurology, Rigshospitalet, 1996.

av hjernen med SPECT i normal aldring og demens: Metodiske, patofysikalske, og diagnostiske aspekter¹.

– SPECT-scanning var så nytt den gang, jeg var så fascinert av alle mulighetene det ga, og ønsket å se om den også kunne brukes til noe helt annet, forteller hun.

Gjennom arbeidet sitt møtte hun mange pasienter med demens og deres familier.

– Jeg var fortsatt helt grønn på fagområdet, men de var enormt takknemlige for å bli intervjuet, og for den oppmerksomheten jeg ga dem. Endelig var det noen som så dem og deres behov. Det var på den tiden nesten ingen som interesserte seg for pasienter med demens, til tross for at de hadde en meget alvorlig sykdom. Det var som å begi seg ut på en ekspedisjon i et stort uoppdaget land. At jeg samtidig spesialiserte meg i nevrologi bidro selvfølgelig til min stadig større interesse for feltet, sier Gunhild Waldemar.

Gunhilds drøm om å få opprette en egen klinikk for personer med demens ble realisert allerede i 1995. Hukommelsesklinikken i København er i dag en stor, tverrfaglig spesialenhet forankret i Nationalt Videnscenter for Demens, ved det danske Rikshospitalets nevrologiske klinikk. Klinikken, som nylig ble fusjonert med Hukommelsesklinikken på Rikshospitalets avdeling i Glostrup, er foreløpig lokalisert på to ulike steder, men snart åpnes enda en satelittklinikk på Bornholm.

– Her tilbys utredning, behandling og oppfølging av pasienter med hukommelsesforstyrrelser, demenssykdommer og arvelige hjernesykdommer, forteller Gunhild.

Navn
Gunhild Waldemar

Alder
59 år

Familie
Gift. Tre voksne barn
og to barnebarn

Stilling
Professor, overlege,
dr.med.
Leder av Nationalt
Videnscenter for Demens,
Danmark

Bosted
Hellerup, utenfor
København



*Gunhild Waldemar, leder av Nationalt Videnscenter
for Demens, Danmark.*

Et godt øye til Norge

Ferdig med sin doktorgrad søkte Gunhild økonomisk støtte til ytterligere forskning i tilknytning til det kliniske arbeidet ved Hukommelsesklinikken.

Hun hadde fått god kontakt med de norske og svenske fagmiljøene.

– Nå ønsket vi å dele erfaringer og forskningsresultater med fagfolk fra det øvrige Danmark. Med inspirasjon fra Norge ønsket vi velkommen til de første Demensdagene i København i 1999, minnes hun.

Arrangementet har blitt en årvisst suksess.

– Vi startet med 250 deltakere. Året etter steg antallet til 350. Nå samler vi rundt 1 000 deltakere i Tivoli kongressenter hvert år. Med 20–30 bemannede stands er det hele blitt meget stort.

Det danske fagmiljøet fikk etter hvert et særlig godt forhold til Norge.

– Vi startet i 2003 en større dansk multi-senterundersøkelse av effekten av tidlig psykososial innsats til nydiagnostiserte pasienter med demens og deres pårørende (DAISY), som fikk stor oppmerksomhet, og som blant annet resulterte i en rådgivningsguide. Etter hvert ble vår ekspertise kjent i hele landet, og mange fagpersoner søkte råd og samarbeid med oss, samtidig som DemensDagene vokste.

– Professor Knut Engedal besøkte oss blant annet flere ganger for å fortelle hvordan man drev arbeidet i Norge. Etter en del politisk kontakt besluttet det daværende Sundhedsministeriet i 2007 at det skulle være en nasjonal oppgave å drifte et Nationalt Videnscenter for Demens. I begynnelsen ble vedtaket forlenget med tre år av gangen, men fra og med 2017 er det en permanent del av budsjettene i Finansloven, forteller Gunhild.

Fritid – hva er det?

– Etter å ha nådd en slik milepæl kan du kanskje lene deg litt tilbake for å hvile på dine laurbær? Hva gjør du når du ikke er på arbeidet?

– Det blir ikke mye fritid, medgir Gunhild, som alltid har arbeidet veldig mye.

– Fritid og jobb har hatt lett for å smelte sammen. Jeg liker å lese, og forsøker å trene jevnlig, men tida blir som oftest knapp.

Gunhild er, i tillegg til sin fulle faste stilling som leder av vitensenteret, styremedlem i Lundbeckfonden, som hvert år deler ut ut store summer til forskning.

Men når hun har anledning til det, liker Gunhild å reise:

– Helst sammen med familien. Mannen min og jeg har til sammen tre voksne barn og to barnebarn, som vi forsøker å være sammen med så ofte det lar seg gjøre.

Nevrologen og forskeren har gått opp stadig nye stier i det som var store hvite områder på kartet da hun innledet sin faglige reise tidlig på 1990-tallet.



Nationalt Videnscenter for Demens har siden etableringen i 2007 blitt godt kjent over hele Danmark. Senteret fikk nylig ansvaret for vesentlige deler av landets første demenshandlingsplan.

Nationalt Videnscenter for Demens ble en realitet på Den Internasjonale Alzheimerdagen, den 21. september i 2007. Senterets visjon er todelt: *Et lengre liv uten demens og Et bedre liv med demens*. Siden oppstart har de arbeidet med forskning, utdanning og formidling av viten om demens til fagfolk på alle nivåer og på tvers av sektorer i hele Danmark.

Senteret har ansvaret for å styrke og koordinere forskning som kan bidra til å utvikle helsefaglige behandlings- og pleietilbud for personer med demens. Det skal også sikre regioner og kommuner en fast forankret kunnskaps-spredning og -formidling. Etter å ha jobbet på treårsbasis siden 2007, får de nå en fast bevilgning over statsbudsjettet på åtte millioner danske kroner.

Dansk demensplan

Danmark fikk sin nasjonale demenshandlingsplan i januar 2017; *Et trygt og værdig liv med demens*. At planen ble lansert på Christiansborg slott, kan oppfattes som et tegn på hvor viktig politikerne anser innsatsen på demensområdet for å være. Til stede på «Borgen» var da også flere framtrepende politikere, blant dem sunnheitsminister Ellen Trane Nørby, og eldreminister Thyra Frank, sistnevnte kjent som grunnlegger av Lotte-sykehjemmet.

Ansvarlig for store deler av *National demenshandlingsplan 2025*

Tidligere sunnhets- og eldreminister Sophie Løhde ledet fram til november 2016 arbeidet med å etablere en dansk demenshandlingsplan. Hun var særlig opptatt av brukerperspektivet, og reiste blant annet rundt i landet for å snakke med folk og bli inspirert av gode, lokale tiltak. Planen ble til gjennom en prosess, med kunnskaps- og erfaringsbidrag fra personer med demens, deres pårørende, fagmedarbeidere, organisasjoner og andre.

I anledning planen inviterte statsminister Lars Løkke Rasmussen til et stort møte på Marienborg (statsministerens representative bolig), der ledende folk fra ministerier, styrer og organisasjoner var til stede. – Også dette initiativ viser hvor høyt regjeringen prioriterer demenshandlingsplanen, sier Gunhild Waldemar.

Tre nasjonale mål

Hovedmålet for perioden 2017–25 er at Danmark skal bli et demensvennlig samfunn, slik at mennesker med demens og deres pårørende kan leve et trygt og verdig liv.

Myndighetenes innsats uttrykkes gjennom tre nasjonale mål:

- Danmark skal ha 98 demensvennlige kommuner
- Flere personer med demens skal utredes, og 80 prosent skal ha fått en spesifikk diagnose
- Gjennom pleie- og behandlingsinnsats skal man redusere forbruket av antipsykotisk medisin blant personer med demens med 50 prosent.

Det er etablert 23 initiativ, hvorav vitensenteret har fått ansvaret for tre. Senteret skal a) sørge for at det utvikles verktøy til tidlig oppsporing av demens, b) utvikle og spre en nasjonal verktøykasse med pasient- og pårørendekurs, samt c) gjøre forsøk med demensvennlige sykehus.

Det avsettes i alt 470 millioner danske kroner til den nasjonale handlingsplanen, hvorav 145 millioner kroner er avsatt til å samle utredning av demens på færre, tverrfaglige utrednings- og behandlingenheter. 145 millioner kroner ble bevilget til det praksisnære kompetanseløftet i

kommuner og regioner. Det er de to absolutt største av de 23 initiativene.

– Vi får det faktisk riktig travelt nå, konstaterer Gunhild Waldemar med et smil.

Utstrakt virksomhet

Vitensenteret har i likhet med sine norske og svenske søstertjenester utviklet en populær ABC opplæringsmodell: *ABC Demens – pleie og omsorg*, som er et gratis, webbasert kurs for alle som arbeider med støtte, pleie og omsorg for personer med demens. Etter å ha fått økt sine kunnskaper kan deltakerne teste hvor mye de har fått med seg og printe ut sine kursbevis. Kurset er etterspurt, og har til nå 17 000 brukere/elever.

Siste skudd på kursstammen er *ABC Demens for læger*, som er e-læring for leger under utdanning innenfor nevrologi, psykiatri, geriatri og allmennmedisin. Senteret planlegger å produsere flere e-kurs til andre målgrupper.

Ved ti-årsjubileet for opprettelsen av det nasjonale demenssenteret har man allerede nådd mange av målene som ble satt ved oppstart.

– Vi når ut til mange aktører i Danmark, blant annet gjennom nasjonale nettverk som vi har etablert de siste ti årene. Vi har et nettverk for kommunale demensambassadører, hver av i alt 98 kommuner har utpekt en ledende fagperson som inngår i nettverket. Vi har også startet nettverk for hukommelsesklinikkene på sykehus og i psykiatrien, for forskere i psykososial virksomhet og for dem som underviser på utdanningsinstitusjonene, sier daglig leder Gunhild Waldemar.

Per i dag er cirka 80 personer ansatt ved vitensenteret, hvorav halvparten er ansatt kun ved Hukommelsesklinikken. Vitensenteret har i underkant av én million sidevisninger (og 277 000 besøk) på sin hjemmeside årlig og 17 000 brukere av sin digitale ABC-opplæring.

Nasjonalt Videnscenter for Demens har to ganger (2010 og 2014) blitt hedret med prisen *Global Excellence in Health*. Prisen gis til faglige miljøer som til gagn for pasienter og andre arbeider med helse på et internasjonalt nivå.





Individuelle planer (IP) for personer med demens

TEKST: Bente Wallander FOTO: Martin Lundsvoll

– Ved å bruke Individuell Plan (IP) for personer med demens kan vi tilby dem og deres pårørende et mere helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Det sier Trondheim kommunes fagleder ved Ressurssenter for demens, vernepleier Ingrid Haug Olsen og hennes kollega, vernepleier Julie Krutå. Da de i fjor ville ta prosedyren i bruk for personer med demens, møtte de i begynnelsen noe motstand. For selv om personer med demens har en alvorlig, progredierende sykdom som vil utløse behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har IP vært lite brukt til denne pasientgruppen.

– Planprosedyren ble oppfattet som uegnet fordi personer med demens ikke kan forventes å ta styringen over planen sin selv. Vi svarte da at hvis vi begynner tidlig nok, kan også personer med demens styre deler av planen selv, sier pådriverne.

Etter å ha testet prosedyren på tre brukere er de fortsatt ikke i tvil: Ved bruk av IP kan personer med demens og deres nære få bedre informasjon, mere koordinert oppfølging og et skreddersydd tjenestetilbud. Brukerne vet at de over tid vil trenge hjelp fra mange ulike instanser. Planen skal sikre dem rett oppfølging til rett tid gjennom hele sykdomsforløpet.

– Allerede ser vi at IP har gitt våre tre brukere bedre samhandling og mere effektive møter, forteller Ingrid Haug Olsen.

Åpen dialog en fordel

Representantene for testbrukerne er også fornøyd.

– For meg og min kone har det vært en fordel å få IP. Takket være den har vi i dag en åpen dialog med alle de ulike tjenestene som etter hvert er involvert, sier Bjørn Østbye (67).

Utsagnet står i sterk kontrast til den oppfatningen han og hans kone ga uttrykk for under fjorårets Møteplass for mestringskurs, i regi av Nasjonal kompetansetjeneste.

– Min kone ble diagnostisert med frontotemporal demens i 2014. To år senere var jeg fortsatt svært forvirret og frustrert når det gjaldt alle de ulike tjenester og personer vi skulle forholde oss til. Min kone har dårlig innsikt i egen sykdom, så det var jeg som måtte sørge for at hun og vi fikk den hjelpen vi hadde behov for. Jeg ga nok ganske tydelig uttrykk for hvor vanskelig jeg

syntes det var å skulle ta seg fram i dette landskapet, sier Bjørn.

Positivt møte

Etter å ha deltatt på mestringskurset fikk Bjørn og hans kone en fast koordinator og kontakt inn mot Trondheim kommune; Julie Krutå. Det var Julie som tok initiativ til det førstemøtet mellom Bjørn og representanter for de ulike instansene som var inne i saken.

– Min kone var ikke med på dette møtet. Det har vært et mål for oss å trekke henne inn i planleggingen etter hvert, på hennes egne premisser, men foreløpig har vi ikke fått til det. Hun opplever seg som utbrent, deprimert og etterlyser medisiner som kunne gi henne bedre dager. Det er viktig for meg at dette tas på alvor, og at min kone følger at hun er i behandling. Det har vært foreslått jevnlig samtaler med en alderspsykiatrisk sykepleier som et bidrag til å balansere hennes opplevelse av det hun står i, sier han.

Hans kone har et ambulerende aktivitets-tilbud på dagtid to timer per uke. Dette tilfører dagene mening. Tilbudet er også en liten avlastning for Bjørn selv.

– Arbeidet med IP har vært nyttig for oss når det gjelder å koordinere alle aktører av «hjelpeskorpset» og ikke minst gir det en tydelig struktur. Vi har fått satt navn på ting og fått en fast person å forholde oss til. Landskapet er på ingen måte ferdig tegnet, det endrer seg jo hele veien. Forskjellen for mitt vedkommende er at jeg ved hjelp av IP har fått kart og terreng til å stemme. Det slet jeg veldig med tidligere, sier Bjørn.

– Alt blir bedre når vi fokuserer på handling. Bjørn Østbye med familiens koordinator, vernepleier Julie Krutå.

Viktig verktøy

Det er via det digitale samarbeids- og koordineringsverktøyet SamPro at tjenesteytere og -mottakere kan kommunisere på tvers av fagsystem og forvaltningsnivå.

– Vi nedsetter en ansvarsgruppe når vi oppretter en IP. Når man har logget seg inn i det lukkede forumet på nett, kan alle som er medlem dele siste nytt med de andre, forteller Ingrid Haug Olsen.

Gruppeoppdateringene fungerer nærmest som på Facebook. Alle medlemmene får beskjed når noen av de andre legger inn en oppdatering. Meldinger om dette kan de blant annet få på sin smarttelefon. Det er også mulig å legge inn dokumenter, alle referater fra møter legges for eksempel inn.

– Vi har forsøkt å møte brukere og pårørende på deres ønsker, også når det gjelder hvem som skal være med i den enkeltes ansvarsgruppe. Typisk er dette personens saksbehandler, fastlege, ergoterapeut og representanter fra hjemmetjeneste, dag- og avlastningstilbud. Brukerne kan velge å være med på hele eller deler av IP-arbeidet. Sett fra vår side er det en stor fordel at alle gjennom planarbeidet ansvarliggjøres, og kjenner saken fra før. Det gjør oss i stand til å yte gode, og bedre tilpassede tjenester. Vi jobber jo mot felles mål, noe som kan være en utfordring for større kommuner der man ofte jobber litt for mye på hver sin tue, sier Ingrid Haug Olsen.

Krever noe av alle

På minussiden anføres det at alle i ansvarsgruppen ikke har vært like bevisst på å følge med på oppdateringene.

– De pårørende bruker SamPro godt og aktivt, men vi har ett eksempel på at en viktig

beskjed ikke nådde rette vedkommende. Det var uheldig, sier Julie Krutå.

Gunn Helen Wikan er en av dem som har lært seg å sette stor pris på IP-arbeidet. Hennes 67 år gamle ektemann har hatt diagnosen Alzheimers sykdom siden 2013. Diagnosen ble stilt dagen etter TV-aksjonen til inntekt for Nasjonalforeningen for folkehelsens demensarbeid. – Da sa han med et smil «Hadde jeg visst det kunne jeg jo ha gitt litt mer».

De første årene ordnet paret det meste selv.

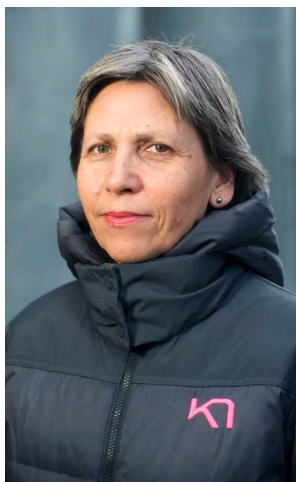
– Men i fjor sommer oppsto det et større hjelpebehov. Sykdommen forverret seg i løpet av kort tid, mange fagpersoner fra ulike hjelpeinstanser skulle bidra med sine råd, tilrettelegginger og tiltak. Det innebar mange møter hver uke og mye informasjon som måtte gjentas mange ganger. Mannen min var med på alle møter i starten, men det orker han ikke lenger. Møter med mange deltakere opplevdes forvirrende og medførte lite involvering. Jeg for min del syntes det gikk med veldig mye tid til møter hvor jeg var usikker på hva som ble bestemt og hvem som bestemte hva.

Det var da Ingrid dukket opp med sitt forslag om IP.

– Vi er nå svært fornøyd med å ha fått demenskontakt og ergoterapeut Ståle Sætervold som vår koordinator i IP-arbeidet. Mannen min var med på møtene i starten, og han satte pris på å få treffe alle hjelperne på ett sted. Men nå er han ikke så aktiv på dataen lenger, så det er jeg som sørger for alle våre oppdateringer, forteller Gunn Helen Wikan.

Brukernes beskrivelse blir oppdraget

Gunn er særlig fornøyd med at de gjennom SamPro får anledning til å beskrive utfordringer og problemer fra sitt ståsted.



*Gunn Helen Wikan:
– Det er vår beskrivelse
av behovet som blir
oppdraget.*

FAKTA

Individuell plan (IP)

IP skal være et verktøy og en metode for samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne.

Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven har rett til å få utarbeidet en individuell plan.

IP er brukerens plan. Det innebærer at tjenestemottakerens mål og ønsker skal være utgangspunktet for prosessen. Denne har rett til, og skal oppfordres til, å delta aktivt i å beskrive behov for tjenester, ønsker og mål som er viktig for vedkommende selv – i dag og i fremtiden».

Kilde: Helsedirektoratet

Fra Forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen:

§ 2. Formål

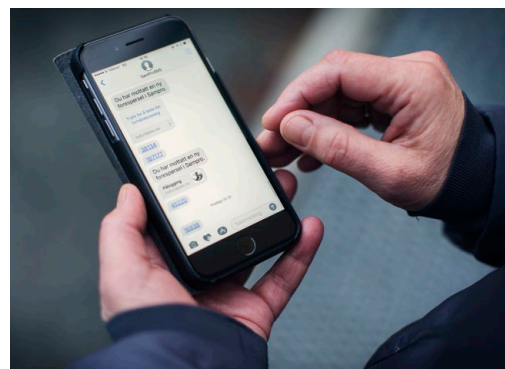
Formålet med utarbeidelsen av en individuell plan er:

- å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren,
- å kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakerens bistandsbehov,
- å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

– Det er vår beskrivelse av behovet som blir oppdraget. Dette er virkelig brukermedvirkning på høyt nivå. På grunn av den hurtige sykdomsutviklingen hadde vi behov for raske avklaringer og andre typer hjelp enn det vi tidligere hadde hatt. Med IP fikk vi raskere kontakt med de ulike fagpersonene og det ble lettere å få tatt beslutninger uten å «spille tid» på å vente til alle hadde tid til et fysisk møte. IP ble på denne tiden en erstatning for møter og vi sparte alle tid. Dette har vært viktig for meg i og med at jeg er i full jobb og har mye fravær fra jobb allerede som følge av omsorgsoppgaver knyttet til min manns sykdom.

– I tillegg er IP fint på den måten at alle involverte kan få oppdatert informasjon om situasjonen. En gang iblant sender jeg en statusoppdatering, for eksempel om hva som har skjedd de siste to uker. På den måten vet jeg at alle er kjent med utviklingen og kan anta at det også gjør dem til bedre hjelpere i møte med min mann, det være seg om det er på dagtilbudet, i hjemmetjenesten eller på avlastningsoppholdet.

– Uten IP måtte jeg ha brukt min arbeidstid, på kontoret, til å ringe alle de ulike fagpersonene og hjelperne. De er i likhet med meg travle og vanskelige å få tak i på telefonen. Fordelen med IP sett fra mitt ståsted er at jeg kan jobbe med å organisere min manns hjelpebehov når det passer for meg. Det blir ofte på kvelder og helgedager da jeg har bedre tid. En del temaer og saker egner seg godt for skriftlig kommunikasjon, og da er IP et veldig godt verktøy, men noen ganger skal man også møtes til vanlige møter for å snakke med hverandre – det er også viktig og verdifullt. Men alt deles ikke med gruppen. Private tanker, refleksjoner og logg lagrer jeg et annet sted, understreker Gunn.



Digitalt samarbeidsverktøy

Visma Flyt SamPro er et nettbasert samarbeids- og koordineringsverktøy for ulike plantyper. Brukeren er i fokus og blir selv en viktig aktør i et behandlings- eller rekonvalesensopplegg.

Visma Flyt SamPro har vært i drift siden 2005 og benyttes i dag av over 100 kommuner. Løsningen tilbyr et elektronisk møtested på tvers av fag og nivå.

Fra venstre Julie Krutå,
Ingrid Haug Olsen og
Ståle Sætervold.



Oppfølging etter diagnose

Nasjonalforeningen for folkehelsen etablerte med midler de fikk inn fra TV-aksjonen i 2013 prosjektet «Oppfølging etter diagnose».

I samarbeid med fire utvalgte modellkommuner og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse utarbeides og testes en modell for oppfølging etter demensdiagnose.

– Inspirert av Skotland og Danmark har vi det siste året utviklet en norsk modell for kartlegging og vurdering av tiltak etter diagnose. Modellen testes nå ut av kommunene, forteller prosjektleder Gry C. Aarnes.

Modellen forutsetter brukermedvirkning, og det har vært holdt dialogmøter med pårørende og personer med demens for å innhente deres synspunkter og erfaringer. Arbeidet med utprøving

og testing skal være ferdig i 2018. Fire masterstudenter vurderer også oppfølgingen.

– Studentene skal blant annet intervju personer med demens, pårørende og ansatte for å evaluere modellen på områdene aktivitetstilbud og sosial tilhørighet, samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste samt oppfølging av pårørende. De skal også være ferdige med sitt arbeid våren 2018, og det blir spennende å se hva de kommer fram til.

– Trondheim kommune ble ikke en av modellkommunene, men etter å ha fått støtte fra Helsedirektoratet til å prøve ut IP som oppfølgingsverktøy for personer med demens, er de nå en del av vårt prosjekt via en samarbeidsavtale, opplyser Aarnes.

Norsk eldrepsykologi – et skritt tilbake og to fram

Landsmøtet i Norsk psykologforening har vedtatt at eldrepsykologi skal gjeninnføres som eget fordypningsområde i foreningens spesialistutdanning. Reetableringen sender viktige signaler. Behandling av eldre med psykiske lidelser er et viktig område som ikke må prioriteres bort.

Geropsykologisk Forum ble stiftet 26. januar 1983 på Gran på Hadeland og det første viktige skrittet i Norge var tatt for å danne en arena for norske alderspsykologer. Sjefpsykolog Tore Mordal på Dikemark sykehus og psykolog Kjersti Wogn-Henriksen fra Oppdøl sykehus hadde tatt initiativet til møtet. Det deltok i alt ti psykologer som arbeidet med eldre enten i klinikk eller forskning. Stiftelsesmøtet valgte Reidun Ingebretsen fra Norsk gerontologisk institutt til leder, og styremedlemmer ble Tore Mordal, Kjersti Wogn-Henriksen og Arnfinn Eek fra Granli psykiatriske senter i Vestfold. Det var barske vinterforhold den vinteren, med 28 kuldegrader og isnende vind fra nord. I ettertid kan vel værforholdene på Hadeland illustrere at veien inn i varmen skulle bli lang å gå for norsk eldrepsykologi.

Likevel, selv om det var mange motbakker skulle arbeidet i forumet i løpet av et tiår gi resultater. På slutten av 80-tallet besluttet Norsk psykologforening å opprette et eget fagutvalg for alderspsykologi. Dette utvalget fikk også en representant i foreningens Profesjonsutvalg. Endelig, i 1992, ble det viktigste målet nådd: det ble vedtatt et eget fordypningsområde i alderspsykologi innenfor spesialiteten i klinisk psykologi.

Deretter gikk det 20 år før det skjedde endringer. I 2013 vedtok Norsk psykologforenings landsmøte et nytt reglement for spesialistutdanningen.

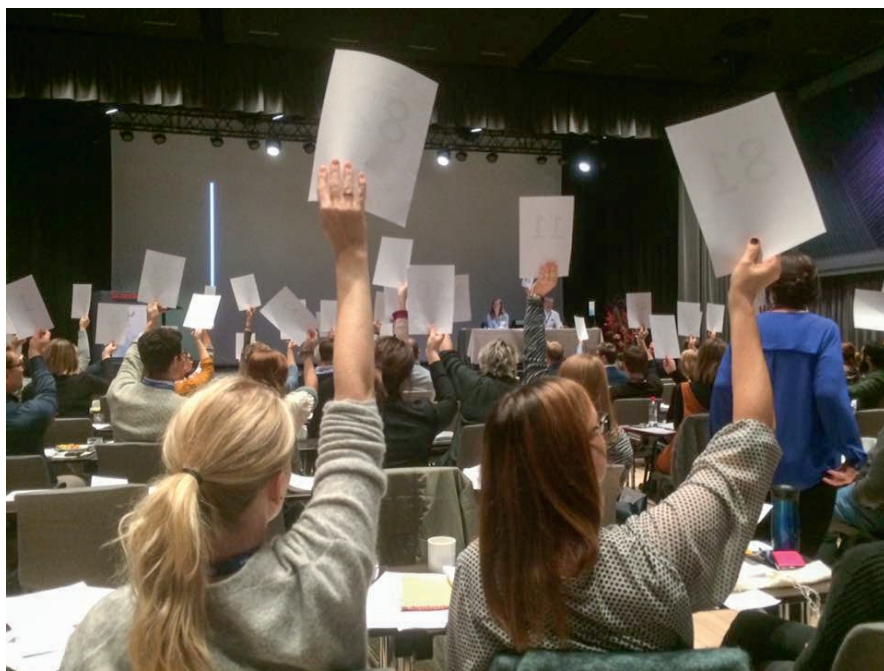
«I ettertid kan vel værforholdene på Hadeland illustrere at veien inn i varmen skulle bli lang å gå for norsk eldrepsykologi.»

SKREVET AV
Per Kristian Haugen
spesialist klinisk gerontopsykologi, seniorforsker
Nasjonal kompetansetjeneste
for aldring og helse

Den gamle spesialiteten i klinisk psykologi, hvor alderspsykologi inngikk som ett av elleve områder, skulle avvikles. En ny ordning med ti spesialiteter skulle erstatte den gamle. Ledelsen i Psykologforeningen ga uttrykk for at målet var at psykologene skulle få langt større mulighet til å svare på samfunnets behov og tilby psykologkompetanse på nye arenaer og tjenestefelt.

De ti nye spesialitetene var følgende: arbeidspsykologi, barne- og ungdomspsykologi, familiepsykologi, habiliterings- og rehabiliteringspsykologi, nevropsykologi, organisasjonspsykologi, psykoterapi, rus- og avhengighetspsykologi, samfunns- og allmennpsykologi og voksenpsykologi. Men i den gamle ordningen var det jo elleve fordypningsområder, ett manglet! Landsmøtet vedtok at eldrepsykologi som det eneste fagfeltet skulle utgå som egen spesialitet. Som plaster på såret ble det vedtatt, noe vagt må det nok sies, at eldreperspektivet kunne integreres i andre spesialiteter.

På bakgrunn av at målet med den nye spesialistordningen var å svare på samfunnets behov og tilby psykologkompetanse på nye arenaer og tjenestefelt, var dette et vedtak som gikk imot all kunnskap om befolkningsframskrivning. Om 30 år er sannsynligvis antall personer over 70 år fordoblet og mer enn én av seks personer i befolkningen vil være eldre enn 70 år.



Et stort flertall stemte for reetablering av eldrepsykologi som spesialitet på Norsk psykologforenings landsmøte 2016.

Foto: Bente Brekne Karlsøen

Samtidig var vel ikke vedtaket helt i utakt med andre forhold i tiden. Tilbudet om psykisk helsehjelp til eldre har ikke endret seg nevneverdig i løpet av de siste ti-årene. Privatpraktiserende psykologer og kommunepsykologer møter sjelden eldre pasienter. I *Demensplan 2020*, som ble presentert for litt over et år siden, nevnes ikke psykologer i det hele tatt. At spesialiteten i eldrepsykologi forsvant, ble nok derfor opplevd som et ekstra stort tilbakeskritt.

Men pendelen svinger som kjent. I kjølvannet av at eldrepsykologi forsvant som spesialitet da den nye ordningen trådte i kraft i 2015, kom det nytt liv i, og navn på, Geropsykologisk Forum. Det nye forumet startet opp i mars 2015 og skiftet navn til Norsk eldrepsykologisk forening. Foreningen skulle være en interesseforening for psykologer som arbeider innen det eldrepsykologiske fagfeltet og et av målene ved oppstarten var å arbeide for at spesialiteten i eldrepsykologi skulle gjenoppstå.

I dette arbeidet kunne foreningen bygge på erfaringer som var gjort gjennom mange år, først og fremst betydningen av at psykologers kompetanse er tilgjengelig for eldre i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Eldre med psykiske lidelser som depresjon og angst har nytte av psykologisk behandling, samtidig som eldre er underrepresentert når det gjelder å motta psykologiske helsetjenester. Psykologer kan gi

hjelp til pårørende som opplever belastning og som sliter med å mestre omsorgsoppgaver. Psykologer kan også bidra til at tilbud til eldre i kommunene blir organisert og drevet på en måte som fremmer livskvalitet for brukerne. Dessuten ville en reetablering av spesialiteten i eldrepsykologi sende viktige signaler til andre faggrupper, administratorer og politikere om at behandling av eldre med psykiske lidelser er et viktig område som ikke må prioriteres bort.

Dette var noen av argumentene som er blitt brukt i møte med psykologforeningen sentralt og lokalt. Norsk psykologforenings lokalavdelinger i Vest-Agder, Vestfold, Akershus og Hordaland grep fatt i saken og la fram et benkeforslag til Landsmøtet i november 2016 med følgende forslag til vedtak: Egen spesialitet i eldrepsykologi vedtas. Og forslaget ble vedtatt med solid majoritet av Landsmøtet. Eldrepsykologi skal integreres som spesialitet i psykologforeningens spesialistutdanning.

Psykologforeningens øverste organ har tatt eldrepsykologi på alvor. Et rungende hurra for Norsk psykologforenings landsmøte 2016!

■ per.kristian.haugen@aldringoghelse.no

«Psykologer kan gi hjelp til pårørende som opplever belastning og som sliter med å mestre omsorgsoppgaver.»

Statusrapport hjerneehelse:

Svikt i tjenester og store regionale forskjeller

Statusrapport
hjerneehelse

TEKST: Bente Wallander

Helsedirektoratet presenterte i februar Norges første statusrapport om hjerneehelse. Rapporten avdekker svikt i tjenester og store regionale forskjeller, men unngår å nevne demenssykdommene som vår tids største helseutfordring på det nevrologiske området.



– Vi har hatt mistanke om at dette er et område der vi ikke har gitt et godt nok tilbud. Denne rapporten bekrefter at det er en rekke hull i tilbudet, sa helse- og omsorgsminister Bent Høie til NTB ved lanseringen.

Det er Rambøll Management Consulting som på oppdrag fra Helsedirektoratet har gjennomført kartleggingen. Målet har vært å gi en dekkende, avgrenset og håndterlig beskrivelse av befolkningens hjerneehelse anno 2017. Det er ifølge rapporten vanskelig å si noe om kvaliteten i tilbudet som gis til pasienter og pårørende som er rammet av en hjernesykdom. Det finnes derimot flere eksempler på tjenestesvikt kommunalt og på spesialisthelsetjenestenivå, i tillegg til store regionale forskjeller.

– Det er først når vi ser hjerneehelsen under ett at vi ser omfanget av dette helsespørsmålet. Det har skapt et momentum for å gjøre noe med disse utfordringene, sa Bent Høie.

Svekker livskvaliteten

Begrepet hjerneehelse defineres som helse-tilstand knyttet til funksjoner, sykdommer, skader og tilstander i hjernen og øvrige deler av nervesystemet. Til grunn for oversikten ligger personer med medfødte sykdommer, funksjonsnedsettelse, degenerative sykdommer/muskelsykdommer samt psykiske lidelser. Dette er pasienter med behov for livslange tverrfaglige og koordinerte tjenester, både i

spesialist- og primærhelsetjenesten. Rapporten viser at samarbeidet ofte svikter, og at mange kommuner mangler et lavterskeltilbud.

– Mange mennesker har nedsatt livskvalitet som følge av tilstander knyttet til hjerneehelse. Vi håper at rapporten kan være et første skritt på veien for å utvikle bedre tjenester, sa helsedirektør Bjørn Guldvog.

For følgende grupper konkluderes det med at det er behov for særlig innsats i tiden som kommer: Yngre med demens, minoritetsspråklige med demens, personer med utviklingshemming og demens, personer med utviklingshemming og psykiske lidelser. Helsedirektoratet anbefaler også at det utarbeides en strategiplan på området hjerneehelse som involverer mange sektorer og tjenester, og som skal sørge for at personer med diagnoser og tilstander innen hjerneehelse får et faglig nødvendig, tverrfaglig og tilstrekkelig tilbud.

Unnvikler største utfordring

Forskningsleder i Nasjonalforeningen for folkehelsen, Anne Rita Øksengård er nevrogeriater med doktorgrad innen demensområdet. Hun er også foreningens representant i hjernerådets arbeidsgruppe, som nå skal følge opp statusrapporten.

– Rapporten er først og fremst et løft når det gjelder å rette oppmerksomheten mot hele det nevrologiske feltet. Vi kan likevel ikke unngå å påpeke manglene i dens beskrivelse av demenssykdommene, som jo er den desidert største samfunnsutfordringen på dette området. Landets største interesseorganisasjon på demensområdet vil derfor oppfordre regjeringen til å løfte forskning og innovasjon som ikke dekkes av Demensplan 2020 inn i rapporten.

– Vi vil også stille spørsmål ved manglende bruk av viktige referanser. Forekomst- og sykdomsbyrdetall ville blant annet sett helt annerledes ut om rapporten *Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens* (REDIC) hadde vært lagt til grunn, sier Øksengård.



Tid for å satse på demensforskning

Helsemarkedet flommer over av myter, moter og gode råd. Mye er gitt i beste mening, men ikke alt er forankret i virkeligheten. I Nasjonalforeningen for folkehelsen er vi opptatt av at helseråd skal bygge på forskning. Derfor samler vi inn og bevilger midler til forskning på våre områder, demens og hjerte- og karsykdom. Siden 1960-tallet har vi bidratt med over 950 millioner kroner til hjerte- og karforskningen, og det siste tiåret også 80 millioner til demensforskning.

Hjerte- og karforskningen har en lang og prestisjefylt historie i Norge. Forskningen har medvirket til at dødeligheten av disse sykdommene har sunket dramatisk og at folk i dag også lever lenger og bedre med disse sykdommene.

På 1950- og 60-tallet økte forekomsten av hjerteinfarkt sterkt. Særlig var det mange menn som døde brått i ung alder. Ny kunnskap, både om forebygging og behandling, har endret statistikken drastisk. Men en ting er å overleve, noe annet er det å få tilbake god livskvalitet etter alvorlig sykdom. Framskrittene innen hjertemedisin er en viktig forklaring på hvorfor gjennomsnittlig forventet levealder har økt så mye, men er også med på å forklare hvorfor antall friske leveår har økt mer enn forventet levealder siden 2005. Det er en svært gledelig utvikling.

Forskning krever langsiktighet og tålmodighet, og mange av de viktigste framskrittene skjer ikke i form av enkelte banebrytende funn, men gjennom systematisk arbeid over lang tid. Når vi ser noen tiår bakover kan vi se at det nærmest har funnet sted en revolusjon. Vi i Nasjonalforeningen for folkehelsen har nylig delt ut to forskningspriser, nettopp for å hedre den innsatsen som gjøres i forskningen.

I februar delte vi ut en pris for hjerteforskning og en for demensforskning. Hjerteforskningsprisen gikk til professor Lars Gullestad.

Han begrunner de gode forskningsresultatene med god organisering, vilje til å finne nye løsninger, tilgang til riktig teknologi og ivrige personer som har stått på. En viktig suksessfaktor har vært tett samarbeid mellom de som stiller med grunnforskning og de som kombinerer forskning med behandling.

Demensforskningen har kortere historie enn hjerteforskningen, og mens svært mye kan gjøres for å forhindre og behandle hjerte- og karsykdom, har ingen ennå funnet måter å stanse eller bremse demenssykdommene.

Professor Tormod Fladby, som fikk prisen innen demensforskning, er optimist. Hans forskningstema er hvordan en kan påvise demenssykdom på et tidlig stadium gjennom en blodprøve eller en prøve av spinalvæske. Håpet er at det én dag skal finnes behandling mot demens som kan settes inn før det oppstår store skader i hjernen. Da blir rett diagnose til rett tid viktig.

For at demensforskningen skal kunne ta noen like store sprang som det hjerte- og karforskningen har gjort, trengs de suksessfaktorene som Gullestad pekte på: Riktig organisering, vilje, teknologi og flinke folk – samt tilstrekkelig finansiering. Svært mye skjer nå i andre land, men vi skal ikke undervurdere at et lite land som Norge kan bidra. Vi har flere solide forskningsmiljøer som allerede har bidratt mye. Om vi lykkes i å finne behandling som kan bremse, utsette eller stanse demens, vil de samfunnsmessige gevinstene være enorme. Vi i Nasjonalforeningen for folkehelsen er stolte av at vi legger til rette for at så mange givere rundt om i landet kan bidra til medisinsk forskning. Men nå er tiden overmoden for at regjering og Storting kommer på banen med tydelige ambisjoner og de ressursene som er nødvendig for å bringe forskningen de avgjørende skrittene framover, også på demensområdet!



SKREVET AV
Lisbet Rugtvedt,
generalsekretær,
Nasjonalforeningen
for folkehelsen

Vinner av Leon Jarners forskningspris 2016: – Sykehjemsbeboere bør trene mere

TEKST: Bente Wallander

– Sykehjemsbeboere med demens har god effekt av intensiv styrke- og balansetrening, sier fysioterapeut Elisabeth Wiken Telenius, som under Demensdagene 2016 ble tildelt Leon Jarners forskningspris. Gjennom sitt doktorgradsarbeid har hun vist at jevnlig trening gir sykehjemsbeboere en fysisk og psykisk helsegevinst.

Leon Jarners Minnefond ble opprettet i 1989, og er en uavhengig stiftelse som arbeider for å fremme forskning om Alzheimers sykdom og andre demenssykdommer. Fondet deler hvert år ut en pris til et forskningsprosjekt om demenssykdommer, personer med demens eller pårørende, som er utført eller er under utførelse i Norge. Prisbeløpet ble i fjor hevet til 75 000 kroner.

Leon Jarners nevø, Harry-Sam Selikowitz, delte ut prisen under Demensdagene 2016. Fra hans formidling av juryens begrunnelse siteres:

– Fysisk trening er kjent for å ha helsebringende effekt, men er i liten grad benyttet som et tiltak for personer med demens som bor i sykehjem. Både gjennomførbarheten av et treningsopplegg og effekten av det – på en slik pasientgruppe – var viktig å undersøke vitenskapelig. Elisabeth Wiken Telenius' studie er svært godt gjennomført. Resultatet viser at et slikt treningsopplegg er gjennomførbart, også med sykehjemmenes eget personale (fysioterapeuter), noe som gir stor overførbarhet. Funnene er viktige fordi de påviser viktigheten av bevegelse og trening hos denne sårbare gruppen som i alt for stor grad blir sittende inaktive og passive.

Demens ingen hindring

Elisabeth Wiken Telenius disputerte for sin akademiske doktorgrad den 16. juni 2016. Til prøveforelesningen hadde hun fått i oppgave å gi en oversikt over, og sammenlikne de positive effektene av ulike former for fysisk trening hos eldre pasienter. Trening sto også i fokus da hun litt senere samme dag forsvarte avhandlingen *Effects of a High Intensity Functional Exercise Program in Nursing Home Residents with Dementia* ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Telenius så i den første av sine fire studier på sammenhengen mellom livskvalitet og funksjon. 170 deltakere fra 18 sykehjem i og rundt Oslo var med i studien.

– Det viste seg at de som har god styrke og balanse også skårer bra på livskvalitet. Det er interessant, fordi dette er noe det kan gjøres noe med.

Tidlige tegn

Personer med demens har lett for å være passive, både før og etter at de kommer på sykehjem. Demens kan også vise seg ved fysiske symptomer som dukker opp veldig tidlig i sykdomsforløpet.

– Dårligere eller nedsatt balanse og mobilitet kan være blant de første tegn på demens. At dette gir økt risiko for fall sender en sårbar og utsatt gruppe pasienter inn i en ond sirkel. Mitt håp og råd til pleierne er at de gir beboere med demens meningsfulle aktiviteter og engasjerende oppgaver så de holder seg i gang. De bør også få trening for å løfte sitt funksjonsnivå. På denne måten oppnår beboerne bedre balanse og muskelstyrke, og dermed redusert risiko for fall. Fysisk trening kan i tillegg påvirke demenspasienters uro og apati; vanlige symptomer som har stor innvirkning på livskvaliteten til denne sårbare gruppen. Utallige undersøkelser har vist hvor god effekt trening har på eldre. Nå vet vi at det også har effekt for personer med demens, sier Telenius.





Elisabeth Wiken Telenius holdt sitt prisvinnerforedrag under Demensdagene 2016. Foto: Martin Lundsvoll

Gjelder mange

Fysioterapeutens funn berører mange. Åtti prosent av de 40 000 beboerne ved norske sykehjem har en demenssykdom.

– Vi ser at selv veldig gamle personer med demens kan gjennomføre effektiv styrke- og balansetrening og på den måten opprettholde og bedre fysisk funksjon. De kan ta imot instruksjon og er motivert for å delta regelmessig over tid – og ikke minst, trening er trygt for denne gruppen, sier Elisabeth.

Treningsgruppen hadde etter tolv uker med trening to ganger i uken forbedret balansen sin betraktelig mer enn kontrollgruppen. De var sterkere i beina og mindre apatiske. Selv om begge gruppene skåret dårligere tre måneder seinere (fysisk form er ferskvare), så var treningsgruppa fremdeles bedre enn kontrollgruppa når det gjaldt balanse. De var i tillegg mindre urolige.

– Det er stort fokus på viktigheten av fysisk aktivitet og trening for unge og middelaldrende, mens vi overser dem som kanskje behøver det mest. Jeg savner planer og tanker rundt dette, ikke minst når det gjelder avlastningsopphold. Slik det er i dag risikerer pårørende til personer med demens, som sender sine kjære på avlastning, å få hjem en dårligere pasient. At så mye prioriteres foran fysisk aktivitet koster samfunnet mye. At folk faller eller blir sengeliggende utløser krav om tyngre omsorg. Det er sykehjemsdrivernes ansvar å motivere for aktivitet. Å være i bevegelse gjør noe med hele deg. Helsedirektoratet anbefaler alle over 65 år å være i 30 minutters aktivitet hver dag. Det handler om livskvalitet, konkluderer Telenius, som nå forsker videre ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.



– Balansetrening er bra for oss alle, fastslår fysioterapeut Elisabeth Wiken Telenius.

Foto: Bente Wallander



Arild Carlsen legger inn en spurt gjennom gangbanen på Nordseterhjemmet. Fysioterapeut Heidi Flølo holder følge.

Balansetrening gir resultater

TEKST/FOTO: Charlotte Nagell

Fra 2011 til 2015 sank antall lårhalsbrudd fra 231 til 150 i bydel Nordstrand. I samme periode satset fysioterapitjenesten på styrke- og balansegrupper for eldre. Fysioterapeutene tror på en sammenheng.

Pusten går tungt rundt gangbanen på dagsenteret ved Nordseterhjemmet. Deltakerne i styrke- og balansegruppa tar seg en kort pause etter første runde med dype knebøy.

– Jan, vil du ha en vektvest til? spør fysioterapeut Åse Bergheim.

– Ok, kommer det kjapt, og i tillegg til fem kilo ekstra på ryggen, får Jan Rapstad like mange kilo festet på brystet.

87-åringen legger armene i kors, og ti kilo tyngre bøyer han rolig baken helt ned mot stolsetet.

– Og «power» opp! oppfordrer fysioterapeuten.

Rapstad skyter fart og strekker seg raskt opp i loddrett stilling. 15 repetisjoner seinere, er han blank i panna og andpusten, men blid som ei sol. Trening gir velvære, konstaterer han.

– Jeg har blitt stødigere etter at jeg begynte å trene her, og sterkere i hele kroppen. Til og med i lattermusklene, for det kan ikke bare være alvor på trening. Vi må ha det litt morsomt også!

Dempet fallrisiko

Bydel Nordstrand ligger sør i Oslo og har omkring 50 000 innbyggere. I 2011 ble 231 av bydelens innbyggere over 65 år innlagt på sykehus med lårhalsbrudd. Tre år seinere var antallet sunket til 142, og i 2015 ble det registrert 150 sykehusopphold for lårhalsbrudd med adresse Nordstrand.

– Med samhandlingsreformen i 2012, fikk bydelen en halv million kroner ekstra til trening. Vår daværende leder, Anne Søbstad, sørget for at midlene tilfalt Seksjon for fysio- og ergoterapi og videreføring av et pilotprosjekt på styrke- og balansegrupper, som hadde vist god effekt, forteller Bergheim.

Sammen med kollega Hanne Beck Pedersen startet hun opp 15 grupper i bydelen. I dag er antallet steget til 21. Det er opp til åtte deltakere i hver i gruppe som trener sammen to ganger i uka. Deltakerne må kunne trene i vektbærende stilling og blir testet på balanse, styrke og gange før og etter 12-ukers intervensjon.

– Testresultatene våre viser at deltakerne får bedre balanse og redusert fallrisiko. Det betyr selvsagt ikke at vi kan ta på oss all æren for nedgangen i lårhalsbrudd. Her er det mange ulike faktorer som spiller inn, men ut i fra resultatet har vi tro på at gruppetrening kan være en medvirkende årsak, sier Bergheim.

Fra skepsis til iver

I Norge forekommer det rundt 9 000 lårhalsbrudd i året. Dette innebærer en stor samfunnsøkonomisk belastning og kan bety en dramatisk inngripen i livet til den enkelte.

– Tall viser at omkring 20 prosent dør etter operasjon, 15–20 prosent trenger fast sykehjemsplass og veldig mange får økt behov for omsorg i hjemmet, forteller Pedersen.

– Derfor er det om å gjøre å forhindre fall og brudd. Vi ønsket å bruke midlene fra samhandlingsreformen på dem som trenger det mest. Det vil si bydelens svakeste eldre med høyest fallrisiko. De som ikke kan komme seg til trening på egen hånd, men har dagsenterplass.

Der ligger forholdene til rette for trening og en ansatt fra dagsenteret er alltid med på gruppa som hjelper.

– Det var litt skepsis til ekstraoppgaven dette medfører i starten, men personalet erfarte raskt at treningen hjalp på deltakernes funksjonsnivå. Derfor har de fortsatt å trene med brukerne, også om sommeren når det ikke er grupper, og vi ser nå en treningsiver som er veldig positiv.

Poengskår økte

Fysioterapeutene har valgt ut et testbatteri som består av Bergs balanse-skala (BBS), fire meter gangtest og 30 sekunder sit-to-stand. Testene er mye brukt i forskning og praksis og gir til sammen en vurdering av funksjonell balanse og styrke i beina.

Bergheim forklarer at BBS har maksskår på 56 poeng og såkalt cut-off for fallrisiko på 45 poeng. Forskning tilsier at en skår på 38 poeng tilsvarer 90 prosent fallrisiko, mens skår på over 50 reduserer risikoen til ti prosent, men man kan selvsagt aldri predikere at et fall ikke vil komme.

På samme måte antar man at om en person går saktere enn 0,6 meter i sekundet på gangtesten, er vedkommende i høyrisikogruppen for å falle, og greier man ikke reise seg fra stol uten støtte, tyder det på svært dårlig muskelkvalitet.

– Da vi startet opp, lurte vi på om vi hadde tatt oss vann over hodet, men testingen viste en forbedring. Vi fikk løftet gjennomsnittsskåren på BBS ved Nordseterhjemmet fra 38 til 46 poeng, og på Midtåsen og Bekkelaget steg gjennomsnittet med cirka sju poeng. Dersom det på en skår mellom 20 og 56 poeng, skjer en økning på mellom tre til sju poeng, så kan man med 95 prosent sikkerhet si at det har skjedd en bedring av balansen. I dag ligger gjennomsnittet ved oppstart av trening noe høyere enn før, fordi mange allerede har vært med i grupper. Treningsutbyttet er dessuten større når man er utrent, og forbedringskurven har derfor flatet noe ut, forklarer fysioterapeutene.

Det er ikke nok at fysioterapeutene selv vet, og kan dokumentere at intervensjonen hjelper. Resultatene er presentert både for bydelsledelsen og fagmiljøet. Tallenes klare tale virker også motiverende på brukerne.

– Forbedring på tester viser at det aldri er for seint å begynne å trene, og vi har sett at selv om poengskåren faller etter en sykdomsperiode, kan man uansett alder trene seg tilbake til tidligere funksjonsnivå, sier Bergheim.



Turi Høilo (t.v.) og Wenche Korsmo kjemper seg sterkere og stødigere.



Fysioterapeutene Hanne Beck Pedersen og Åse Bergheim.

Deltakerne må utfordres

Hver uke deltar omkring 100 eldre i styrke- og balansegruppene i bydelen. Det tilsvarer omkring 3 000 konsultasjoner i gruppe per år. Til sammenlikning utfører fysioterapitjenesten årlig omkring 2 800 hjemmebesøk. Gruppetrening er derfor en effektiv bruk av ressurser og gir i tillegg deltakerne mulighet til å trene over lengre tid.

– Trening er ferskvare. Musklene må brukes. Det er «use it or lose it», understreker Bergheim.

– Tradisjonelt har man drevet mye med sittegymnastikk for eldre, men det gir ikke bedre balanse eller styrke i beina. Hvis du vil hoppe to meter i høyde, kan du ikke la lista bli liggende på 1,50. Du må flytte den litt høyere for hver gang. Det samme gjelder for våre deltakere. De må hele tiden utfordres. Det skal være tungt. De skal bli slitne. Så er det vår oppgave som fysioterapeuter å legge til rette for at alle har utbytte av treninga.

Får fart på fibre

Treningen foregår rundt en gangbane. Deltakerne oppfordres selvsagt til å støtte seg minst mulig, men barrene er der som en trygghet. Fysioterapeutene bruker i tillegg balanseputer, vektvester, step-kasser og strikk for å utfordre styrke og balanse.

– Testingen har ført til endring i øvelsesutvalget. De første resultatene viste bedret balanse, men mindre effekt på ganghastighet. Dermed la vi inn mer gangtrening, forklarer Bergheim.

Men det betyr ikke en rolig rusletur gjennom gangbanen. På Nordseterhjemmet starter deltakerne på tå og fortsetter med baklengs og sidelengs gange. Deretter snurrer de rundt og marsjerer med høye kneløft, før de løper mellom barrene. Arild Carlsen legger til og med inn en liten spurt til slutt.

– Vi har blitt mer oppmerksomme på såkalt power-trening, det vil si bruk av eksplosive styrkeøvelser, sier Pedersen.

– For med alderen taper vi raske muskelfibre, de som fyrer når vi hopper, løper etter bussen eller holder på å falle. Hvis du ikke klarer å flytte beina raskt nok da, er løpet kjørt. Ved å trene disse muskelfibrene spesifikt, gjør vi de eldre bedre rustet til å hente seg inn og unngå fall.

Formidler hensikt

Mørket har senket seg over Nordstrand. Bergheim og Pedersen har ankommet Skovheim allsenter og eldreboliger for mandagens siste gruppetrening. Kirkens bymisjon driver senteret, men har denne høsten hentet inn fysioterapeutene fra bydelen med bakgrunn i de gode resultatene gruppetreningen har vist.

Utenfor faller snøen lett. Det er naturlig å la step-kassene forestille snøskavler, og deltakerne får i oppgave å forsere dem i ulike retninger.

– Det er viktig at brukerne forstår hensikten med treningen. Derfor er vi opptatt av å knytte øvelser til aktiviteter i dagliglivet og legger også inn undervisning om helse underveis, forklarer Pedersen.

– Som at sengen spiser muskler, skyter Vivi-Ann Berger inn.

Fysioterapeuten bekrefter utsagnet. Nærmere 1,5 prosent kan den fortre i løpet av et døgn, og det tar hele to uker med trening for å gjenvinne den tapte muskellmassen. Bergheim legger til at stillesitting nå kalles «den nye røyken» fordi inaktivitet rett og slett er helseskadelig.

– Jeg har fått øynene opp for hvor viktig det er å trene etter at jeg begynte her, sier Turi Høilo som roser fysioterapeutenes evne til å se hver enkelt og gi kyndig veiledning.

Som Jan Rapstad på Nordseterhjemmet føler hun seg sterkere og stødigere etter at hun begynte å trene. Hun er tryggere på egen balanse og har ikke lenger behov for rullatoren hjemme i egen leilighet.

– Men denne treningen er ikke bare bra for musklene. Den piffer opp humøret og gjør noe med hele mennesket, smiler Høilo.



Alle pasientene på enheten får sjansen til å bidra til utsmykningen.

Nye mønstre oppstår når pasienter slipper til

TEKST: Bente Wallander FOTO: Martin Lundsvoll

Utsmykking av forsterkede skjermede enheter for personer med demens kan være en utfordring. På Valentinlyst helse- og velferdssenter skaper pasientene kunsten selv.

Det var Ulrika Wallin, den gang Trondheim kommunes ansvarlige for kunst i offentlig rom, som initierte kunstprosjektet ved Valentinlyst helse- og velferdssenter. Ti pasientrom, et par ganger og to stuer fordelt på to avdelinger skulle renoveres og utsmykkes.

– Etter hvert som arbeidene skred fram, ble det estetiske stadig viktigere. Avdelingen er planlagt for ti pasienter med alvorlig demens og en atferd som er vanskelig å håndtere på ordinær avdeling. Pasientene er her på tvangsvedtak og mange av dem har tunge somatiske plager i tillegg til sin demenssykdom, forteller enhetens gruppeleder, vernepleier Bodil Pedersen.

«... det er vanskelig å innrede lune, hjemlige rom fordi så mye kan forbindes med risiko.»

– Mulighetene til å la ting stå framme eller henge oppe er få, og det er vanskelig å innrede lune, hjemlige rom fordi så mye kan forbindes med risiko. Pasientene viser i perioder utfordrende atferd, med både fysisk og verbal utagering. I planleggingen måtte vi først og fremst sørge for sikkerhet, men etter hvert skulle det jo også tas estetiske valg. Utsmykkingen av rommene ble for meg ekstra viktig nettopp fordi vi kan ha så lite kos og pynt framme.

Beboerne involveres

Det er som en del av et *Kunst i det offentlige rom*-prosjekt i Trondheim, at pasientene nå gis muligheten til å være med på et deltakende



Anne Helga Henning (t.v.) og Bodil Pedersen.



Anne Helga Henning er lydhør i sin tilnærming.

kunstprosjekt der kunsten på veggene lages av dem selv. Ansvarlig billedkunstner Anne Helga Henning kom inn helt på tampen av oppussingsprosessen.

– Hun kom som en liten åpenbaring til oss. Det er alltid vanskelig å invitere pasientene våre med på noe. De ekskluderes ofte fra aktiviteter, fordi de har så lett for å ødelegge. Etter å ha sett hva Anne Helga gjør, og hvordan det virker både på våre pasienter og oss som arbeider her, oppfatter vi nå prosjektet som en mulighet til å involvere pasientene i mye større grad enn vi først hadde tenkt, sier Bodil.

Hennings fordypning i mønstre som metode startet med at hun fikk et engasjement fra Nasjonalt kompetansesenter for helse, kultur og omsorg i Levanger. De ønsket at noen ville prøve ut et visuelt uttrykk, og spurte Helga om hun ville jobbe med et visuelt prosjekt i omsorg for personer med demens basert på hennes tidligere prosjekter med små barn.

Anne Helga har senere forsket i, og utviklet, sin metode for deltakende kunstprosjekt; kunstterapeutisk arbeid med visuelle mønstre i farget filt som utgangspunkt. Sammen med Gry Ulrichsen gjennomførte hun blant annet prosjektet *Mønster* ved Ytterøy Helsetun.

– Da jeg kom dit første gang ble jeg slått av hvor mye pasientene satt og sov. Hvordan i all verden skal jeg kunne få til noe her, tenkte jeg. Det viste seg at beboerne med rett tilnærming våknet veldig til liv. Det samme skjedde her på Valentinlyst, vi har allerede hatt mange fine

møter. Når det gjelder kunstprosjekter i offentlige rom pleier kunstnerne selv å skape kunsten, ikke nødvendigvis med så mye kontakt med institusjonen. I forbindelse med dette oppdraget gjør jeg motsatt, og har spesielt mye kontakt med de som bor på avdelingen. Det er en veldig spennende erfaring å få med seg.

Anne Helga opplever det som særlig tilfredsstillende å jobbe med de «vanskeligste»:

– Mange regnes som «umulige», og likevel får vi til så mye fint i lag. Kanskje finner noen gjennom arbeidet med filt og mønstre endelig en kanal for å uttrykke seg? Det er ikke lett å måle hvilken betydning det har for dem og få en ny arena å uttrykke seg på. Ei heller at vi finner andre måter å møtes. Men at vi oppdager stadig nye ting hos de som deltar er sikkert. Pasientene endrer seg også. Disse erfaringene kan personalet ta med seg inn i andre sammenhenger, forteller Anne Helga.

Dype emosjonelle opplevelser

– For oss har det vært utrolig flott å få anledning til å utvide våre relasjonelle møter. Det bidrar til at vi møter pasientene på en ny måte, sier Bodil Pedersen.

– Vi jobber lite i grupper, for det meste yter vi vår omsorg én til én. Vi kan ikke satse på ett uttrykk alene. Flere uttrykk er prøvd; for noen fungerer det med musikk, for andre med sansestimulering. Massasje med duftende oljer når fram til noen, empatidukker til andre. Vi har en gyngestol på avdelingen med integrert musikk og vibrasjon. Den fungerer fint for flere. For meg dreier komposisjon av musikk og bilder seg om noe av det samme. Å jobbe med så abstrakte uttrykk er lite krevende, men vi ser at det kan aktivere dype, emosjonelle opplevelser. Tilnærmingen aktiviserer samtidig samholdet mellom pleier og pasient.

– Vår jobb er å forberede pasientene for å legge til rette for optimal opplevelse. Deretter må vi bare være åpne for det som skjer. Hvordan en pasient bruker formene på én måte, mens en annen bruker dem på en helt annen. Personalet skal også forstå disse opplevelsene, ikke som en ordinær aktivitet, men som en prosess og et forskningsprosjekt. Det forhindrer ikke at vi senere kan bruke det vi lærer som en aktivitet. Men da blir det noe helt annet.



Tv- og multimedieutstyr er skjult i veggene. Sanseelementer av eik i gangene.

Mange og smarte løsninger

Ved oppussingen av skjermet enhet har man vektlagt solide og trygge løsninger, med et estetisk uttrykk som gjør at rommene skal være gode å være i.

Farge og materialvalg skal innby til ro. Eik er valgt som materiale til forsterkning av enkelte vegger – på pasientrom og på stuene. Videre ble sanseelementer integrert som en del av innredning og dekor.

Anlegg for låsemekanismer og liknende er i all hovedsak skjult. Hagen er lukket og trygg, med plankegjerdet i stedet for netting. Stål er forsøkt unngått i ukuselige innretninger. På badene er det brukt corian.

Rommene er åpne og store med få konfliktsoner og mulighet til skjerming ved behov. Ansatte som jobber på avdelingen har vært delaktige i utformingen og valg av løsninger. Dette understrekes som viktig, da man allerede har erfart hva som skjer når de ikke har vært med.

Kan ikke reparere

– Det er viktig å være lydhør. Man må la det som pasienten er opptatt av få være inspirasjon i hans/hennes inngang til komposisjonen med filtbrikkene og ikke presse fram sine egne greier, sier Anne Helga. – Det er ikke noe som er riktig eller galt. Spør heller hva det representerer. Hva det likner? Når det gjelder mønstrene kan hver og en bestemme selv. Det er vesentlig, jeg bruker aldri former som likner noe konkret. De abstrakte formene gjør at vi kan assosiere utifra egne erfaringer når vi ser på dem. Det finnes ikke noe rett eller galt. Pasientene jeg arbeider med skal ikke prøve noe og komme til kort. Vi kan heller ikke reparere demenssykdommene. Det dreier seg om å gi deltakerne gode opplevelser der og da.

– Pasientgruppen vår er sårbar, de mestrer ikke lenger det de har gjort og hatt glede av tidligere. Når vi jobber med det visuelle på denne måten slipper de prestasjonskrav. Metoden blir noe helt annet enn reminissens, å bruke det kjente. Ingen av våre deltakerne har så langt hatt erfaringer fra det kunstneriske, eller vært glade i å uttrykke seg. Gjennom prosjektet får de lov til å utvikle seg med sykdommen, og til tross for den, sier Bodil.

Organiseringen har også skapt en veldig entusiasme rundt prosjektet. Hver ansatt har ansvaret for én pasient. Optimalt får de være med tre ganger hver.

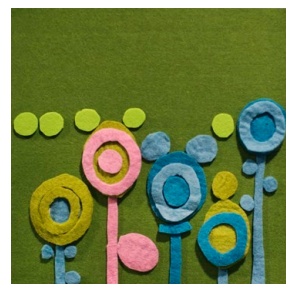
Møtenes betydning

Når Anne Helga tar med formene inn til en pasient aner hun ikke hvilke historier som kommer fram, eller hvilke assosiasjoner formene og mønstrene vil vekke.

– Som oftest holder vi på i én til halvannen time. Det er viktig å ha tid. Det kan gå fullstendig galt én gang og som en drøm den neste. Om jeg merker at pasienten ikke er i humør til prosjektet, avrunder vi før det oppstår vanskelige situasjoner.

Slik hun ser det utvider prosessen repertoaret for hva et kunstprosjekt kan være: – Det som skjer blir et ledd i en faglig utforskning. Hva skjer i møtene mellom materialene og pasientene? Og mellom oss? Det skjer også noe organisk i møter mellom mennesker. At filtformene er ferdig klippet når Anne Helga kommer inn i rommet har betydning.

– Det var fra en pasient jeg fikk ideen til teknikken. Hun syntes det var interessant å se på hvordan ulike farger ble når de ble satt sammen. Men det var vanskelig å mestre å male med pensler. Jeg fant da ut at jeg ville prøve ut noe med filt. Jeg starta med å klippe ut firkanter, men erfarte raskt at pasientene kunne forholde seg til en kompleksitet i utvalg av former og farger. Prosjektet på Valentinlyst skal ende opp som et kunstverk på avdelingen der pasientene selv har vært med på utformingen. Noe av det fine er jo at erfaringene i tillegg kan videreføres som en «avlegger», en aktivitet avdelingen kan drive selv, sier Anne Helga.



Skapt av pasientene.

En blomst når snøen smelter

Øystein Haugen bor på den skjermede enheten. 73-åringen har mange utdanninger og erfaringer å vise til, men aldri før har han deltatt i noen form for kunstnerisk aktivitet. Bildet som Anne Helga holder fram er det likevel han som har skapt.

– Hva som skjedde etterpå vet ikke jeg. Det begynte på slutten av vinteren. Så kommer det en blomst når snøen smelter, forteller han.

– Hva tenker du om mønsteret, spør Anne Helga.

– Jeg er glad i gult, sier Øystein, og forteller at han en gang jobbet i ei gruve på Svalbard: – Der var det mørkt. Skikkelig mørkt!

Anne Helga minner ham på at han snakket om kapteinuniformens striper da han formet bildet. Og solbriller. – Donald Duck har sånne striper, føyer han til.

Øystein gleder seg til å se bildene i glass og ramme.

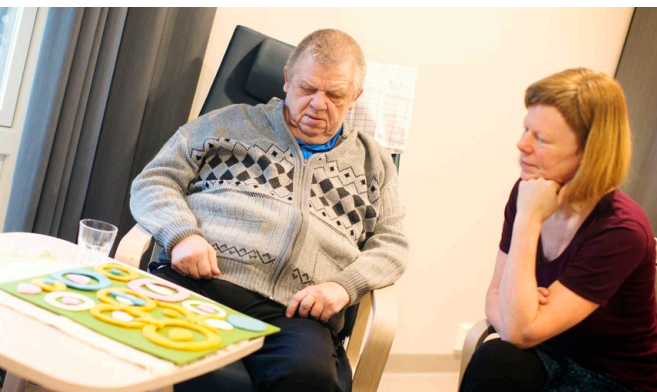
– Det har vært jævli artig å være med på dette, sjøl om jeg ikke er vant til å gjøre noe sånt. Og det blir fint å få bilder på veggene!

Anne Helga og Bodil er spent på hva som skjer når de viser bildene.

– Hvilken respons vil pasientene gi? Og hvordan utsmykke et rom slik at det gir gode opplevelser for alle som bor her? Er vi på sporet av noe med dette prosjektet?

Store, veggfaste rammer i plexiglass i størrelsen 180 x 60 centimeter er bestilt. Det er planlagt to store bærende utsmykningsvegger i hver stue. Utstillingen skal rulleres, slik at alles bilder etter hvert blir vist.

– I motsetning til annen kunst, vil disse bildene ha en tilknytning til dem som bor og jobber her. Noe de har en relasjon til. Jeg er spent på å se hvordan formspråket vil apellere og fungere frittstående i rommet, sier Anne Helga.



Øystein Hagen og Anne Helga Henning.

Overser pasientenes åndelige behov

TEKST/FOTO: Bente Wallander

Liv- og dødproblematikk er et tema som opptar mange, så også pasienter med demens på sykehjem. – De gir uttrykk for åndelige behov, men pleierne oppfatter slik omsorg som krevende, og noen ganger skambelagt, sier Liv Skomakerstuen Ødbehr.

Sykepleiere og helsefagarbeidere har liten trening i å møte behovene for mening og håp, tro og tilhørighet hos pasienter med demens på sykehjem.

– Noe av forklaringen ligger nok i selve sykehjemskulturen, som i liten grad er åpen i forhold til å diskutere åndelige og religiøse spørsmål, sier Liv Skomakerstuen Ødbehr, som har en doktorgrad i temaet *Åndelig omsorg i demenssykepleie*¹.

Vidt område

Hovedmålet med Livs doktorgradsprosjekt var å undersøke hvordan pleierne utfører åndelig omsorg i sykehjem gjennom å fokusere på deres erfaringer av, og perspektiv på, åndelige behov hos personer med demens.

For de fleste hun intervjuet ble spørsmålene enklere å besvare når Liv delte opp temaet i to; En åndelig dimensjon og en religiøs tilnærming.

– Jeg tok for meg den åndelige dimensjonen, et veldig vidt område med mange forestillinger. Da var det noen som sa; Ja, men dette er behov vi har erfart hos pasientene. Dette er gjenkjennelig. Andre oppfattet det fortsatt som vanskelig.

Søker sammenheng

Forskning har vist at pasienter med demens er opptatt av meningen med livet, tilværelsen og sykdommen. Grunnleggende søker mennesker etter sammenheng i livet, men med demenssykdommen oppstår mange brudd. Å møte dem på disse områdene kan oppleves som utfordrende fordi pasientene ofte har glemt sin egen historie. Pasientene klarer ikke alltid selv å redegjøre for sine åndelige behov, og pleierne kan også ha vanskelig for å komme pasientene i møte når anledningen byr seg.





– I reminissensarbeid kan man oppleve at pasienter som ellers ikke snakker et ord, plutselig synger alle versene i en salme. Salmesang og – læring har for de fleste eldre vært en del av deres oppvekst, og de kan gjerne tekstene på rams. Men for noen av pleierne ble det å synge disse sangene sammen med pasientene inne på stua noe de skammet seg over. Dette i motsetning til å synge med dem på andre typer sanger, noe de opplevde som mye lettere.

Griper ikke sjansene

Liv Skomakerstuen Ødbehrs materiale viser at mange pleiere velger enkleste utvei når vanskelige spørsmål dukker opp.

– Hvis en pasient sa: «Jeg vil dø, jeg» kunne pleieren svare: «Nei, nå tar vi oss en kaffe dere!»

– Et annet eksempel på dette er å sette fram bilder av en død medpasient. Noen ønsket ikke å gjøre det, fordi de var redde for at pasienten ikke kom ut av sorgreaksjonen sin, mens andre tenkte; Jo, vi må sette det fram slik at pasientene om mulig kan forstå at medpasienten er blitt borte. De andre pasientene vil jo lete etter den som er død, og da kan vi benytte anledningen til å fortelle at han eller hun er død.

Andre fortellinger dreide seg om å bruke symboler der ordene ikke nådde fram i form av gjenstander eller andre ting, for å utvide og gjenspeile pasientenes opplevelse av situasjonen.

Gi mening til dagene

Pleierne som Liv intervjuet viste seg å være mer opptatt av livet enn døden.

– God omsorg er for mange å bidra til at pasientene opplever meningsfylte dager. Åndelige behov dekkes samtidig som annen omsorg utøves, ved for eksempel å stryke pasienten varlig på kinnet og se at denne blir trygg, ta seg tid til å ta inn den andres livsverden. Det finnes så mange gode øyeblikk. Sett fra mitt ståsted praktiserer de egentlig åndelig omsorg hele tida, uten at de selv tenker over at det er det de gjør, sier hun.

Prosjektet avdekket samtidig behovet for å diskutere og tematisere åndelighet.

– Området må ikke skyves inn i et skap. Jeg håper at det blir rom for å ta fram og diskutere kasus. Vi må utfordre hverandre, slik at åndelig omsorg kan bli en del av den helhetlige omsorgen, på linje med fysisk og psykisk omsorg. Ta for eksempel dette med skamfullhet. Hva og hvorfor låser vi for deler av pasientenes livsverden som er viktige for dem? Omsorg skal ytes i respekt for den andre. Når etikken i form av tillit og verdighet er på plass blir dette både ufarlig og spennende. Det kan også gjøre en forskjell i pasienters liv og død.

– Vi må våge å diskutere og tematisere åndelighet, sier Liv Skomakerstuen Ødbehr

1. Ødbehr L.S. Spiritual care in dementia nursing : a qualitative, exploratory study. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for helse og sosialfag, Det medisinske fakultet, Universitet I Oslo, 2015.

Brit Aasheim og Dorthe Pentzen ankommer kinoen på spark.
– Vi elsker å kute ute, forteller 64-årige Brit.



Seniorfilm gir mersmak

Demenskoordinator Vera Kristin Lumkjær Nordhagen drømte om å vise film for bygdas eldre og personer med demens. Etter 11 kinoforestillinger vet hun at seniorenne setter stor pris på aktivitetstilbudet. Yngre krefter stiller også villig opp.

TEKST/FOTO: Bente Wallander

– Jeg trives med å gå på kino. Det er koselig å komme ut og her møter jeg mange kjente!

Det sier Brit Aasheim, en av de mange som like før jul takket ja til Trysils eldrekinotilbud. På programmet sto fjorårets filmsuksess *Kongens nei*, en film som er spesiell for tryslinger og engerdøler.

– Mange av våre eldre opplevde selv de dramatiske dagene i 1945, andre er flasket opp på historier om det som skjedde. Flere kan også ha deltatt som statister under filmingen, forteller Trysil kommunes demenskoordinator Vera Kristin Lumkjær Nordhagen, som selv tok initiativet til å kjøre kinofilm for eldre.

– For selv om Trysil har 6 522 innbyggere, ser vi sjelden de eldste på kino, sier hun.

Kommunens frivilligkoordinator Ester Borg Rasmussen tente på ideen. Siden oppstart våren 2015 har ildsjelene vist tolv filmer. *Operasjon Løvsprett* ble vist i februar, det blir også visninger i mars og mai. Alle over 60 år blir invitert, og det legges særlig til rette for personer med demens. Arrangørene tilbyr blant annet skyss til og fra kinolokalet. Filmene settes opp i samarbeid med Demensforeningen, som også søker om aktivitetsmidler til visningene. Forestillingene er takket være dette gratis for medlemmer av Demensforeningen og beboere på institusjon. Det øvrige publikum betaler 50 kroner per person for film og mat.



Trysils filmtilbud til seniorer

- Best besøkt det første året var filmen om *Trysil-Knut* fra 1942 som vi fikk låne fra Nasjonalbiblioteket. Tidligere hadde vi aldri hatt flere enn 60 besøkende, men da rant det på med folk. Vi fikk litt hetta, men elevene fra videregående heiv seg rundt, så alle fikk servering.
- *Kongens nei* ser ut til å kunne tangere rekorden. Det er kanskje ikke så rart. Den er innspilt i vårt lokalmiljø, med mange statister som vil være kjente for oss.
- Den artigste opplevelsen inntraff da vi skulle vise *Fjolls til fjells* med Leif Juster. Maskinisten fikk ikke justert formatet, så Leif Juster ble både kort og rund. Det ble det mye moro av!
- Dårligst besøkt ble desemberfilmen i 2015, da det var dårlig vær og kaos på veiene.»

Jenter som kuter ute

For Brit Aasheim har tiltaket vært et velkomment avbrekk i hverdagen. 64-åringen fikk sin demensdiagnose omtrent samtidig med at hun mistet ektemannen, for vel to år siden.

– Det var trasig å få Alzheimer så tidlig, men jeg står i dagene som best jeg kan, sier 64-åringen, som denne dagen ankommer kinoen på spark sammen med sin brukerstyrte personlige assistent, Dorthe Pentzen.

Brit forteller at hun er et aktivt menneske, som har deltatt i mye møtevirksomhet. Det hender fortsatt at sønnen sender henne av sted når han ikke kan gå selv.

– Det går som oftest bra, men plutselig blir det en slags hakk-hakk i tankene mine. Jeg er glad jeg kan ha Dorthe med meg to ganger i uka. Hun er min eksterne harddisk nå, smiler hun.

Brit er på Østhagen dagsenter to og tre dager i uka, de andre dagene tar hun med seg Dorthe på tur.

– Jeg er ei sånn jente som helst kuter ute. Jeg må ut, uansett vær. Til skogs eller fjells, jeg orker ikke bare å sitte hjemme. Ei krangete hofte har satt en stopper for de tøffeste utfluktene nå i vinter, men etter hofteoperasjonen i januar håper vi at det blir flere turer, sier Brit.

Smakfullt fra yngre krefter

Filmframviserne har mange gode hjelpere som bistår før, under og etter forestilling.

– Vi starter alltid dagen med en liten prat om filmen og hvilke oppgaver som skal fordeles. Når publikum kommer ønsker vi dem velkommen og presenterer menyen, forteller Vera.

Førsteårselever fra Trysil videregående skoles helse- og oppvekstlinje rigger stoler og bord. De fordeler bordene mellom seg og er også vertskap for disse.

Etter forestillingen tilbyr elever fra skolens restaurant- og matfaglinje kinogjengerne litt å spise. Det kan være snitter med ulike typer pålegg, men denne dagen har de inspirert av tidsperioden laget royale snitter og fyrstekake etter en oppskrift fra krigens dager.

– Ikke med tran, som noen ganger ble brukt i krisetider, men med mandelessens og poteter i stedet for mandler og brunt sukker, forteller den blide gjengen.

Det var tydelig at det spesielle tilbudet faller i smak hos kulturhusets gjester, blant dem Oddmund Nyhuus (62) fra Varaholla.

Oddmund hadde en far som var med på Midtskogen:

– Han prata en del om det og viste meg blant annet hvor han hadde ligget i stilling; ved det

«Denne dagen har elevene laget royale snitter og fyrstekake etter en oppskrift fra krigens dager.»

Elever fra helse- og oppvekstlinjen bidrar med alt fra rigging av lokalet til servering av tidstypisk mat.



Elever fra Trysil videregående skoles restaurant- og matfaglinje står for serveringen. På menyen denne dagen: Fyrstekaker á lá 1943, med poteter og mandelessens.



Demenskoordinator Vera Kristin Lumkjær Nordhagen satser på videreføring av filmvisningene.

østre hjørnet av bua. Det var sterkt å se filmen, men den var samtidig skikkelig bra.

Kirsten Petrine Togstad (78) og Mary Hegg (76) opplevde heller ikke filmen som skremmende.

– Etter å ha hørt så mye om krigen, skjønte vi jo nesten hvordan dette ville bli. Vi var ikke så gamle på den tida, men husker godt at vi fikk sjokolade av tyskerne. Seniorskolen er et veldig godt tiltak, vi har vært her hver gang, sier Mary.

Om filmene

– Vi har vist både eldre og nyere filmer. Vi har satt som klausul at vi alltid skal kjøre norske filmer. Det som sies skal være enkelt å forstå, sier Vera.

– *Hvordan er det å ta opp så vidt dramatiske og for noen, traumatiske, temaer for personer med demens?*

– Dette med krig er jo litt spesielt. Derfor var vi også spente da vi skulle vise filmen *Max Manus* den 8. mai i fjor. Men det kom veldig mange, og folk sa at de syntes at det var svært all right. Mange kommer nok for å se sin egen historie. Vi tar oss alltid tid til å gå rundt og snakke med folk ved bordene etterpå, og har ikke registrert at noen ble spesielt engstelige etter disse to filmene.

Som demenskoordinator har Vera selv oversikt over, og en særlig kontakt med, alle besøkende som har en demensdiagnose.

– Dagene kan bli lange for noen og enhver, men dette tilbudet innebærer noe lystbetont i hverdagen. Tilbakemeldingene er utelukkende positive, så denne suksessen må vi fortsette med. Vi skal kjøre seniorskole to ganger til i vår, den 17. mars og 19. mai. Det er ikke avklart hvilke filmer det blir enda, sier hun.



Hilde Østby, Ylva Østby
Å dykke etter sjøhester
 En bok om hukommelse
 Cappelen Damm 2016
 ISBN 978-82-02-52256-8

Hukommelsens vesen

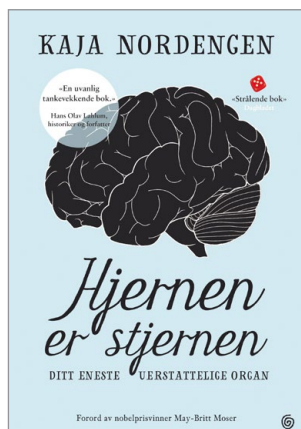
Forfatterne av *Å dykke etter sjøhester*, Ylva og Hilde Østby, er søstre, som i denne sakprosaboka tar leserne med på en reise i hukommelsens fascinerende landskap.

Langs sin vei finner de stadig nye bidrag til dypere forståelse; kunnskap de ivrig deler med sine lesere. Boka formidler et vell av historier, intervjuer, anekdoter og forskningsresultater. Her møter vi alt fra ledende forskere på feltet til personer med ekstrem glemsel. Underveis gjensker forfatterne selv kjente hukommelseksperimenter. Gjengitt på et lettfattelig vis både dekker og stimulerer historiene lesernes vitebegjær. Det er jo så uendelig mye å gruble over: Hva er egentlig et minne? Kan man stole på det? Hvordan kan man styrke sin evne til å husk, hva er glemsel – og kan hukommelsen virke begge veier, også framover i tid?

Forfatterne viser leserne hvordan hjernen på nesten magisk vis kan hente fram informasjon og gjensker øyeblikk for oss, og hvordan minner danner et nødvendig grunnlag for vår evne til å forestille oss fremtiden.

De to søstrene har svært ulik tilnærming til temaet. Ylva er nevropsykolog og ekspert på temaet hukommelse, mens Hilde er idéhistoriker og forfatter/journalist. Når de slår sine pjalter sammen formidler de kunnskap på en uvanlig og underholdende måte, noe de allerede har mottatt oppmerksomhet for. Boken ble kort tid etter utgivelsen bestilt oversatt til flere språk.

Omtalt av Bente Wallander



Kaja Nordengen, Guro Nordengen (ill.)
Hjernen er stjernen
 Ditt eneste uerstattelige organ
 Kagge forlag 2016
 ISBN 978-82-489-1877-6

Om vår unike hjerne

«Hjernen er det mest vidunderlige, komplekse og gåtefulle organet vi kjenner til.» Slik innleder Nobelprisvinner May-Britt Moser sitt forord i Kaja Nordengens bok *Hjernen er stjernen*. Ditt eneste uerstattelige organ. Med disse ordene oppsummerer Moser også forfatterens begeistring for det organet i kroppen som gjør oss til den vi er.

For Kaja Nordengen har alltid vært fascinert av hjernen. Hun innledet sin forskning på hvordan nerveceller i hjernen kommuniserer med hverandre allerede mens hun studerte medisin. Etter senere å ha tatt en doktorgrad, har hun på en både humorfylt og medrivende måte delt sine kunnskaper med andre. På kurs og konferanser, og nå altså i en bok. Det er ikke alle gitt å kunne formidle populærvitenskapelig om forskning og kunnskaper de fleste må bruke tiår på å tilegne seg. Nordengen gjør det, og stiller samtidig lesernes nysgjerrighet på spørsmål de aldri selv hadde kommet på å stille. Moser sier det slik: «Lekenheten i hennes (forfatterens red.anm.) omgang med stoffet vekker noe av den entusiasmen som driver både det undrende barnet og den erfarne forskeren».

Også denne boka er blitt til ved et samarbeid mellom to søstre. Guro Nordengens enkle, forståelige tegninger utdyper kapitteltekstene. Fra de første innledende setninger om menneskehjernens bølgende overflate, kalt hjernebarken, som fullpakket av nerveceller i sin tid utgjorde en revolusjon i evolusjonshistorien, til forskerens iver etter å kunne besvare de fortsatt ubesvarte spørsmålene som: *Hva er fri vilje, og har vi det?* Og: *Hva er årsaken til Alzheimers sykdom, og hva kan vi gjøre for å hindre utviklingen av den?* Underveis fordyper hun seg i temaer som personlighet, hukommelse, hjernens gps, den følende hjernen, intelligens, kultur og kreativitet, hjernens betydning for det vi spiser, blir avhengige av og virkelighet versus vår evne til å tolke og oppfatte sanseinntrykk. Det gis også mange eksempler på hvordan kunnskapene kan utnyttes i praksis. Kan du spise «hjernemat» for å huske bedre? Kan hjernen trenes opp? Kan du aktivisere deler av hjernen du ikke bruker? Kan du smile deg glad? *Hjernen er stjernen* innvier deg i mange hemmeligheter om ditt mest utrolige organ.

Omtalt av Bente Wallander

Fra venstre
Elin Strandli,
Margrete
Dysjaland,
Margrethe
Henden Aaraas
og Berit
Kvalvaag
Grønnestad.



Ny håndbok for de som skal etablere *Inn på tunet*-tilbud

Daglig leder av Aaraas gårds *Inn på tunet*-tilbud Margrethe Henden Aaraas var vertskap da Matmerk lanserte den nye nasjonale håndboken *Inn på tunet* – dagaktivitetstilbud tilrettelagt for personer med demens.

Prosjektleder Elin Strandli, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, har skrevet håndboken, som et støtte- og oppslagsverk for dagtilbudet tilrettelagt for personer med demens. Boken er utviklet av Matmerk og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse og er sendt til alle kommuner, fylkesmenn og godkjente *Inn på tunet*-tilbydere.

Strandli har i en årrekke hatt dagtilbud på gård som hovedansvarsfelt.

Fra fjøs til dagaktiviteter

Lokalet der lanseringen fant sted var inntil for fem år siden et fjøs. I samarbeid med Nittedal kommune og Skytta bo- og behandlingssenter søkte gårdens eiere så midler fra Helsedirektoratet for å starte et *Inn på tunet*-tilbud på gården. Skytta har det faglige ansvaret. De har siden åpningen av tilbudet i fjor høst også sørget for å transportere de seks brukerne til og fra gården.

– Samarbeidet med fagmiljøet har vært veldig motiverende for oss, opplyste Margrethe Henden Aaraas. Hun hadde ikke selv erfaring

fra omsorg for personer med demens da hun innledet prosessen med å få tiltaket godkjent. Ei håndbok som dette ville ha vært et nyttig hjelpemiddel. – Men både mannen min og jeg gikk på kurs før vi startet, det var en viktig kvalitetssikring, understreket Henden Aaraas.

Gir økt livskvalitet

Landbruks- og matdepartementets politiske rådgiver Margrete Dysjaland var til stede under lanseringen.

–Vi vet at dagaktivitetstilbud på gård kan bidra til økt livskvaliteten hos personer med demens og deres pårørende. Med denne håndboken legger regjeringen til rette for at *Inn på tunet*-gårder kan gi et enda bedre tilbud til denne gruppen, sa Dysjaland.

Helsedirektoratets prosjektleder Berit Kvalvaag Grønnestad viste til *Demensplan 2020*.

– Alle skal ha muligheter til å leve aktive liv. Dagaktivitetstilbudene er både et av kjernepunktene i planen og en del av forløpstankegangen; at man skal få rett tjeneste til rett tid. Forskning viser at fysisk aktivitet og kognitiv stimulering i grupper er gunstig. Å gjøre noe sammen med andre er kjekt, uavhengig av hva forskningen viser. Det er lett å se at et tilbud som dette er kjempeviktig i dagene til personer med demens, sa hun.

Håndboken kan bestilles på www.aldringoghelse.no. Du kan også se den presentert på en film vimeo.com/194033339

Tekst/foto: Bente Wallander



Ill.foto: Martin Lundsvoll

Midler til musikalsk Alzheimer-forskning

Professor Stefan Kölsch fra Institutt for biologisk og medisinsk psykologi ved Universitetet i Bergen har mottatt støtte fra Norges forskningsråd til pionerprosjektet *Effects of music instrument lessons on brain plasticity, mood, and quality of life in Alzheimer patients*.

Kölsch er opptatt av musikkens legende kraft: – Vi ser at mange av pasientene har godt bevarte musikalske minner. I prosjektet ønsker vi å undersøke om vi kan hjelpe pasientene ved hjelp av nettopp musikk. Både psykologisk for å øke deres livskvalitet, og i håpet om at de kan skape seg en musikalsk øy av minner, som de igjen kan bruke til å vekke andre minner til live. (Kilde: UiB)

Prosjektet har en total økonomisk ramme på 18 millioner kroner.

Kan søke støtte til eldrepsykolog

Kommunene tilbys nå årlige tilskudd på 300 000 kroner dersom de ansetter en psykolog. Regjeringen ønsker å styrke kvalitet og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene for å møte utfordringer innen psykisk helse, rus samt vold- og traumefeltet. Ordningen skal bidra til at kommunale psykologtilbud blir tilgjengelige over hele landet ved innføring av lovkrav om psykologkompetanse, trolig i 2020.

Ved inngangen til 2016 var det gitt tilskudd til 355 psykologer i 243 kommuner/bydeler, men fortsatt oppga mange kommuner at de ikke har psykologkompetanse. Helsedirektoratet overførte i fjor forvaltningen av tilskuddsordningen til Fylkesmannen.

Marte Meo i Bergen i mai

NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus inviterer den 11. og 12. mai til den tredje nasjonal Marte Meo-konferanse i demensomsorg, alderspsykiatri og utviklingshemning.

Konferansen holdes i Bergen. En rekke kjente Marte Meo-veiledere og supervisorer skal dele sine kunnskaper med konferansens deltakere.

Blant temaene som blir belyst er Marte Meo – i dag innen demens, alderspsykiatri og utviklingshemning, Marte Meo i eldre- og demensomsorg, med fokus på pårørende, Marte Meo og tannhelse samt utfordringer ved frontotemporal demens.

For flere opplysninger om program og påmelding se www.olaviken.no

D&A
med aktuelle
nyheter!

Midler til forskning på Alzheimers og Parkinsons sykdom

Olav Thon Stiftelsen har bevilget midler til tre forskningsprosjekter om Parkinsons og Alzheimers sykdom. Prosjektene går alle over fire år, og hver av dem er tilført ti millioner norske kroner.

Prosjektene er *Akvaporiner i hjernen: Nye behandlingsmål for Parkinsons sykdom*, *Mikroglia – mulig behandlingsmål for Alzheimers sykdom?* og *Påvisning av enkeltmolekyler som tidlige biomarkører for Alzheimers sykdom*.

Et av prosjektene som har fått støtte forsker på Parkinsons sykdom og ledes fra Institutt ved medisinske basalfag, UiO, mens Institutt for klinisk medisin UiO kan glede seg over midler til to prosjekter på Alzheimers sykdom.

Veileder om pårørende

Helsedirektoratet har nylig publisert en veileder som omfatter alle pårørendegrupper i helse- og omsorgstjenesten.

Veilederen henvender seg til a) ansatte i kommunen og i spesialisthelsetjenesten som kommer i kontakt med pasienter, brukere og deres pårørende, b) ledere, fagansvarlige og andre som har ansvar for å utvikle rutiner eller gi opplæring samt c) elever og studenter innenfor helse- og sosialutdanningene.

Veilederen kan lastes ned fra www.helsedirektoratet.no

Forskning på kompetanse i helse- og omsorgstjenester i kommunene i Norge

Hva bør vi egentlig kunne og hvordan finne ut av det?

Hvem setter kravene til kompetanseinnhold? Kan vi bli mer presise i forhold til hva som forventes av kompetanse? Hvordan finne ut av hva vi faktisk kan? Og, hvordan jobbe strategisk for å møte fremtidens behov for kompetanse?

Vi leser og hører stadig om at helsepersonell må ha mer kompetanse; det være seg samhandlingskompetanse, kompetanse i palliasjon, kommunikasjon eller dokumentasjon. Det kan være lett å påpeke at roten til utilstrekkelig pleie, omsorg og behandling i helse- og omsorgstjenester i Norge skyldes for lav kompetanse, og svaret blir også fort at vi må sette av mer tid og penger til kompetanseheving. Vi sender helsepersonell på kurs i ulike tema, får organisert internundervisning, eller finansierer eller bidrar på annen måte til at eksisterende helsepersonell får ta videre utdanning. Viktige innvendinger til denne praksisen er: Hvilke kurs og utdanninger velges ut, hvordan benytter vi kompetansen helsepersonell tilegner seg på kurs og utdanning, og hvordan sikrer dette eventuelt at pasientene får den helsehjelpen de har krav på? Mange helse- og omsorgstjenester i Norge er opptatt av disse spørsmålene og lager derfor strategiske kompetanseplaner og evaluerer også hvorvidt tiltakene de setter i gang fører til forbedring. Men det å få en kunnskapsbasert oversikt over hvilken kompetanse man faktisk trenger innen sin helse- og omsorgstjeneste kan allikevel virke ganske vanskelig for mange, og det er dette vi skal utforske nærmere i denne artikkelen.

Det har inntil nylig vært forsket lite på kompetanse i helse- og omsorgstjenester i kommunene i Norge. Det har vært forsket lite på hva vi trenger av kompetanse for å møte pasientenes behov for helsehjelp og det har vært forsket lite på om kommunene har den kompetansen som trengs tilgjengelig. I denne

artikkelen beskriver jeg tre forskningsstudier som tar for seg behovet for kompetanse, og hvilken kompetanse som er tilgjengelig i helse- og omsorgstjenester i kommunene.

Regjeringen setter den overordnede standarden for hvilken helsehjelp befolkningen skal få, og også krav til kompetanse i den norske helse- og omsorgstjenesten. En litteraturstudie som sammenligner myndighetenes krav til kompetanse opp mot hva forskning sier om tilgjengelig kompetanse, viser at det er en stor forskjell mellom disse i norske helse- og omsorgstjenester (1). Regjeringen viser gjennom meldinger til Stortinget, lover og forskrifter for helse- og omsorgstjenester at de forventer et bredt spekter av kompetanse. Et utdrag av hva regjeringen forventer av kompetanse tilbake fra 2006 og fram til 2015 finnes i tekstboks 1.

Samlet sett er myndighetenes kompetanseforventninger ambisiøse, da de strekker seg mellom ulike fagfelt, fra helsefremming og forebygging til akutt hjelp, og går i dybden på felt som blant annet legemiddelhåndtering. Ingen av de offentlige dokumentene som er gjennomgått i den nevnte litteraturstudien spesifiserer hvilken yrkesgruppe i helse- og omsorgstjenesten som skal være i besittelse av den forventede kompetansen, dermed heller ikke hvordan den skal fordeles mellom yrkesgrupper. Det er helse- og omsorgspersonell som samlet gruppe som skal ha den forventede kompetansen. Videre ser litteraturstudien på hva forskning sier om tilgjengelig kompetanse i helse- og omsorgstjenester i kommunene, se tekstboks 2.

SKREVET AV
Pia Cecilie Bing-Jonsson,
PhD, MSc, RN,
Visedekan, Fakultet for helse-
og sosialvitenskap, Høgskolen
i Sørøst-Norge

Hvis vi sammenligner listen over forventet kompetanse (tekstboks 1) og tilgjengelig kompetanse (tekstboks 2) ser vi at helse- og omsorgspersonell i kommunene oppfyller mange av punktene av den forventede kompetansen. Det er allikevel et gap mellom forventninger til kompetanse og det som forskning viser at vi har tilgjengelig; altså et mulig behov for mer kompetanse i helse- og omsorgstjenester i kommunen. Ifølge denne litteraturstudien kan det se ut som om kommunene mangler kompetanse på følgende områder:

- pasientsikkerhet og kvalitetssikring
- folkehelse, helsefremming, forebygging, tidlig intervensjon, behandling, akutt hjelp, rehabilitering og egenmestring
- pasientforløp og flerkulturell forståelse

Selv om regjeringen setter standarden for hvilken helsehjelp som skal gis og hvilken kompetanse som kreves, påvirkes også kompetansekravene sterkt av helsepersonellet selv, og ikke minst pasienter og pårørende. Etter at det mulige kompetansegapet var tegnet, ønsket forskerne som gjennomførte litteraturstudien å gå videre ved å undersøke hva helsepersonell, fageksperter og pårørende forventer at helsepersonell skal ha av kompetanse for å møte syke eldre pasienters behov i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Det er riktignok flere pasientgrupper i helse- og omsorgstjenestene enn eldre, men studiens framgangsmåte kan brukes som eksempel på hvordan vi systematisk kan hente fram hva som er forventet av kompetanse i en tjeneste. I neste studie konsulterte forskerne 42 eksperter innen eldreomsorg (erfarne sykepleiere, hjelpepleiere, ledere, lærere, forskere og pårørende) i én runde med intervju og to runder med spørreskjema for å komme fram til en enighet om hva som er den viktigste kompetansen helse- og omsorgspersonell må besitte for å gi god helsehjelp til syke eldre i kommunene (2). Resultatet ble at helse- og omsorgspersonell trenger kompetanse innenfor følgende områder: Helsefremming og forebygging, behandling, palliasjon, etikk og lovverk, vurdering og handling, dekke grunnleggende behov, kommunikasjon og dokumentasjon, ta ansvar og vise handlekraft, samarbeid, og holdninger overfor eldre. Studien fant at helse- og omsorgspersonell trenger bred generalistkompetanse for å møte dagens behov for helsehjelp i kommunene, men også avansert og spesialisert kompetanse, i samsvar med de høye forventningene til kompetanse som regjeringen krever, som vist i litteraturstudien (2).

Forskjellen fra litteraturstudien av offentlige dokument var at denne studien var mer spesifikk i forhold til hva slags kompetanse helsepersonell bør besitte. Når det gjelder demensomsorg og alderspsykiatri spesielt, kom ekspertene fram til at helsepersonell må ha kompetanse i «sykdommer hos eldre; geriatri og alderspsykiatri generelt», «demens, depresjon og delirium; patologi, forekomst og behandling av disse sykdommene», «tillitsskapende tiltak for å redusere bruk av tvang», foruten mange andre områder som dekker både somatikk og psykiatri.

To studier var nå gjennomført; en som så på overordnede krav til kompetanse, og en som så på kompetansekrav fra tjenestenes ståsted. Begge studiene konkluderte med at det trengs bred, men også avansert og spesialisert kompetanse. Den siste studien som nevnes her er en studie av tilgjengelig kompetanse i helse- og omsorgstjenester i kommuner i Norge (3). De nevnte forskerne utviklet et omfattende spørreskjema på grunnlag av forventet kompetanse som var kommet fram til gjennom de to tidligere studiene. Ni norske kommuner deltok i den første helhetlige kartleggingen av kompetanse i helsehjelp til syke eldre. Alt helsepersonell som jobbet i direkte pasientarbeid i sykehjem, hjemmesykepleie og omsorgsboliger ble invitert til å svare på spørreskjemaet, og blant dem som svarte var 35 prosent sykepleiere, 52 prosent helsefagarbeidere og ni prosent assistenter/ufaglærte. Resultatene fra denne kartleggingen viste at helse- og omsorgspersonellet har mye kompetanse samlet sett og innenfor alle kategorier av forventet kompetanse. Sykepleiere hadde høyeste kompetanse, helsefag-

TEKSTBOKS 1

Forventet kompetanse i helse- og omsorgstjenester i kommunen

- Overordnede prinsippp: faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, pasientsikkerhet, kvalitetssikring, egenmestring og bruker-medvirkning
- Kjernekompetanse: folkehelse, helsefremming, forebygging, tidlig intervensjon, behandling, omsorg, akutt hjelp og rehabilitering
- Kompetanse relatert til samarbeid og interaksjon: samarbeid, tverrfaglighet, pasientforløp, flerkulturell forståelse
- Spesifikk kompetanse: følge opp legemiddelbehandling ved å observere virkninger/manglende effekt/bivirkninger, vurdere og rapportere endringer i pasientens tilstand, legge til rette for forskning, arbeide kunnskapsbasert, håndtere velferdsteknologi, kunnskap om lokale helseutfordringer og epidemiologi (1)

TEKSTBOKS 2

Tilgjengelig kompetanse i helse- og omsorgstjenester i kommunen

Alle grupper helse- og omsorgspersonell i kommunene ser ut til å ha kompetanse i:

- Kjernekompetanse: assistanse i forhold til dagliglivets aktiviteter, medisinsk og sykepleieteoretisk kunnskap
- Kompetanse relatert til samarbeid og interaksjon: samarbeid med pasient og pårørende
- Spesifikk kompetanse: kunnskap om det spesielle ved helse- og omsorgstjenester i kommunen, for eksempeltjenester og fordeler tilgjengelig for pasienter, og bruk av IKT

Sykepleiere i helse- og omsorgstjenester i kommunen har i tillegg følgende kompetanse:

- Overordnet forutsetning: bred erfaring som sykepleier, mental styrke og selvtillit til å ta avgjørelser på egen hånd, sykepleiervurderinger og tekniske ferdigheter
- Kompetanse relatert til samarbeid og interaksjon: pedagogisk kompetanse og ledelse i forhold til annet helse- og omsorgspersonell
- Spesifikk kompetanse: kunnskapsbasert praksis og medisinhåndtering (1)

arbeidere hadde nest høyest kompetanse og assistenter hadde lavest kompetanse. Det var allikevel slik at selv om det var mye kompetanse totalt sett, så manglet alle grupper av helse- og omsorgspersonell, også sykepleiere, en del kompetanse på følgende områder:

- sette i gang påkrevd sykepleietiltak til rett tid
- palliativ kartlegging med verktøy som Liverpool Care Pathway og Edmonton Systematic Assessment System
- utføre jevnlig pasientobservasjoner som puls, blodtrykk, temperatur og respirasjonsfrekvens
- trening i avanserte prosedyrer som stell av sentralt venekateter, håndtere intravenøs pumpe, administrere intravenøse medikament, punktere via VAP, legge inn urinkateter, intramuskulær injeksjon, håndtere dren, ta blodprøve og håndtere EKG
- kontinuerlig sykepleiedokumentasjon som å utvikle og oppdatere sykepleieplan, skrive sykepleierapport for utskrivelse/overføring av pasient, og oppdatere IPLOS (3)

Det er flere begrensninger i denne kartleggingen av kompetanse, som for eksempel at det ikke er et representativt utvalg av norske kommuner som er med, at en svarprosent på 35 prosent er relativt lav, og at det er første gang spørreskjemaet utprøves. Resultatene fra kartleggingen vil dermed i beste fall kun være en indikasjon på at det er kompetansemangler i helse- og omsorgstjenester i de ni deltagende kommunene i studien. Oppsummert kan resultatene indikere at det mangler kompetanse på kliniske områder innen sykepleiefaget som kan oppsummeres i følgende:

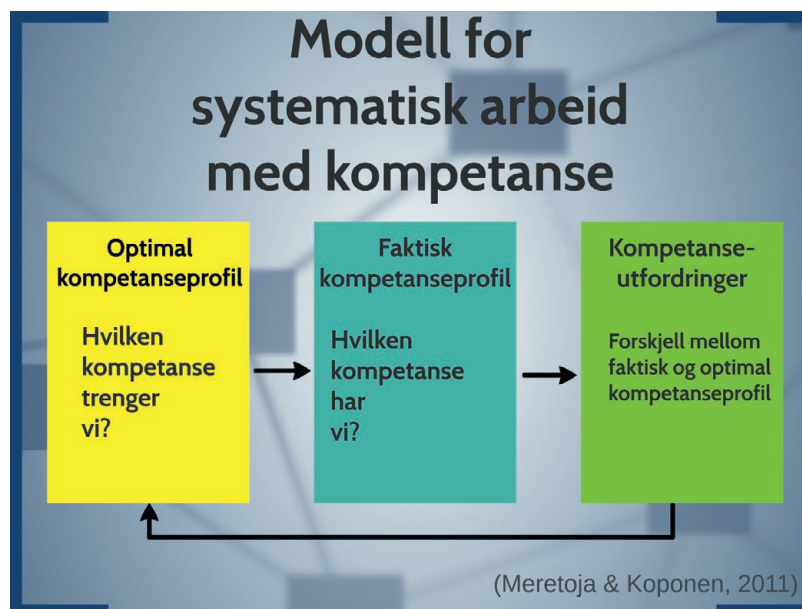
- gjøre de riktige pasientobservasjonene
- gjenkjenne sykdomsforverring
- sette i gang riktig sykepleietiltak til rett tid
- håndtere omfanget av prosedyrer som kan forventes
- dokumentere sykepleie

Denne indikerte kompetansemangelen i noen helse- og omsorgstjenester i Norge kan nok delvis forklares med at pasientene har blitt sykere og trenger mer behandling og helsehjelp etter innføringen av Samhandlingsreformen. En rapport fra 2013 konkluderte med at norske kommuner ikke hadde tilbudt eller lagt til rette for kompetanseheving for å sikre tilstrekkelig kompetanse for å møte dagens komplekse behov for helsehjelp i kommunene (4). Dette er nå noen år siden og det er gode muligheter for

at nye kompetansekartlegginger ville vist høyere kompetanse totalt sett, og mellom de ulike yrkesgruppene.

Det kan allikevel se ut som norske kommuner har en kompetanseutfordring ettersom loven krever tilstrekkelig kompetanse til å utføre faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp i tråd med pasientenes behov for helsehjelp (5), og forskning peker i retning av at kommunene ikke har tilstrekkelig kompetanse (1-3). For å begynne på arbeidet med å tette kompetansegapet er det etter min mening viktig å basere planer, strategier og ikke minst tiltak på analyser av hvilken kompetanse som faktisk mangler i helse- og omsorgstjenestene. Her kan modellen til noen finske sykepleieforskere være til hjelp. Denne modellen er enkel og viser at man først bør stadfeste hvilken kompetanse man trenger i en tjeneste (slik vi gjorde i studie 1 og 2), deretter bør man kartlegge kompetansen man har tilgjengelig (slik vi gjorde i studie 3), for så å finne fram til kompetansehullene ved å sammenligne det man trenger av kompetanse med det man faktisk har (6) (figur 1). Ved å jobbe systematisk og analysere fram kompetansehull på denne måten har ledere i helse- og omsorgstjenester i kommunene mulighet til å svare på spørsmålene: Hva bør vi egentlig kunne og hvordan finne ut av det?

■ pb@usn.no



Figur 1. Modell for systematisk arbeid med kompetanse

REFERANSER

1. Bing-Jonsson PC, Bjørk IT, Foss C. The competence gap in community elderly care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2015.
2. Bing-Jonsson PC, Bjørk IT, Hofoss D, Kirkevold M, Foss C. Competence in advanced older people nursing: development of 'Nursing older people – Competence evaluation tool'. *International Journal of Older People Nursing*. 2015;10:59-72.
3. Bing-Jonsson PC, Hofoss D, Kirkevold M, Bjørk IT, Foss C. Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nursing*. 2016;15(5).
4. Gautun H, Syse A. The Coordination Reform. How do community health services receive the increased amount of patients submitted from hospitals? [In Norwegian]. NOVA – Norwegian Social Research, 2013.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). In: Omsorgsdepartementet H-o, editor. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 1999.
6. Meretoja R, Koponen L. A systematic model to compare nurses' optimal and actual competencies in the clinical setting. *J Adv Nurs*. 2012;68(2):414-22.

«I verdighetens navn»

– om verdighetsbevarende omsorg for personer med demens¹

Mange som lever med demens opplever at deres verdighet blir truet.
Hvordan kan dette forebygges? Hva bidrar til å verne om deres opplevelse
av verdighet i hverdagen?

Forskning viser at opplevelse av verdighet er viktig for menneskers livskvalitet (1). Sentrale internasjonale organisasjoner som De forente nasjoner (2), Den europeiske union (3), Verdens Helseorganisasjon og Alzheimer's Disease International (4, 5) understreker at verdighet er en iboende menneskelig kvalitet, og at alle mennesker har rett til å bli behandlet med verdighet. Hvert menneske er unikt, og på tross av alle ulikheter er alle mennesker likeverdige. Alle har samme menneskeverd, og alle har like menneskerettigheter. Det er dette prinsipp som ligger til grunn for menneskerettighetserklæringen (2). Som mennesker har vi et behov for å oppleve at vårt liv er et liv i verdighet – at vår verdighet ikke blir krenket og tilintetgjort, men blir bevart og vernet om – også når vi erfarer sykdom og lidelse.

Personer med demens er en sårbar pasientgruppe hvor mange opplever at deres verdighet blir truet. Det er derfor viktig at helse- og omsorgspersonell utvikler holdninger og handlinger som verner om verdigheten til dem som lever med demens (1,6). Nasjonale demensplaner utvikles nå i en rekke land, og disse bidrar til å øke oppmerksomhet på viktigheten av å verne om denne pasientgruppens verdighet.

*«Hvert menneske
er unikt, og på tross
av alle ulikheter er
alle mennesker
likeverdige.»*

Demensplanene har således gode intensjoner, men kan samtidig sies å ha store videreutviklingspotensialer (7). Kunnskapen om hva som bidrar til å bevare verdigheten til personer med demens er fortsatt begrenset, og det er behov for mer forskning om dette. Målet med denne studien var derfor å undersøke og beskrive sentrale aspekter som bidrar til opplevelse av verdighet i hverdagen hos personer med demens (8).

Metode

Studien (8) anvender en kvalitativ og fortolkende tilnærming (9), der hensikten var å oppnå økt forståelse av hva som skaper opplevelse av verdighet i hverdagen for personer med demens. Vi gjennomførte forskningsintervju (10) med elleve personer – fem kvinner og seks menn i alderen 64–85 år – som alle bodde hjemme sammen med sin ektefelle. Deltakerne ble rekruttert ved to hukommelsesklinikker i Norge. Alle hadde mild til moderat demens og hadde hatt demensdiagnosen fra tre måneder til tre år. Det samlede datamaterialet besto av 190 sider transkribert intervjuetext som ble analysert og fortolket gjennom bruk av Gadamer's (11) hermeneutiske tilnærming.

1. Artikkelen er en norsk revidert versjon av: Tranvåg O, Petersen KA, Nåden D. Crucial dimensions constituting dignity experience in persons living with dementia. *Dementia*, 2016; 15(4): 578–595. Published online April 17. doi: 10.1177/1471301214529783. Her finnes mer informasjon om undersøkelsens forskningsetiske godkjenning, en mer utfyllende beskrivelse av metode og diskusjon.

Etiske overveielser

Personer som lever med demens erfarer daglig de utfordringene demenssykdommen medfører. I dette forskningsprosjektet henvendte vi oss til personer med demens med en forespørsel om å delta i intervju samtaler om opplevelser og erfaringer knyttet til et sensitivt tema; deres verdighet. Det var derfor viktig å skape en ramme for rekruttering, datasamling, analyse og rapportering der ikke-skade prinsippet, og respekten for den enkelte deltakers ønske og behov (12), ble førende prinsipper for forskningsprosessen. Moralsk sensitivitet overfor deltakernes sårbarhet (13), og anerkjennelse av den enkeltes iboende verdighet, personlige integritet, autonomi og livshistorie (14), var derfor forskningsetiske standarder for denne studien.

Resultat

Studien identifiserte tre aspekter som var særlig viktige for deltakernes opplevelse av verdighet i hverdagen: Å kunne anerkjenne seg selv, sitt menneskeverd, og leve i tråd med verdier som gir livet mening; å kunne anerkjenne sin egen livshistorie og erfare hvordan denne beriker livet her og nå, og; å kunne erfare andre menneskers inkluderende holdning og bekreftelse som likeverdig person i fellesskapet:

Å kunne anerkjenne seg selv, sitt menneskeverd og leve i tråd med verdier som gir livet mening

Deltakerne i studien opplevde at demenssykdommen bidro til å gjøre hverdagen mer utfordrende. Tiltagende problemer med hukommelsen gjorde det vanskeligere å planlegge og gjennomføre oppgaver i hverdagen – daglige gjøremål som de tidligere ikke hadde hatt vansker med å utføre. Opplevelsen av ikke lenger å strekke til var vond å kjenne på. Over tid utfordret dette deres selvfølelse og selvaktelse, og mange opplevde at deres verdighet ble truet. De gjennomlevde en «indre kamp», hvor de i et kaos av tanker og følelser forsøkte å holde fast på sin selvaktelse og sin opplevelse av egenverd og likeverd. Denne indre kampen var ofte en ensom kamp hvor mange søkte å finne svar på det grunnleggende eksistensielle spørsmålet: «Har jeg mistet mitt menneskeverd?»

To viktige kilder som hjalp dem til å svare nei på dette spørsmålet var opplevelsen av fortsatt å ha en *iboende verdighet*, og behovet for fortsatt å leve *et liv i verdighet*. Å fortsette å anerkjenne seg selv som et verdifullt og likeverdig menneske ble viktig da dette bidro til å verne om deres identitet, beskytte dem mot tap



av selvaktelse, og bevare det studien omtaler som deres indre verdighet. En av deltakerne ordla seg slik om sin indre kamp for å bevare sin verdighet i hverdagen: «Jeg går som regel oppreist ... selvfølgelig handler det om verdighet ... men ... den er jo ikke like god å opprettholde når en har en slik diagnose... det er litt vanskelig ... men jeg vil jo gjerne bli oppfattet som ... en person som greier seg bra ... det er viktig ... har alltid vært vant til ... at jeg har blitt sett opp til ...»

Deltakernes verdighet handlet også om å kunne fortsette å leve i tråd med de normer og verdier de hadde bygget livet sitt på. Å kunne leve i samsvar med sitt *etiske jeg* var viktig for deres selvaktelse. Bevisstheten om hvem de var, og hvordan de ønsket å være, bidro til å verne om deres opplevelse av verdighet i hverdagen. En av dem uttrykte dette slik: «... det handler om verdier, det har med verdier å gjøre. Også om oppførsel, hvordan oppfører du deg, ikke sant? Og være høflig, og prøve å være ... ja ... anstendig menneske».

Opplevelse av verdighet var også knyttet til det å kunne delta i meningsfulle aktiviteter. Å ha mulighet til daglige spaserturer var en slik verdsatt aktivitet som i tillegg til å gi dem anledning til å bruke kroppen, også bidro til å opprettholde kontakten med omverdenen og motvirke passivitet og ensomhet. En av deltakerne sa følgende om den betydningen spaserturene hadde for henne: «... jeg liker å gå turer, og øve meg og trene meg og ... jeg klarer å gå turer ... dette er min store glede ... hver dag... gå tur ... ville fortsette ... bare for å orke ... å leve ... jeg klarer å gå ... det vil jeg ... min største glede... helst i skogen, det er det beste ...»

Verdighet i hverdagen var også knyttet til det å kunne bidra med erfaringer og kunnskaper i møte med andre mennesker, for eksempel å kunne delta i samtaler: «... at jeg kan være til stede og være med i praten, det er viktig ... for da klarer en å følge med, og da har en noe å bidra med også ... og da er man nødt til å følge med så godt som en kan ... så du har noe å bidra



Ill.foto: Martin Lundsvoll

«Verdighet i hverdagen var også knyttet til det å kunne bidra med erfaringer og kunnskaper i møte med andre mennesker», skriver Oscar Tranvåg.

med ...», samt å ha muligheten til å utføre konkrete arbeidsoppgaver som ga dem opplevelsen av at de var mennesker som fortsatt kunne mestre mange av dagliglivets gjøremål. En av deltakerne som hadde fått muligheten til å fortsatte å delta i en arbeidsgruppe med ansvar for vedlikehold av det lokale menighetshuset, sa det slik: «... hjelper meg 'å holde hjulene i gang' ... så kan jeg fungere ... som gulvlegger, teppelegger, som maler ... skifter lyspærer ... lov til å være med og gjøre en hel masse sånne ting ... og bare hva det har av verdighet ... i stedet for å si at 'du er for gammel nå ... kan ikke bruke deg lenger' ... får lov til å være med på noe som gjør oss verdifulle, og det synes jeg er menneskeverd». Opplevelsen av at arbeidet også hadde verdi for andre, ga styrke til følelsen av å være bidragsyter og deltaker i felleskapet.

Å kunne anerkjenne sin egen livshistorie og erfare hvordan denne beriker livet her og nå

Etter å ha fått demensdiagnosen fikk livshistorien en viktig betydning – som kilde til opplevelse av det studien vil omtale som *livshistorisk verdighet*. Å kunne snakke om viktige begivenheter og livsprosjekter hadde stor verdi for dem. Å kunne sette ord på hva de hadde opplevd i livet – hva de hadde oppnådd og fått

«Å kunne snakke om viktige begivenheter og livsprosjekter hadde stor verdi for dem.»

til – bidro til å bekrefte dem som mennesker med en fortid som også kunne anerkjennes og snakkes om i deres hverdag her og nå. Da deres sviktende hukommelse ikke i samme grad rammet minnene fra fortiden, var tema som omhandlet tidligere livsfaser ofte erfart som tryggere å snakke om. Mange hadde gode minner fra egen barndom og oppvekst, og verdsatte den oppdragelse de hadde fått. Selv nå, mange år senere, var de grunnleggende verdier de hadde med seg fra sine røtter fortsatt en viktig kilde til opplevelse av verdighet. En uttrykte dette slik: «... min far ... han var pølsemaker. Han stod i et pølsemakeri i store deler av sitt liv... og så var han alltid i godt humør... det var jo ikke mye penger i min familie ... men det var mye godhet, det var mye ånd, det var mye kjærlighet ... en klok mor lærte meg at det er ikke det (penger) som betyr noe, det er hvordan man har det seg imellom som er det viktigste ... så det passet meg bra ...»

Alle deltakerne i denne studien hadde ektefelle, barn, barnebarn. Noen hadde også oldebarn. Deres opplevelse av verdighet var også forankret i deres stolthet og takknemlighet over å ha etablert sin egen familie: «... hun (konen) er jo 'putene under armene på meg' ... passer på meg ... vi har hatt et rikt liv i veldig mange år ... og når barnebarna kommer (og roper) 'Farfar!' ... det er jo en av de fantastiske velsignelsene når et av barnebarna kommer med hendene i været og skal til 'Farfar!' ... så det at vi da får lov til å leve i gode relasjoner med hverandre ... som nær familie ...»

Minner fra deres tidligere arbeidsliv var også en sentral kilde til verdighetsopplevelser her og nå. Å ha mulighet til å snakke om gode erfaringer, og mål en hadde nådd gjennom et langt arbeidsliv, var svært verdsatt. En deltaker som hadde vært bedriftsleder, ordla seg slik: «... blant de som var der (jobbet der) ... personer med psykisk utviklingshemming ... og de var veldig glade for at jeg var der ... så begynte jeg å fortelle dem at vi kanskje klarer å være her uten å motta støtte (offentlig økonomisk støtte) ... bli et firma som tjente sine egne penger. Så det var sånne store øyeblikk for meg. Du blir så glad, så stolt ... og du blir så varm innvendig. Det handler mere om ... det man presterer som leder ... og hva det betyr av verdighet for dem som er involvert i prosessen». Selv om deltakelse i arbeidslivet tilhørte fortiden bidro gleden og stoltheten over å ha hatt et meningsfullt arbeid – og det å ha bidratt til økt velferd for enkeltmennesker og samfunn – til å bevare deres selvaktelse og livshistoriske verdighet.

Å kunne erfare andre menneskers inkluderende holdning og bekreftelse som likeverdige person i fellesskapet

Å leve med demens innebar erfaringer, hvor oppgaver som tidligere ikke hadde representert noe problem – etterhvert ble vanskeligere å utføre. Dette gjorde dem sårbare, og i sårbarheten ble opplevelsen av verdighet påvirket av de holdningene andre personer møtte dem med. Flere opplevde at det eksisterte en noe nedlatende holdning blant folk i deres nærmiljø som hadde blitt kjent med deres demensdiagnose. Deltakerne hadde også en opplevelse av at det generelt i samfunnet eksisterte en stigmatiserende holdning overfor personer med demens. Slike erfaringer var med på å svekke deres selvaktelse og true deres opplevelse likeverdighet. Når de derimot opplevde å bli inkludert i et meningsfullt fellesskap med andre, hvor en ble respektert og anerkjent som «den en er», bidro dette til å bekrefte deres identitet, egenverd og likeverd. En av dem uttrykte seg slik om dette verdighetsbevarende aspektet: «... verdighet for meg ... er å bli sett ... slik som jeg er ... og ikke bli ... jeg vil ikke bli sett slik som noen tror at jeg er». En annen ordla seg på denne måten: «... bli akseptert og ... respektert ... (at andre) godtar meg som seg selv egentlig, på en måte... at du er like mye verdt som den du snakker med». Når slike holdninger og mellommenneskelige kvaliteter preget relasjonene til ektefelle, barn, barnebarn, oldebarn og venner – samt ble erfart i samhandlingen med helsepersonell – så bidro dette til å fremme opplevelsen av å være del av et meningsfullt fellesskap som bekreftet det studien omtaler som deres «relasjonelle verdighet».

For noen av deltakerne var deres religiøse livssyn en viktig kilde til mening i hverdagen. Opplevelsen av å ta del i et større fellesskap utover det rent jordiske – forankret i religiøs overbevisning og nærhet til sin Gud – bidro til å gi dem en trygg og verdighetsbevarende forankring. En uttrykte seg slik om dette: «... verdighet innenfor det hellige, det edle eller det kristne ... det sitter nok også veldig dypt i mitt liv ... en edel tro ... den har verdi, og ... den delen som jeg kaller 'det kristne livet'. Kjærlighet og gudstro er edelt ... verdifullt ... jeg er veldig takknemlig ... (...)... jeg er tilfreds, og ... at jeg synes jeg har det godt ... er trygg ... jeg har mange sånne sider ... det berører meg ... gir meg en tilhørighet ... en velsignelse ... for meg en verdi i alle høyeste grad». Denne tilhørigheten var for flere av deltakerne en kraftkilde som bekreftet deres egenverd som menneske.

Flere knyttet også verdighet i hverdagen til de vakre og sterke opplevelsene de kunne ha i møte med naturen. Å kunne være ute i naturen – nyte den og fange inn dens mektige kraft – ga berikende opplevelser som deltakere trakk frem som verdighetsbevarende erfaringer. En av dem uttrykte seg slik om hvor viktig fellesskapet med naturen var for ham: «... for eksempel bare ut vinduet der nå: Se det lyset der ... sola der ... nyte det! Og sånn som nå når jeg var ute ... så gikk jeg opp på åsen der for å få med meg mest mulig av synet av det ... stod der og koste meg. Sønne opplevelser synes jeg er store, de er mektige ... det er en stor dimensjon som jeg setter veldig pris på».

Avsluttende refleksjoner og anbefalinger

I lys av studiens resultater argumenteres det her for viktigheten av å vektlegge følgende tre tiltak innen verdighetsbevarende omsorg for personer med demens: Å være en støtte i personens indre kamp, og bidra til opplevelse av en meningsfull hverdag i tråd med personens livsverdier; å anerkjenne personens livshistorie og gjøre aktiv bruk av denne, og; å legge til rette for at personen fortsetter å være en naturlig del av det sosiale fellesskapet.

Å være en støtte i personens indre kamp, og bidra til opplevelse av en meningsfull hverdag i tråd med personens livsverdier: Å leve med demens kan medføre negative erfaringer som kan utfordre personens selvaktelse. Dette er en vond erfaring som over tid også kan true opplevelsen av menneskeverd og likeverd. Som omsorgsgiver er kunnskap om den indre kampen som mange gjennomlever derfor viktig. Slik kunnskap vil øke forståelsen for den krevende situasjon mange erfarer, samt bidra til innsikt i hvilken omsorg som kan verne om deres *indre verdighet*. Verdighetsbevarende omsorg handler om å møte personer med demens med holdninger og handlinger som uttrykker og synliggjør omsorgsgiverens anerkjennelse av deres menneskeverd. Når omsorgsgiveren har et ekte ønske om å tilbringe tid sammen med personen, og viser at en bryr seg om henne/ham – så vil omsorgsgiveren gjennom sin anerkjennelse og respekt bidra til å bekrefte personens egenverd og likeverd. Opplevelse av verdighet er også nært knyttet til opplevelsen av mening i hverdagen. Mennesker med demens har like stort behov for å ha en meningsfull hverdag som andre. Verdighetsbevarende omsorg innebærer derfor å medvirke til at personer med demens får anledning til å ta del i det som for den enkelte oppleves

«Minner fra deres tidligere arbeidsliv var også en sentral kilde til verdighetsopplevelser her og nå.»

som givende, meningsfulle aktiviteter. Verdighetsbevarende omsorg innebærer også å legge til rette for at den enkelte skal kunne fortsette å leve i tråd med de verdier som hadde ledet dem gjennom livet.

Å anerkjenne personens livshistorie og gjøre aktiv bruk av denne: Hvert menneske har sin unike livshistorie. Denne inneholder begivenheter og livsprosjekter som er viktige for den enkelte og som bidrar til å gjøre personen til den hun/han er. I denne studien fant vi at viktige livserfaringer knyttet til barndom og oppvekst, etablering av egen familie, samt tidligere arbeidsliv, bidro til å bekrefte deres identitet og stadfeste dem som mennesker som hadde tatt del i verdifulle ting i livet. Livshistorien kan dermed være en kilde til opplevelse av livshistorisk verdighet dersom denne gis oppmerksomhet og plass i den daglige omsorgen. Verdighetsbevarende omsorg innebærer således å legge til rette for at meningsfulle minner fra fortiden kan tre frem og berike personens hverdag her og nå.

Å legge til rette for at personen fortsetter å være en naturlig del av det sosiale fellesskapet: Personer som lever med demens kan ha en tendens til å trekke seg bort fra sosiale sammenhenger. Sviktende selvaktelse og frykt for å komme i situasjoner de ikke mestrer kan være årsak til dette. Opplevelse av andre menneskers nedlatende holdninger kan også føre til sosial tilbaketrekning, og øke faren for isolasjon og ensomhet. Denne studien viser at verdighet hos personer som lever med demens også er knyttet til deres opplevelse av å være inkludert, som et likeverdig menneske. Verdighetsbevarende omsorg innebærer derfor å legge til rette for at den enkelte kan oppleve å være en del av et inkluderende sosialt fellesskap som anerkjenner og bekrefter deres relasjonelle verdighet. I denne sammenheng innebærer verdighetsbevarende omsorg også å legge til rette for at personer med religiøs tro kan oppleve nærhet og fellesskap med sin Gud, og at de som finner verdighet i hverdagen gjennom vakre og mektige naturopplevelser fortsatt får mulighet til å erfare dette fellesskapet med naturen.

Sammenfatning

Studien identifiserer tre sentrale aspekter som bidrar til opplevelse av verdighet hos personer med demens: Å kunne anerkjenne seg selv, sitt menneskeverd, og å leve i tråd med verdier som gir livet mening; å kunne anerkjenne sin egen livshistorie og erfare hvordan denne beriker livet her og nå, og; å kunne erfare andre menneskers inkluderende holdning og bekreftelse som likeverdig person i fellesskapet. Familie, venner og helsepersonell er sentrale i omsorgen for dem som lever med demens. Verdighetsbevarende omsorg innebærer å være en støtte i personens indre kamp, og bidra til opplevelse av en meningsfull hverdag i tråd med personens livsverdier (verne om personens indre verdighet); å anerkjenne personens livshistorie og gjøre aktiv bruk av denne (gyldiggjøre personens livshistoriske verdighet), og å legge til rette for at personen får oppleve å være del av et inkluderende og bekreftende sosialt fellesskap (oppretholde personens relasjonelle verdighet). På det overordnede plan innebærer verdighetsbevarende omsorg å anerkjenne og bekrefte personer med demens sitt iboende menneskeverd og likeverd.

■ Oscar.tranvåg@hvl.no

REFERANSER

1. Manthorpe J, Iliffe S, Samsi K, Cole L, Goodman C, et al. Dementia, dignity and quality of life: Nursing practice and its dilemmas. *International Journal of Older People Nursing* 2010; 5: 235-244.
2. United Nations. The Universal Declaration of Human Rights. <http://www.un.org/en/documents/udhr/> (08.11.2016).
3. European Union. Alzheimer Cooperative Valuation in Europe (ALCOVE). Rights, autonomy and dignity in people with dementia. Synthesis report 2013, http://www.alcove-project.eu/images/synthesis-report/ALCOVE_SYNTHESIS_REPORT_WP7.pdf (09.11.16).
4. World Health Organization. A declaration on the promotion of patients' rights in Europe. Amsterdam, 1994, http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration_1994.pdf (09.11.16).
5. World Health Organization and Alzheimer's Disease International. Dementia: A public health priority. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf (09.11.16).
6. Gastmans C. Dignity-enhancing nursing care: a foundational ethical framework. *Nursing Ethics* 2013; 20: 142-149.
7. Tranvåg O. (2015) Dignity-preserving care for persons living with dementia. Doctoral Thesis, Bergen, University of Bergen. <http://bora.uib.no/handle/1956/11408>.
8. Tranvåg O, Petersen KA, Nåden D. Crucial dimensions constituting dignity experience in persons living with dementia. *Dementia*, 2016; 15(4): 578-595. Published online April 17. doi: 10.1177/1471301214529783.
9. Cohen L, Manion L. *Research Methods in Education*. 4. ed. London: Routledge, 1994.
10. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2015.
11. Gadamer HG. *Sannhet og Metode*. Oslo: Pax Forlag A/S, 2010.
12. Hellström I, Nolan M, Nordenfelt L, Lundh U. Ethical and methodological issues in interviewing persons with dementia. *Nursing Ethics* 2007; 14: 608-619.
13. Heggstad AK, Nortvedt P, Slettebø Å. The importance of moral sensitivity when including persons with dementia in qualitative research. *Nursing Ethics* 2013; 20: 30-40.
14. Nordenfelt L. The varieties of dignity. *Health Care Analysis* 2004; 12: 69-81.

LANDSDEKKENDE HELGEKURS 2017

For unge i alderen 18-30 år

Vestfold 31. mars - 2. april

Trøndelag 15. - 17. september

Utgifter til reise og opphold vil bli dekket

For informasjon om tilbudet:

Prosjektleder Inger Molvik tlf. 977 01 058

eller send e-post til

helgekurs@aldringoghelse.no

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse er ansvarlig for gjennomføringen av *Tid til å være ung?*

Tiltaket er en del av pårørendesatsingen i *Demensplan 2020*, og gjennomføres på oppdrag fra Helsedirektoratet.

WWW.ALDRINGOGHELSE.NO/HELGEKURS



NYE BØKER FRA



Aldring og helse

Nasjonal kompetansetjeneste

Torhild Holthe, Anne Britt Kjeldsberg og Vigdis Sværen

TEMAHEFTE

Velferdsteknologi og kognitive hjelpemidler til personer med demens

Det er i dag store forhåpninger til at velferdsteknologi kan gjøre hverdagen enklere og tryggere for personer med demens og deres pårørende hjemme, og for beboere og ansatte i omsorgsboliger og institusjoner.

Målgruppen for temaheftet er ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som gir tjenester til personer med demens. Målet er å vise mulighetene og å heve kompetansen om bruk av velferdsteknologi og kognitive hjelpemidler for denne pasientgruppa og deres pårørende.



ISBN 978-82-8061-321-9

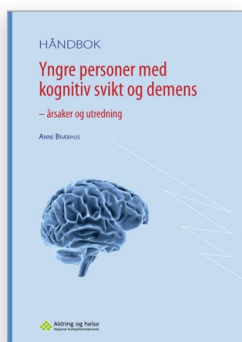
kr 60,-

Anne Brækhus

Yngre personer med kognitiv svikt og demens

– årsaker og utredning

Å utrede og diagnostisere kognitiv svikt og demens hos personer under 65 år er en utfordrende oppgave som krever lang erfaring og spesialkompetanse. Denne håndboka er primært rettet mot fagpersoner som arbeider med utredning og diagnostisering av yngre personer hvor det er mistanke om kognitiv svikt og demens. Håndboka vil også være nytting for fagfolk i spesialist- og kommunehelsetjenesten som i sitt arbeid møter personer med demens.



ISBN 978-82-8061-307-3

kr 170,-

For bestilling og mer informasjon:

www.aldringoghelse.no

tlf 33 34 19 50 – post@aldringoghelse.no



Tilbud for pårørende til personer med demens – Demensplan 2020

DEMENSPLAN
2020

Det satses videre på tilbud til pårørende i demens-omsorgen. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har på oppdrag fra Helsedirektoratet ansvar for gjennomføringen av en rekke tiltak. Målet med tilbudene er at deltakerne skal få kunnskap og støtte og mulighet til å dele råd og erfaringer med andre i samme situasjon. Spesialisthelsetjeneste, kommuner, Nasjonalforeningen for folkehelsen og andre frivillige organisasjoner er samarbeidspartnere i arbeidet.

Pårørendeskoler og samtalegrupper

Tilskuddsordning for etablering og drift. Kommuner og spesialisthelsetjeneste kan søke om midler. Det oppfordres til samarbeid med frivillige organisasjoner.

Møteplass for mestring – Demens midt i livet

Landsdekkende kurs for yngre personer med demens sammen med en nær pårørende, fortrinnsvis ektefelle/partner. Det arrangeres seks kurs lagt til landets helseregioner som går over tre til fire dager med overnatting.

Følg med på kriterier og satser for tilskudd til pårørendeskoler og samtalegrupper, datoer og påmelding til landsdekkende tilbud og annen nyttig informasjon: *Pårørende* under www.aldringoghelse.no/Demens, www.hvemsermeg.no og www.tidenflyr.no

Tid til å være ung?

– Når mor eller far har demens

Landsdekkende helgekurs for ungdom/unge voksne i alderen 18–30 år. Kurset går fra fredag til søndag og arrangeres årlig to steder i landet.

Hvem ser meg?

– Når mamma eller pappa med demens

Landsdekkende sommerleir der barn under 18 år deltar sammen med frisk forelder eller annen ressursperson. Leiren arrangeres årlig og går over tre til fire dager. Det er opprettet egne nettsider for barn og ungdom.

Det arbeides med å tilpasse og evaluere tilbud for andre målgrupper som pårørende til eldre innvandrere med demens, pårørende til personer med utviklingshemning og demens, samt pårørende til personer med demens med samisk kulturbakgrunn.



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

FAGSKOLE

To studietilbud for helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere, hjelpepleiere og aktivitører

**DEMENSOMSORG
OG
ALDERSPSYKIATRI**



**UTVIKLINGSHEMNING
OG
ALDRING**

Opptaket starter 1. mars

Studiet starter i august

Informasjon, opptakskriterier og søknadsskjema finnes på nettsidene våre:

www.aldringoghelse.no



Kurs og konferanser 2017

Kursperiode	Tema	Sted	Påmeld. frist
Demens			
14. mars	Velferdsteknologi til personer med kognitiv svikt	OSLO	12. feb.
15. mars	Velferdsteknologi som kommunal tjeneste til personer med kognitiv svikt	OSLO	12. feb.
22.-23. mars	Utredning av demens i kommunehelsetjenesten (1)	TRONDHEIM	16. feb.
3.-4. april	Legekurs – Demenssykdommene, diagnostisering og behandling	OSLO	2. mars
5.-6. sept.	Kursholderkurs i VIPS praksismodell for personsentrert omsorg (2)	OSLO	22. juni
5.-6. sept.	Konferanse – Demensteam	OSLO	22. juni
19.-21. sept.	Basiskurs i demens (1)	ÅLESUND	17. aug.
10.-12. okt.	Basiskurs i demens (2)	FREDRIKSTAD	7. sept.
10.-11. okt. + 22. nov.	Lær å bruke DCM	OSLO	10. sept.
18.-19. okt.	Oppfølging av hjemmeboende personer med demens (2)	MOLDE	14. sept.
25. okt.	Reviderte kognitive tester (2)	BERGEN	24. sept.
15.-16. nov.	Utredning av demens i kommunehelsetjenesten (2)	OSLO	12. okt.
5.-6. des.	Demensdagene 2017	OSLO	1. nov.
7. des.	Erfaringssamling DCM	OSLO	6. nov.
Alderspsykiatri			
5. april	Legekurs – Alderspsykiatri i praksis (1)	ARENDAL	2. mars
24.-26. april	Landskonferanse i alderspsykiatri 2017	HAMAR	1. mars
20.-21. sept.	Psykisk sykdom hos eldre (2)	BODØ	17. aug.
2. nov.	Legekurs – Alderspsykiatri i praksis (2)	OSLO	1. okt.
7. nov.	Rus og legemiddelavhengighet hos eldre	OSLO	8. okt.
Utviklingshemning og aldring			
25.-27. april	Basiskurs – Aldring hos personer med utviklingshemning (2)	TRONDHEIM	23. mars
Funksjonshemning og aldring og utviklingshemning og aldring			
13. sept.	Inspirasjonskonferanse – Hvordan fremme god aktivitet ved aldring hos personer med nedsatt funksjonsevne?	OSLO	20. juni
Geriatrici			
14.-16. mars	Basiskurs i geriatri (1)	PORSGRUNN	14. feb.
9.-11. mai	Basiskurs i geriatri (2)	TRONDHEIM	6. april
22. mai	Hjertesykdom hos eldre	OSLO	20. april
29.-30. mai	Legekurs – Legemiddelbruk hos eldre	OSLO	26. april
25. okt.	Balansetrening og fallforebygging	OSLO	25. sept.
26.-27. okt.	Legekurs – Smerter og palliasjon hos eldre	OSLO	25. sept.

Kurskatalog
på nettet!



For oppdatert informasjon om det enkelte kurset/konferansen henviser vi til *Kursoversikten* på hjemmesiden vår. Her legges kursinvitasjoner med program ut fortløpende – og det er mulighet for direkte nettpåmelding.

Velkommen til våre kurs og konferanser!



SKANN RETT
TIL NETTSIDEN

<http://www.aldringoghelse.no/kurs-og-konferanser>

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
Sentralbord: 33 34 19 50
E-post: post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no



Sykehuset i Vestfold

HELSE SØR-ØST



Oslo
universitetssykehus

Skriv for demens & alderspsykiatri

Tidsskriftet Demens & Alderspsykiatri (D&A) mottar og publiserer fag- og forskningsartikler fra Aldring og helses fagområder; demens, alderspsykiatri og nedsatt funksjonsevne.

– Til D&A kan du også sende en kommentar, kronikk eller et debattinnlegg. Ta kontakt dersom du har noe på hjertet, oppfordrer tidsskriftets redaktør, Bente Wallander.

For å gjøre stoffet tilgjengelig for flest mulig, oppfordres forfatterne å holde seg til et lett forståelig språk. Fremmedord som ikke er alminnelig kjent, skal forklares.

Fagartiklene skal være basert på forskning eller på god og dokumentert praksis, og overskrider sjelden 15 000 tegn med mellomrom. Bilder, grafer og figurer sendes som separate filer. Innsendte artikler skal før publisering leses og godkjennes av minst to av redaksjonskomiteens medlemmer. Redaksjonen forbeholder seg retten til i samråd med forfatter å redigere og forkorte manuskripter.

Retningslinjer for publisering av forskningsartikler til D&A finner du på www.demensogalderspsykiatri.no

Fagartikler sendes elektronisk til bente.wallander@aldringoghelse.no

Forskningsartikler sendes til fagredaktor@aldringoghelse.no

Abonnér på Demens & Alderspsykiatri – et uavhengig fagtidsskrift

Fire utgaver årlig Abonnement per år:
Norge: kr 420,- Norden: kr 500,-

Bestill tidsskriftet:
tidsskriftet@aldringoghelse.no eller telefon 33 34 19 50



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

REDAKTØR
Bente Wallander
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
Postboks 2136, 3103 Tønsberg
Tlf.: 922 96 251
bente.wallander@aldringoghelse.no

REDAKSJONSSEKRETÆR
Toril Utne
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
toril.utne@aldringoghelse.no

FAGARTIKLER SENDES TIL
bente.wallander@aldringoghelse.no

FORSKNINGSARTIKLER SENDES TIL
fagredaktor@aldringoghelse.no



ANSVARLIG REDAKSJONSKOMITÉ
Torhild Holthe, ergoterapispesialist, stipendiat,
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
Øyvind Kirkevold, professor dr.philos. Nasjonal
kompetansetjeneste for aldring og helse

Ellen Melbye Langballe, ph.d., samfunnsviter, fagsjef for
områdene funksjonshemming og utviklingshemning,
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

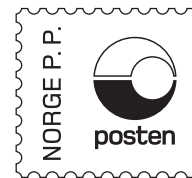
Harald A. Nygaard, prof. emeritus, Institutt for global
helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

Anne Marie Mork Rokstad, ph.d. sykepleier,
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

Marit Tveito, ph.d., seksjonsoverlege Diakonhjemmet
Sykehus, Alderspsykiatrisk avd.

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

www.demensogalderspsykiatri.no



Mønster

Anne Helga Henning ledet det deltakende kunstprosjektet *Mønster*, som ved hjelp av komposisjoner av former i filt tilførte nytt innhold, mestring og glede i hverdagen til ansatte og personer med demens ved Ytterøy Helsetun. Bildet er laget av en pasient.

Foto: Anne Helga Henning.

Det lille ekstra

Aktiviteten er stor i omsorgen for personer med demens eller en alderspsykiatrisk utfordring.

Vi ønsker å vise resultatene av all kreativitet, så som malerier, tekster og bilder.

Send bilder og en kortfattet tekst til bente.wallander@aldringoghelse.no, så kan det bli dere vi lar oss inspirere av i neste utgave.

www.demensogalderspsykiatri.no
tidsskriftet@aldringoghelse.no