

TIDSSKRIFTET

aldring og helse



Aldring – i et
videre perspektiv



AKTUELT

- 4 Hedret for å ha lagt demens og alderspsykiatri under lupen
- 9 Leon Jarners forskningspris 2017
Gir innsikt i livet til yngre personer med demens
- 11 Personer med demens hever egen stemme
- 16 Åse Michaelsen, Norges første eldreminister
– Vil motvirke ensomhet hos eldre
- 20 HELGØYA – der fortid og nåtid smelter sammen
- 25 Mellomlederen:
– Personalledelse er gøy
- 27 Furuset seniorsenter – møtested for pensjonister
og trygdede i alderen 50+
- 30 Et demensvennlig toalett – hva er det?
- 32 Et liv med CP setter sine spor:
– Blir nok en ung pensjonist

YTRING

- 19 Framtidas løsninger for heldøgns pleie
– hva skal det hete og hva skal det være?
Lisbet Rugtvedt, Nasjonalforeningen for folkehelsen

FAG

- 34 Praksis med eldre for profesjonsstudiet i psykologi
i den kommunale helsetjenesten
Claudia Rodríguez-Aranda

VITENSKAP

- 14 Personer med demens som beslutningstakere
Disputas Kari Lislerud Smebye
- 15 Pårørendes opplevelse av dagaktivitetstilbud
Disputas Signe Tretteteig
- 24 Mestring og depresjon hos eldre
Disputas Guro Hanevold Bjørkløf

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

- 38 Delt forståelse og felles forpliktelse
Janne Myhre, Bjørn Lichtwarck, Sverre Bergh



Eldres helse – en hovedsak

Tidligere og nye lesere ønskes med dette velkommen til det nye Tidsskriftet aldring og helse. Ved å ta i bruk utgivers kortform av navn og ansvarsområde får vi anledning til å se og beskrive norsk eldrehelse ut fra et større perspektiv. Eldrebefolkningen vil i årene som kommer øke betraktelig. Mange vil gå sine siste år i møte med betraktelig bedre helse enn tidligere generasjoner, men antallet 90- og 100-åringer med helseutfordringer vil også øke. Behovet for et fagtidsskrift som følger hele eldrehelseområdet synes berettiget. Viktig i denne sammenheng er det å understreke tidsskriftets redaksjonelle uavhengighet. Vi er fortsatt medlem av Fagpressen, og forpliktet til å følge pressens etiske retningslinjer.

At bladet skifter navn innebærer heller ikke at de tidligere hovedfeltene skal neglisjeres. Forskningsartikkelen i denne utgaven presenterer funn fra det alderspsykiatriske området, der ansatte opplever pasientenes komplekse lidelse og sterke appeller som faglig utfordrende. Studien viser at strukturert refleksjon er av betydning for ansattes opplevelse av personlig og profesjonell mestring. Modellen som hittil er brukt ved nevropsykiatriske symptomer ved demens kan vise seg å være et nyttig redskap, også for å styrke personsentrert miljøbehandling og utvikle kognitiv miljøterapi i alderspsykiatrien.

Siden forrige utgivelse har vi i Norge også fått en ny eldreminister. Tidsskriftet aldring og helse har møtt Åse Michaelsen. Det er ingen tvil om fremskrittspartipolitikerens engasjement. Hun er opptatt av sammenhengen mellom eldres sosiale liv og deres psykiske helse, og finner svar på mange av morgendagens utfordringer i Regjeringens folkehelsesatsing og reformen *Leve hele livet*. Det finnes mange gode argumenter for å løfte eldrehelsen og styrke samfunnets aldersvennlighet, men hvor smart det er å splitte ansvaret for helse og omsorg etter alder gjenstår å se. I mellomtiden kan vi ikke annet gjøre enn å ønske henne lykke til med viktige oppgaver!

Bente Wallander
redaktør

bente.wallander@aldringoghelse.no

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



LAYOUT/TRYKK
BK Grafisk, Sandefjord (TAa)

Det redaksjonelle arbeidet er
avsluttet 1. mars 2018.



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

TIDSSKRIFTET ALDRING OG HELSE
utkommer fire ganger i året.

Abonnement koster per år:
Norge: kr 420
Norden: kr 500
Skriftlig oppsigelse.

Illustrasjon forside:
Stein Likvern





Geir Selbæk har sansen for det gode liv.
Her på Aldring og helses Lillehammer-kontor.

Hedret for å ha lagt demens og alderspsykiatri under lupen

Bente Wallander (tekst) / Martin Lundsvoll (foto)

– For meg er det å jobbe for åpenhet, større bevissthet i samfunnet og en bedre hverdag for de det gjelder, nesten like viktig, som å finne en kur mot demens, sier professor og psykiater Geir Selbæk, som mottok Nasjonalforeningen for folkehelsens Demensforskningspris 2018.

Navn	Geir Selbæk
Alder	54 år
Familie	Gift med Grethe. To sønner og en datter i alderen 17–26 år
Bor	Lillehammer
Stilling	Forskningssjef, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, professor ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, forskningskonsulent ved Alderspsykiatrisk forsknings-senter, Sykehuset Innlandet
Aktuell	Ble i februar tildelt Nasjonalforeningen for folkehelsens Demensforskningspris 2018

Geir Selbæk vokste opp i Lensvika utenfor Trondheim, men flyttet fra familie og hjemsted 18 år gammel for å dra i militæret. Nærheten til det maritime ble beholdt, men bølgeskvulp og sjøsyke slapp Geir, som i marinen ble titulert fjernskriverkryptooperatør.

– De færreste vet vel i dag hva dette innebærer, men vi kommuniserte ved hjelp av papirremser med hull. Når vi satte remsene inn i en leser med et hullkortsystem, ble kodede meldinger sendt. Det ble en fin erfaring for meg. Takket være den fikk jeg i studietida jobb som fjernskriveroperatør i et skipsmeglerfirma.

Du begynte på legestudiet i 1984. Hvorfor det?

– For å være ærlig var det litt tilfeldig. Jeg klarte meg godt på skolen og hadde en forventning om å bruke evnene mine til noe. Men til hva var jeg slett ikke sikker på. Det tok ganske lang tid før jeg fant ut at jeg hadde havnet på rett hylle.

Etter endt studietid og turnustjeneste ville Geir og kona Grethe gjerne tilbake til Lillehammer, der Geir hadde gjort unna den første delen av turnustjenesten sin. Med på flyttelasset var familiens førstefødte. Nok en gang spilte tilfeldighetene inn.

– Jeg forhørte meg litt rundt for å finne ut hvor de kunne garantere oss barnehageplass. Det kunne de bare på psykiatrisk poliklinikk her i byen, så da begynte jeg der. Da jeg etter noen års jobbing med psykiatri og litt nevrologi savnet det somatiske, fant jeg alderspsykiatrien, som kombinerer de to fagfeltene og inkluderer så mye annet.

Forskerspire i vekst

Geir spesialiserte seg i psykiatri ved akutt-psykiatrisk tjeneste i Tønsberg i 1999.

– Jeg var allerede den gang nysgjerrig på demensutredning, og reiste til og med oppom Sem for å hilse på de som hadde ansvaret for demensutredning ved det daværende Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, husker han.

Tilbake på Lillehammer igjen arbeidet Geir først som konstituert overlege ved psykiatrisk poliklinikk, deretter i samme stilling ved Sanderud sykehus. Fra 2003 til 2013 var han overlege ved DPS i Lillehammer. Mens han fortsatt jobbet klinisk påbegynte han sitt doktorgradsarbeid.

– Jeg hadde fra starten av ingen ambisjoner om å drive med forskning, det var først i 2004 at den interessen ble vekket. Jeg avtalte da et møte med professor Knut Engedal for å drøfte mulighetene. Knut var først ganske kjølig, og minnet meg på alt jeg måtte gjøre dersom jeg ville forske. To dager senere ringte han meg tilbake og spurte om jeg fortsatt var interessert. Vi utformet så et prosjekt sammen, som ble gjennomført med penger fra Helse Sør-Øst.

Foruroligende forskjeller

I 2008 disputerte Geir Selbæk over avhandlingen *Behavioural and psychological symptoms of dementia in Norwegian nursing homes – prevalence, course and association with psychotropic drug use*. To «sannheter» ble funnet og etablert gjennom hans doktorgradsarbeid: At 80 prosent av beboere på norske sykehjem hadde demens, samt at det var utstrakt bruk av psykofarmaka, på en nærmest litt planløs måte.

– Inkludert i doktorgradsarbeidet var 26 sykehjem i fire fylker. Jeg gjorde det meste av prosjektadministrasjonen på egenhånd, så det ble mye reising i en periode. Størst inntrykk gjorde det på meg at sykehjemmene jeg besøkte var så ulike. Ikke bare med hensyn til materielle og menneskelige ressurser, men også med tanke på etablerte pleie- og omsorgstradisjoner.

Ulikhetene vekket ikke bare Geirs personlige interesse, den medførte også et stadig sterkere faglig engasjement.

– Jeg så for eksempel stor forskjell på hvordan man behandlet psykoser og urotilstander. Dette minnet meg om viktigheten av et godt faglig skjønn, men også på hvorfor det bør etableres standarder, et felles grunnlag for hvordan vi skal jobbe.

«... det ligger mye kreativitet i det å få ideer til studier, planlegging og gjennomføring.»

Fra forskning til felt

Etter at interessen for forskning først var vekket, gikk det, slik det ofte gjør med Geir, rasende fort. Mens han fortsatt arbeidet med doktorgraden sin, ble han i 2004 ansatt som forskningsleder ved Alderspsykiatrisk forsknings-senter, Sanderud, Sykehuset Innlandet HF.

– Jeg og Birger Lillesveen fikk ansvaret for å bygge opp forsknings-senteret. Det var tøft av sykehusledelsen å gjøre dette, siden ingen av oss på den tida hadde fullført våre akademiske grader. Men det gikk bra.

Da Geir forlot sin stilling ved Sanderud for å begynne ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse i 2013, hadde senteret rukket å opparbeide seg ryet som ett av landets ledende forskningsmiljøer innen alderspsykiatri. Etter Geirs mening er det en mangel i samfunnet vårt at beslutningstakerne ikke er flinke nok til å skaffe seg kunnskap som forskningen kan gi.

– Et eksempel er at vi ikke har kunnet si med sikkerhet hvor mange som har demens i Norge. Helse- og omsorgsdepartementet har nå bestemt at dette må vi vite. Geir Selbæk leder selv forskningen som vil gi oss svaret, gjennom den fjerde runden av den nasjonale Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 4). Han har også stått i spissen for andre store forskningsprosjekter med det som mål å identifisere risikofaktorer for demens, måle effekt av kommunale omsorgstiltak, samt studere koblingen mellom depresjon og demens.

Hva driver deg i fagutvikling og forskning?

– Mest det kreative aspektet, det ligger mye kreativitet i det å få ideer til studier, planlegging og gjennomføring. Nettverksbygging er viktig for meg, det samme er faglig nysgjerrighet. Jeg har alltid likt å sette meg inn i ting, og man må vite mye for å sette i gang. Men det er ikke som forskningsleder man gjør en avansert karriere som forsker. Klinisk nettverksbygging og kompetansespredning utgjør nesten en like stor del av jobben som forskning, sier han.

Geir er i tillegg til jobben ved Aldring og helse forskningskonsulent ved Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet HF. I 2011 gjesteforsket han ved King's College, London.

Ut i verden

Med en slik merittliste er det ikke rart at Geir Selbæk blir bedt om å representere alderspsykiatrien i flere sammenhenger. Han ble invitert til Regjeringens toppmøte om hjernehelse, arbeider med flere EU-finansierte prosjekt; Joint Action og JPND¹, og har deltatt i arbeidet

1) EUs Joint Programme – Neurodegenerative Disease Research.



med den medisinske publikasjonen *The Lancet's Commission on Dementia prevention, intervention, and care*; En ledende kunnskapsoppdatering på demens på internasjonal basis.

At flere aktører på det eldrefaglige området også har sansen for hans omfattende innsats, fikk han et tydelig bevis på da han av kong Harald ble tildelt Nasjonalforeningen for folkehelsens Demensforskningspris 2018.

Hva betrakter du selv som det viktigste i din faglige innsats?

– Jeg vil heller snu litt på spørsmålet ditt, slik at jeg kan si meg særlig stolt av bredden. Etter å ha prioritert dét framfor å være i spissen på noe, er jeg i dag ganske god til å favne bredden. Det er viktig at noen gjør det og. Men det går selvfølgelig på bekostning av virkelig å trenge til bunns på et spesifikt område.

Språklig glede

God til det meste, kunne Geir tidlig i sin karriere av noen oppfattes som akademisk arrogant. I dag omtales han av sine kolleger som svært ivaretakende, med en integrert forståelse av tverrfaglig samarbeid. «Geir er alltid i godt humør; Jovial, med en egen evne til å spre smil og latter rundt seg, både på jobb og i sosiale sammenhenger», sies det.

Som veileder vil han være tydelig i sine tilbakemeldinger, på grensen til pinlig nøyaktig.

– Meldingene mine kan nok oppleves som litt kjølige noen ganger, jeg burde sikkert passe meg litt. Men jeg kan jo heller ikke hver gang skrive: «Det hadde kanskje vært fint om ...»

Kjærligheten til det skriftlige har han forøvrig hatt helt siden han som ung forfattet tekster til lokale revyer.

– Jeg trives med flere ulike typer språk-uttrykk, også med den tvangstrøya det vitenskapelige språket kan være: Konsistent, tydelig og transparent. Å kna en tekst slik at den virkelig sitter er for meg både morsomt og inspirerende, andre synes sikkert det kan bli litt for mye av det gode.?

Er du flink til å få ting gjort?

– Ja! Jeg kan utsette noe jeg kvier meg for, men likevel får jeg det stort sett gjort. Det vil si til et visst punkt, der alt plutselig blir for mye. Og dette punktet møter jeg jo stadig vekk. Jeg kunne selv hente mye på å delegere, men blir ofte så oppslukt av det jeg driver med at jeg ikke finner tid til å delegere. Da er man jo ute å kjøre. Å stoppe opp innimellom for å redefinere arbeidet ditt, og vurdere om du kan løse jobben på en annen måte, er noe alle burde gjøre. De fleste som er veldig engasjert i noe, har godt av

▲
Geir Selbæk mottar Demensforskningspris 2018 av kong Harald. I bakgrunnen mottakeren av Hjerteforskningsprisen, professor Kaare Harald Bønnaa. Foto: Paal Audestad

å reflektere over hvordan de løser ting. «Nå skal jeg ikke jobbe sånn mere, men heller gjøre ting annerledes.»

Sykling, vin og sang

Når Geir vil bruke tida til noe annet enn arbeid, mangler han heller ikke ideer. Mye av fritida bruker han sammen med sin familie, de er en tett og sammensveiset gjeng.

– Sykling er bra, så det gjør jeg gjerne, ofte sammen med min tolv år yngre bror. Jeg sykler for egen glede, og er fast bestemt på at jeg ikke skal være med på sånne ting som Birken. Hobbyene mine skal ikke bli altoppslukende.

Leser du noe annet enn faglitteratur?

– Helst! Favorittforfatteren er Gøran Tunstrøm, men Haruki Murakami er også veldig god. Han burde fått litteraturprisen. Det er synd at Graham Green heller ikke fikk den. Blant de norske forfatterne har jeg ellers Olav Duun som favoritt. Og Helga Flatland.

Musikken betyr mye. Da Geir var i militæret tok han timer hos en anerkjent organist i Bergen, og nådde på den tida selv et så høyt nivå at han snuste på en karriere som organist.

– At det ikke ble noe av har vel både demensforskningen og organistmiljøet hatt nytte av, ler han, og tilføyer; For tida blir det lite spilling, og når det skjer er det bare for hjemmekos.

Hygge finner Geir også i en vinklubb, der medlemmene møtes for å smake på, og snakke om, vin.

– Det hadde passet meg bra om jeg med tyngde kunne si at vin virker forebyggende mot demens. Slik er det dessverre ikke. For meg er det viktig å ha tid til å nyte vinen. Og hvis jeg har en virkelig spesiell vin, vil jeg helst smake den uten mat.

Bordets gleder

Også sosialt vinner Geir venner. Bestandig blid snakker han med alle, gjerne om mat og vin. At de enorme kunnskapene han besitter ikke bare gleder andre gjester, men også er egnet til å imponere dem, forteller følgende historie fra et julebord noen år tilbake: «Festkomiteen hadde sikret seg en av de første norske flaskene av en helt ny rødvin fra New Zealand. Geir ble så bedt om å bedømme vinen (servert fra en tildekket flaske). Vi visste at han var god, men ble likevel overrasket da han kunne fastslå både drue og produksjonsland», innrømmer en av de andre gjestene.

Du er glad i mat. Ryktene går om et skinkekjøp i Spania?

– Haha! Ja, på en konferanse i Spania fant jeg ut at jeg ville ha med hjem litt av den beste Pata negra-skinka som var å oppdrive. Jeg lærte meg én spansk glose, «den beste», skulka noen av forelesningene og satte kursen mot en lokal kjøpmann i Santiago de Compostela som var kjent for sine gode skinker. Da jeg ba om «Pata negra el mejor» ble kjøpmannen i perlehumør. Han prata, nikka og smilte til meg. Jeg smilte tilbake, vel til mote av å få så mye oppmerksomhet. Så forsvant slakteren plutselig. Da han kom tilbake etter tjue minutter, minst, viste det seg at han hadde skåret opp og pakka ei hel Pata negra-skinke så jeg kunne ha den med meg hjem i kofferten. Jeg visste jo hvor dyr den var, og forsto at jeg umulig kunne trekke meg fra handelen når dette først var gjort. Det var bare å ringe hjem og fortelle at vi dessverre måtte avlyse ferien fordi jeg hadde fått fatt på så mye godt kjøtt. Det ble min pilgrimstur til Santiago de Compostela, kan du si. Det verste var at skinka var så god at den også var verdt det!

Synes kona di det samme?

– Nei.

Mer enn vanlig opptatt av mat, vin og på kontoret står en kaffemaskin som er en proff barista verdig. Hver dag klokka ti, presis, serveres det kaffe og en liten bit mørk sjokolade. Er du en snobb?

– Ja!

Der skulle egentlig intervjuet vært ferdig, om Geir ikke hadde lyst på nok et spørsmål:

Hvorfor bor du på Lillehammer når du som forskningssjef egentlig jobber i Oslo?

Til lesernes orientering kan nevnes at Geir, med en sammenleggbar sykkel under armen, til stadighet kan observeres på Lillehammer-toget. Fra Oslo S sykler han til og fra møter på Ullevål sykehus eller andre steder.

Og slik besvarer han sitt ekstraspørsmål:

– Fordi jeg er så glad i å være ute. På Lillehammer er det optimalt å være ute på en god måte!



▶ Prisvinner Geir Selbæk møtte erfaringspanelet til Nasjonalforeningen for folkehelsen. Han lyttet blant annet til deres synspunkter på hva de synes det er viktig å forske på.



Leon Jarners forskningspris 2017

Gir innsikt i livet til yngre personer med demens

Bente Wallander (tekst) / Martin Lundsvoll (foto)

Leon Jarners forskningspris for 2017 ble tildelt Aud Johannessen og studien *Young-onset dementia – the difficult diagnosis and the stressful life for the whole family*.

Leon Jarners forskningspris skal gå til et forskningsarbeid om demenssykdommer, personer med demens eller deres pårørende. Prisen, som består av 75 000 kroner, ble tradisjonen tro delt ut på den siste av de to Demensdagene, denne gang av helse- og omsorgsminister Bent Høie.

Lederen av Stiftelsen Leon Jarners Minnefond, Harry-Sam Selikowitz, kunne fortelle at juryen hadde vurdert syv innsendte arbeider:

- Prisvinnerens forskningsfokus har vært å få mere kunnskap om hvordan yngre personer med demens og deres pårørende møter hverdagens utfordringer. Hennes forskningsaktiviteter, samt nasjonale og internasjonale samarbeid, er stadig økende, og det er studien *Young-onset dementia – the difficult diagnosis and the stressful life for the whole family* som ligger til grunn for årets forskningspris.

Økt forståelse

Aud Johannessen arbeider som forsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Hennes postdoktorprosjekt har etter juryens mening en særlig verdi fordi det bidrar til ny viten på et område med store kunnskapshull.

- Målet med studien var å få økt innsikt og forståelse for hvordan man kan tilrettelegge tjenester til yngre personer med demens og deres familier ved å utvikle tjenestene ut fra et brukerperspektiv. Dette kan ha stor verdi for personer med demens i alle aldre og deres

familier. Resultatene kan føre til utbedring av helsetjenesten og fremme helse og livskvalitet gjennom hele livsløpet, både for den som er rammet av demens og for deres pårørende, sa Harry-Sam Selikowitz.

Veldig glad

Psykiatrisk sykepleier Aud Johannessen ble doktor i folkehelse ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg i 2012. Hun er nå professor ved Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Høgskolen i Sørøst-Norge, og forsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Sykehuset i Vestfold HF.

– Jeg ble veldig, veldig glad og satte stor pris på denne prisen, sier hun.

I prisvinnerforedraget sitt vektla hun artiklenes nytteverdi i stedet for å gå i dybden på forskningsmetodene.

– Alle deltakerne på Demensdagene er jo ikke forskere, det var for meg viktigere å få fram funnene og hvilken nytte de kan ha. Vi trenger mere informasjon ut om hvordan det er å være en ung person med demens!

Felles erfaringer

Av syv mulige studier trakk prisvinneren fram fire, som de mest sentrale å lytte til. I den første har hun hvert halvår siden 2013 intervjuet personer som har fått en demensdiagnose før fylte 65 år.

– De var opprinnelig ti, nå er det bare sju personer tilbake. Felles er deres beskrivelser av tidlige tegn, og hvor oppskaket de ble av å få diagnosen. Den opplevelsen sitter som spikret, selv flere år etter. For å mestre tilværelsen tar de fleste en dag av gangen. Mange kjenner seg frustrert i møter med helsevesenet, og demens er fortsatt et tabu i samfunnet vårt. Mange velger å trekke seg tilbake sosialt.

I den andre studien intervjuet Aud Johannessen voksne barn (i alderen 18-30 år) av yngre personer med demens, for å få fram deres erfaringer.

– Enkelte av foreldrene hadde begynt å endre seg mens barna selv var bare seks år

gamle. Flere beskrev behovet for distansering som viktig, spesielt i en periode der sykdommen tiltar. Barn må få lov til å være seg selv, og ikke foreldre til sin egen mamma eller pappa. Mange hadde kjent skyld for å ha etablert en følelsesmessig avstand til sin mor eller far. Å få anledning til å sette ord på sine følelser er viktig. De som hadde fått støtte til dette underveis i sykdomsforløpet, hadde det bedre ved utflytting hjemmefra.

Lange, vanskelige reiser

Hensikten med den tredje studien var å finne ut mere om hvordan det er å være pårørende til en person med frontallappdemens.

– De fleste hadde tilbakelagt en lang reise før rett diagnose ble stilt. Underveis hadde de gått med en snikende følelse av at noe var galt. Frustrasjon og en opplevelse av å være i en håpløs situasjon gikk igjen. At livet med ett blir snudd opp ned på grunn av sykdom får innvirkning på alt, fra familiens økonomi til begges arbeidssituasjon. Ekstra vanskelig blir det fordi personer med frontallappdemens sjelden har innsikt i egen sykdom. Det er ikke lett for andre å forstå hvorfor noen ringer i tide og utide. Eller at vedkommende setter fyr på ting. Totalsituasjonen beskrives av flere som ekstremt vanskelig. I slike tilfeller kan man vurdere å anbefale sykehjemsplass, for eksempel hvis paret har små barn boende hjemme.

I den fjerde studien undersøkte man hvordan støttekontaktordningen for personer med demens fungerer.

– For å lykkes med denne ordningen er man avhengig av å finne en god «match» til personen med demens. Det er viktig at støttekontakten opptrer på en vennlig måte, og at innholdet i møtene er tilpasset personen med demens. Når samarbeidet fungerer, opplevde både personen med demens og dennes pårørende det som en befrielse. Viktig å huske er at ordningen også kan benyttes etter at man har fått plass på et sykehjem.

«Mange kjenner seg frustrert i møter med helsevesenet, og demens er fortsatt et tabu i samfunnet vårt.»

Leon Jarners Minnefond ble opprettet i 1990, til fremme av forskning om Alzheimers sykdom og aldersdemens. Minnefondet deler hvert år ut en forskningspris på 75 000 kroner.

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

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

Les mer på www.alzheimerforskning.no

Personer med demens hever egen stemme

Bente Wallander (tekst) / Martin Lundsvoll (foto)

Når personer med demens får stortingspolitikerne i tale, ber de om bedre informasjon, likeverdige tjenester og økt forskning på «det gode liv» med demens.

De åtte representantene i Nasjonalforeningen for folkehelsens erfaringspanel vet godt hvor «demensskoene» trykker. Når de skal forberede vårens møte med Stortingets helse- og omsorgskomite kommer klare meninger til uttrykk. Samtalen går livlig rundt det store møtebordet. Panelet er primært et forum for personer som selv har en demensdiagnose, men deres ledsagere

har også talerett. På spørsmålet møteleder og nestleder i Nasjonalforeningens fagavdeling, Kari-Ann Baarlid, nettopp har stilt: «Nevn tre ting som ville gjøre livet og dagene deres bedre», blir svarene mange.

– Jeg skulle ønske at jeg bare hadde én kontaktperson. Det er altfor mange å forholde seg til, synes Arne Inge Holen.



Til stede på erfaringspanelets møte fra v.: Erik Øverby, Toril Holen, Arne Inge Holen, Arne Krøvel, Toril Krøvel, Torhild Vatnedal Faye, Ole-Jørgen Sveen, Anne Karine Næss, Randi Granbo, Terje Tinglum, Elisabeth Ljunggren, Knut Eirik Olsen og møteleder Kari Ann Baarlid.



Både humor og galgenhumor er tillatt på erfaringspanelets møter. Fra v.: Toril Hølen, Arne Krøvel, Toril Krøvel, Torhild Vatnedal Faye, Sven Erik Faye og Ole-Jørgen Sveen.

– Mens vi venter på pillen som kan kurere demenssykdommene, bør politikerne sørge for at forskerne finner ut hva som er «best practice», og dele kunnskapen med fagfolk og andre, slik at vi kunne få et mere likeverdig tilbud, synes Knut Eirik Olsen.

Olsen er også opptatt av fastlegenes kunnskaper, eller mangler på sådanne.

– De kan ikke nok om demens. Den første jeg gikk til var mer i tåka enn meg, sier han.

Oppfølging etter diagnose

Jannicke Granrud (53) var bare 51 år da legen fortalte henne at hun hadde fått demens.

– Jeg er glad jeg har gågruppen min, men bortsett fra meg selv består den av bare eldre mennesker. Jeg har vanskelig for å relatere meg til dem, de kunne vært besteforeldrene mine. Jeg kan jo ikke håpe på at flere yngre skal få demens, men jeg kan ønske meg bedre tilpasset omsorg for oss som har en slik sykdom.

Toril og Arne Krøvel er opptatt av det store tomrommet mange kjenner på når diagnosen først er stilt.

– Folk med andre sykdommer får langt bedre informasjon og oppfølging, mener Arne.

Jannickes ektefelle Hildegunn Fredheim istemmer. Hun fikk bare stukket til seg en gul lapp med et telefonnummer hun kunne ringe om hun lurte på noe.

– Hva slags oppfølging er dét, når noen nettopp har revet matta vekk under deg? Siden jeg er en person som liker å ordne opp i ting, googlet jeg meg raskt fram til flere fakta. Jeg følte meg likevel fullstendig alene det første halvåret. God informasjon fikk vi først på kurset *Møteplass for mestring*¹, forteller hun.

Sjokkert over store forskjeller

De fleste av erfaringspanelets deltakere har tatt dette kurset, og de får ikke nok fullrost det landsdekkende tilbudet. Så også Jannicke og Hildegunn.

– Jeg lot meg tidlig sjokkere over at den hjelpen vi kan få er så avhengig av hvilken kommune eller bydel vi tilhører. Hadde vi bodd der eller der, hadde vi fått dét eller dét tjenestetilbudet. Det finnes et helt liv som skal leves for den som får demens og dennes nære. Ulikhetene gir store konsekvenser, både økonomisk og på andre måter. Når det er barn inne i bildet blir det snakk om kjempestore belastninger. Forskjellene skal da vel ikke være så store her i Norge, spør Hildegunn.

Bedre dager med demens

Blant dem som lytter til panelet denne dagen er vinneren av Demensforskningsprisen 2018, forskningsleder Geir Selbæk, Nasjonal kompetanse-tjeneste for aldring og helse². Han vil gjerne ha innspill fra panelet.

– Det er veldig viktig for meg og andre forskere å kjenne til deres tanker og perspektiver. Forskere fra åtte europeiske land er nå helt i startgropa på et større forskningsprosjekt. Jeg vil gjerne høre hva dere synes er det viktigste vi kan forske på, oppfordret han.



Meningene er mange når erfaringspanelet diskuterer hvilke prioriteringer de ønsker at politikerne på Stortinget skal gjøre. Fra v.: Randi Granbo, Terje Tinglum, Elisabeth Ljunggren, Knut Eirik Olsen, Liv Anita Brekke og Kari Ann Baarlid.

– Dere burde forske mere på hvordan man kan leve best mulig med demens. Hvordan lage gode liv for alle som har og vil få sykdommen? Hva må til av trening for å holde ulike ferdigheter ved like lenger, sier Terje Tinglum, støttet av sin kone Randi Granbo.

Viktige innspill til samfunnet

Det var i 2014 at Nasjonalforeningen for folkehelsen etablerte sitt erfaringspanel for personer med demens, i begynnelsen kalt brukerråd.

– Som interesseorganisasjon ønsket vi å bidra til at personer med demens snakker med sin egen stemme, og ikke bare blir snakket for. Inspirasjonen hentet vi fra den skotske *Dementia Working Group*, en uavhengig, nasjonal organisasjon ledet av personer med demens som arbeider for å forbedre tjenester og utfordre stigma. Gjennom vårt erfaringspanel ønsket vi innspill og erfaringer fra personer som har demens, for slik å bidra til å skape større forståelse.

Hva har vært deres viktigste erfaring så langt?

– Vi visste at personer med demens kan snakke for seg sjøl, men gjennom erfaringspanelet har vi fått dette grundig bekreftet. Deltakerne kommer med en rekke innspill som ikke bare er viktige for oss som organisasjon, men også for samfunnet, og samspillet mellom oss fungerer veldig bra.

Lokalt som nasjonalt

Generalsekretær Lisbet Rugtvedt har selv hatt flere aha-opplevelser i møter med erfaringspanelet.

– Før møtene begynner snakker alle med hverandre, og det har hendt flere ganger at jeg ikke har forstått hvem av de jeg snakker med som har demens og hvem som ikke har det. Det har vært en nyttig erfaring å ta med seg, sier hun.

Til møtet med stortingets helse- og omsorgs-politikere stiller organisasjonen nå godt forberedt.

– Slik bør det bli flere steder i landet. I regi av våre lokale demensforeninger vil vi prøve å etablere lokale erfaringsgrupper tilsvarende vår på det nasjonale plan. Vi har hatt en liknende gruppe gående i Oslo i flere år, og har nå fått til et godt samarbeid mellom personer med demens og Bodø kommune. På sikt burde man kanskje vurdere tilsvarende også ved det enkelte sykehjem?

- 1) *Møteplass for mestring* er et landsdekkende kurstilbud for personer som har fått demens før fylte 65 år og en nær pårørende. Gjennom forelesninger, erfaringsutveksling og sosialt samvær får deltakerne informasjon, kunnskap og støtte til å håndtere en ny livssituasjon. Kursene ledes av fagansvarlig helsepersonell i samarbeid med representanter fra Nasjonalforeningen for folkehelsen.
- 2) Se intervju i Tidsskriftet aldring og helse s. 4-7, 1-2018 (denne utg.)

Høgskolelektor **Kari Lislerud**

Smebye disputerte i februar over avhandlingen *Decision Making in Dementia Care: A qualitative study*. Doktorgraden er gjennomført ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn. Prøveforelesning ble holdt over temaet «Ethiske utfordringer ved å involvere eller ekskludere personer med demens i kvalitativ forskning».

REFERANSER

Smebye KL, Kirkevold M, Engedal K. How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? A multi-case study. *BMC Health Services Research* 2012, 12:241 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/241>.

Smebye KL, Kirkevold M. The influence of relationships on personhood in dementia care: a qualitative, hermeneutic study. *BMC Nursing* 2013, 12:29 <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/12/29>.

Smebye KL, Kirkevold M, Engedal K. Ethical dilemmas concerning autonomy when persons with dementia wish to live at home: a qualitative, hermeneutic study. *BMC Health Services Research* 2016, 16:21 DOI 10.1186/s12913-0151217-1.

Personer med demens som beslutningstakere

Retten til å bli involvert i beslutninger ved helsehjelp er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven, men hvordan ivaretas denne rettigheten for personer med demens?

Bente Wallander (tekst/foto)

Hva var bakgrunnen for ditt forskningsprosjekt?

– Jeg arbeidet ganske lenge hos Fylkesmannen og fylkeslegen i Østfold, og var i den forbindelse med på både tilsyn og rådgivning. For vel ti år siden kom det et landsomfattende tilsyn med brukermedvirkning i kommunehelsetjenesten, som også gjaldt for personer med demens. Jeg begynte da å lure på hvordan dette egentlig foregikk. Det ble starten.

Hva undersøkte du?

– Jeg har undersøkt beslutningsprosesser i demensomsorgen, og sett på samspillet mellom personer med demens, deres pårørende og primærkontakter. Det var fokus på beslutninger om dagliglivets aktiviteter, medisinsk behandling og omsorg og flytting til sykehjem.

Hva ble ditt viktigste funn?

– Det vil jeg si er å ha dokumentert at personer med demens både ønsker og kan være delaktige i disse beslutningsprosessene. Ofte tror man, ut fra diagnosen, at de ikke har kapasitet til å medvirke. Mine funn viser at personer med demens kan ta selvstendige avgjørelser, at de kan ta beslutninger sammen med noen, og at de i noen tilfeller ikke er i stand til å avgjøre noe i det hele tatt. Type avgjørelse virker selvfølgelig inn. Det er lettere å bestemme seg for hva slags pålegg man vil ha, enn for eksempel å selge huset sitt.

Hva oppdaget du ellers?

– Jeg så for det første på hvordan personer med demens deltar i beslutninger. Derigjennom oppdaget jeg hvor viktig de medmenneskelige relasjonene er, og hvor mye de har å si for i hvilken grad personer med demens ble tatt med i beslutninger – eller motsatt. For det tredje så jeg at det kunne oppstå vanskelige etiske dilemmaer når de var med og besluttet.

Hvilke planer har du videre?

– Godt spørsmål! Jeg skal revidere en bok som jeg er redaktør for sammen med Anne Marie Mork Rokstad; *Personer med demens. Møte og samhandling*. I forlengelse av det jeg nettopp har disputert over håper jeg ellers å kunne gjennomføre en undersøkelse hvor jeg intervjuer personer med demens direkte. I tillegg fortsetter jeg med undervisning og veiledning av studenter på Lovisenberg diakonale høgskole.



Sykepleier MSc **Signe Tretteteig** forsvarte før jul sin doktoravhandling *The impact of day care designed for people with dementia on their family caregivers*. Doktorgraden ble gjennomført ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo, Institutt for klinisk medisin.

REFERANSER

1. Rokstad AMM, Halse I, Tretteteig S, Barca ML, Kirkevold Ø et al. Effects and Costs of a Day Care Centre Program Designed for People with Dementia – A 24 Month Controlled Study. *J Clinical Trials*. 2014;4(4).
2. Tretteteig S, Vatne S, Rokstad AMM. The influence of day care centres for people with dementia on family caregivers: an integrative review of the literature. *Aging and Mental Health*. 2015; 20(5): 450-62.
3. Tretteteig S, Vatne S, Rokstad AMM. Meaning in family caregiving for people with dementia: a narrative study about relationships, values, and motivation, and how day care influences these factors. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2017;10: 445-55.
4. Tretteteig S, Vatne S, Rokstad AMM. The influence of day care centres designed for people with dementia on family caregivers – a qualitative study. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):5.

Pårørendes opplevelse av dagaktivitetstilbud

Dagaktivitetstilbud for personer med demens kan gi pårørende god støtte og avlastning.

Bente Wallander (tekst/foto)

Hva var bakgrunnen for ditt forskningsprosjekt?

– Doktorgradsarbeidet var en del av ECOD-studien (1). Denne studien undersøkte ulike sider og effekter av dagaktivitetstilbud til personer med demens gjennom et multi-method design. Det fantes lite forskning på dagaktivitetstilbud til personer med demens, og de studiene som var gjort var små og resultatene usikre. Det var derfor behov for et nytt forskningsprosjekt på feltet.

Hva undersøkte du?

– Gjennom mitt ph.d-arbeid ble det forsket på pårørendes opplevelse av dagaktivitetstilbud. Ved å gjennomføre en review-studie oppsummerte vi tidligere forskning på feltet, hva kunnskapen kunne bety og på hvilke områder vi trengte mer forskning (2). Gjennom en spørreundersøkelse undersøkte vi hvordan pårørende opplevde samarbeidet med de ansatte på dagtilbudet, tidspunktet de fikk tilbudet, informasjonen og kommunikasjonen. De svarte også på om tilbudet ga dem mulighet til å dekke egne behov i hverdagen. I to intervjustudier fikk vi dybdekunnskap om hvordan pårørende opplevde sin situasjon og hvordan dagaktivitetstilbudet ga dem den støtten og avlastningen de trengte (3, 4).

Hva ble ditt viktigste funn?

– Dagaktivitetstilbud til personer med demens kan gi pårørende trygghet, støtte og avlastning. Tilbudet reduserer antall omsorgstimer og gir pårørende bedre mulighet til å balansere mellom å ivareta egne behov og behovet til personen med demens. I tillegg hjelper dagaktivitetstilbudet dem til å mestre en kompleks omsorgsrolle gjennom økt opplevelse av mening og mestring i rollen.

Hva oppdaget du ellers?

– Dagtilbud synes å ha forbedringspotensialer knyttet til kommunikasjon, informasjon og fleksibilitet. Studien viser at tilbudene er lite standardiserte, og at det er store variasjoner i hyppighet og kvalitet i kontakten med pårørende. Det kan bety at oppfølgingen av pårørende bør få økt prioritet og settes i system i større grad enn det gjøres i dag. For optimal støtte og avlastning bør ansatte ved dagtilbudet gi pårørende mer empatisk støtte, tilpasset opplæring og veiledning. Åpnings-tidene bør være fleksible, og innholdet personorientert og individuelt tilrettelagt. Dette er viktig for at personen med demens skal trives, noe som igjen er avgjørende for pårørendes opplevelse av avlastning.

Hvilke planer har du videre?

– Jeg vil gjerne fortsette å forske på pårørende. Det er fortsatt en del data vi ennå ikke har publisert fra ECOD, så jeg håper å få tid til dette i løpet av året. Ellers er jeg redaktør for en ny lærebok om eldres psykiske helse og sykdommer, der målgruppen er helsepersonell i kommunen. Dette er et spennende og lærerikt arbeid. I tillegg er jeg med i et prosjekt om *Tjenester i hjemmet til personer med demens* som ledes av Helsedirektoratet. Her skal kommuner utvikle og prøve ut nye modeller i hjemmetjenesten – et felt der det skjer mye spennende for tiden.

Norges første eldreminister

Vil motvirke ensomhet hos eldre

Bente Wallander (tekst) / Martin Lundsvoll (foto)

Norges første eldreminister er opptatt av sammenhengen mellom Eldres sosiale liv og deres psykiske helse. – Gjennom forebyggende folkehelsearbeid kan man også redusere folks ensomhet, sier Åse Michaelsen (Frp).

Fersk i rollen som eldreminister, men full av erfaringsbasert kunnskap, Åse Michaelsen.



Åse Michaelsen ble den 17. januar utnevnt til eldre- og folkehelseminister, med et særlig ansvar for oppfølging av omsorgstjenester og reformen *Leve hele livet*¹. Gjennom sine 12 år på Stortinget har den 57 år gamle mandalskvinnen høstet rike komitéerfaringer, men ikke fra feltet helse- og omsorg. Sammen med helse- og omsorgsminister Bent Høie (H) har hun likevel fått i oppgave å sette standarden for Helse-Norge. Det å skape god folkehelse skal være eldreministerens ansvar, mens helse- og omsorgsministeren etter eget utsagn skal jobbe videre med å skape pasientens helsetjeneste.

– At man beveger seg ut på upløyd mark kan jo bety at man ikke er låst. Jeg har ikke helsefaglig bakgrunn, og håper at jeg nettopp derfor vil våge å tenke nytt og se ting fra en litt annen vinkel, sier Åse Michaelsen.

Eldre og helse er et vidt felt. Hvilke hjertesaker hadde du før du ble minister?

– Mye av lærdommen min på området stammer fra egne erfaringer, ikke minst det jeg opplevde i forbindelse med min mors siste år, fram til hun døde i 2016. Sittende slik på en kjøkkenbenk, nær noen man er glad i, gjør det sterkt inntrykk å høre om den ensomhet, tomhet og tristhet mange eldre kan oppleve.

Etter å ha vært minister i noen uker, hva tenker du om dette nå?

– Flere og flere nordmenn blir eldre, men eldrebefolkningen er en svært sammensatt gruppe. En del sliter med sykdom og skrøpelighet, mange føler også at de har mye ugjort. Vi må se hele feltet, det er viktig å få fram ubrukte ressurser. Kommunenes Sentralforbund (KS) er viktig for å lykkes på dette området, det er jo i kommunene det skjer. Liv skal leves – helt til slutt. For å få til det må vi styrke områder som genererer fellesskap og frivillighet.

Hva er ditt hovedfokus når du skal følge opp reformen Leve hele livet?

– Det er å ha et helhetlig perspektiv; Ernæring, sosialt samvær og aktivitet – alt henger sammen. Sammenheng og samordning er viktig, både i hjemmetjenestene og generelt. Folk skal ikke føle seg til overs i samfunnet. Du er en del av livet, selv om du på grunn av alder eller uførhet ikke er en del av arbeidslivet. Regjeringen vil fortsatt satse stort på dette, men viktig for meg å få fram er at dette ofte dreier seg om de små tingene, noe vi alle kan ta ansvar for. At noen ser meg, hilser vennlig og ønsker meg godt nytt år!



1) Omtalt i D&A 4-17

Depresjon er en vanlig, men underdiagnostisert lidelse. Undersøkelser viser at eldre mennesker ikke prioriteres av de distriktpsikiatriske sentrene. Hvor vil du satse?

– Jeg vil komme tilbake til dette med ensomhet. Deri ligger det en nøkkel, også i forhold til befolkningens mentale helse. Med reformen *Leve hele livet* vil vi forhindre at folk fjerner seg fra den kontakten ethvert menneske trenger. Tiltak som kan bidra til å redusere ensomhet må bakes inn i alt.

Demens er en voksende utfordring, nasjonalt som globalt. Mye har skjedd gjennom Demensplan 2020 og dens forgjenger. Hva vil du prioritere på dette området?

– Pårørendes innsats er viktig å få fram, mange sliter tungt. Kanskje kommer de fra jobb, hjem til en partner med demens. Gjennom

den pårørendestrategien vi varsler i regjeringsplattformen, vil vi komme nærmere inn på tiltak som kan lette deres situasjon.

Åse Michaelsen er også opptatt av at vi alle kan få bo hjemme lengst mulig:

– Når vi skal kna videre på *Leve hele livet* blir det viktig å erstatte ord med handling. Regjeringen vil blant annet prøve ut ulike boformer på tvers av generasjoner. På dette området har vi mye å lære av våre nye landsmenn, som er vesentlig flinkere enn oss til dette. Boligene våre bevarer vår identitet, bildene på veggen minner oss om hvem vi er og hvilket liv vi har hatt. Det ligger mye folkehelse i et blomsterbed. Jeg så selv hvor glad mamma var når hun kunne skrive i almanakken sin: Støren har kommet! Jo mere jeg kommer inn i dette feltet, jo mere ser jeg – her er det masse å ta fatt i!

Eldreminister Åse Michaelsen sluses i disse dager gjennom mange nye felt og fagområder.



Nasjonalforeningen
for folkehelsen

Din helse – vår hjertesak!

Nasjonalforeningen for folkehelsen er en frivillig, humanitær organisasjon med helselag og demensforeninger over hele landet. Vårt mål er å bekjempe hjerte- og karsykdommer og demens. Det gjør vi med forskning, informasjon, forebyggende tiltak og helsepolitisk arbeid. Vi er også en interesseorganisasjon for personer med demens og deres pårørende. Vår innsats finansieres med innsamlede midler og gaver.

Framtidas løsninger for heldøgns pleie – hva skal det hete og hva skal det være?

Oslo anslår at de vil få 50 000 flere eldre de neste tjue årene, skriver Aftenposten 1. februar. Særlig vil det skje en markant vekst i gruppen over 90 år. Eldrebyråd Tone Tellevik Dahl lover at det skal fokuseres på livskvalitet, omsorgsboliger og nye hjemmebaserte tjenester. Oslo planlegger også nye sykehjemsplasser, men det høres ut som om en tenker at hjemmebaserte tjenester skal være løsningen for mange flere enn i dag.

I 2016 fikk pasient- og brukerrettighetsloven en ny bestemmelse om rett til «opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester». Dermed fikk eldreministerens parti gjennomslag for en gammel kampsak. Men det aner meg at vi framover kommer til å stå overfor en debatt hvor det kan bli mer krevende enn den tradisjonelle debatten om sykehjem. I Aftenpostens artikkel kritiserer Aina Stenersen fra Frp byrådet for ikke å satse nok på sykehjemsplasser. Men hva om kommunen satser på «tilsvarende bolig særlig tilrettelagt for heldøgns tjenester»? Da burde vel Frp være fornøyd siden deres regjering står bak den nye lovparagrafen?

Det blir viktig å få debatten til å dreie seg om kvalitet og innhold og ikke bare antallet plasser. Hva er i realiteten et godt nok helse- og omsorgstilbud når vi ikke lengre klarer oss selv? Er det å bo hjemme alltid best? For ikke så lenge siden var en noenognitti år gammel kvinne i nyhetene og fortalte at hun følte seg utrygg om natta. Hun ville gjerne på sykehjem, men kommunen mente hun klarte seg greit. Velferdsteknologi vil framover kunne hindre at vi

glemmer å skru av plater, at noen forsvinner ut i kulda i pysjen eller blir liggende etter fall. Frivillige kan bidra til sosial kontakt. Men hva med det å ligge redd og aleine om natta? Mange av de eldste plages av ensomhet. Alle sider ved det å være menneske må tas med når vi skal bedømme hva som er gode omsorgstjenester.

Hva som gir de beste omsorgsløsningene må også ta de pårørende i betraktning. I den nye regjeringserklæringen sa statsministeren at «bærekraften i velferdsordningene er avhengig av at flere er yrkesaktive lenger». En alvorlig trussel mot dette er at ektefellen blir sykemeldt eller går tidlig i pensjon på grunn av tyngende omsorgsoppgaver. Å være pårørende til personer med langtkommet demens er svært krevende, både praktisk og mentalt. Kanskje kan det ytes bedre og mer praktisk hjelp gjennom enda bedre hjemmetjenester, men det vil likevel gjenstå en svært krevende situasjon den siste tida noen lever med demens. Flere korttidsopphold og mer avlastning kan være noe av svaret, men trolig ikke hele. Vi kan ikke møte eldrebølgen gjennom å velte enda større omsorgsbyrder over på pårørende.

Svaret på spørsmålet i overskriften handler veldig mye om hva vi legger i det ene og det andre. Omsorgsboliger med solid tilgang til kompetent personale til alle døgnets tider kan sikkert gi gode løsninger. På den annen side finnes det sykehjem med lav kompetanse, lite legetilsyn, dårlig arkitektur og sterkt institusjonspreg som ikke gir noe godt tilbud. Selv om politikere bedyrer at det er kvaliteten som skal stå i fokus framover, vet vi at det også kan forventes økende kommunal hodepine rundt kapasitet og kostnader. Vi kommer til å måtte følge godt med og stille mange spørsmål om hva partiene egentlig legger i løftene sine.



SKREVET AV

Lisbet Rugtvedt,
generalsekretær,
Nasjonalforeningen
for folkehelsen

HELGØYA – der fortid og



Petter Hveem (tekst) / Martin Lundsvoll (foto)

Helgøya bærer mye av Ringsakers historie, og over den smale brua ligger øya omsluttet av Mjøsa og dekket av nysnø. Her ble fra 1877 *Toftes gave* liggende, en oppdragelsesanstalt for forsømte og vanskeligstilte gutter. Og her ligger nå *Rusletun*, som er et sykehjem for 14 eldre mennesker med utviklingshemning.

nåtid smelter sammen



Kom som barn

De 14 beboerne i alderen 50 til 84 år bor vegg i vegg. Sykehjemmet er bygget om fra omsorgsbolig til sykehjem. Rett i nærheten ligger den gamle gården Nedre Sund, og gamle og nye hus, leiligheter og hybler for personer med utviklingshemning ligger om hverandre i bakken over Mjøsas bredd.

Og Sundheimen sykehjem like nedenfor er ikke lenger sentralinstitusjonen for dem som har utviklingshemning, her bor nå bare personer med demens.

Historisk ble guttehemmet, som det ligger i navnet, gitt som gave til Oslo. Det ble senere til en stor sentralinstitusjon for psykisk utviklingshemmede, drevet av Oslo kommune. Her bodde fra 1951 opptil 124 mennesker sammen på institusjonen, med kvinner og menn hver for seg.

– Flere av beboerne med utviklingshemning kom på institusjon allerede da de var små, og de var ofte uten pårørende, sier tilsynslege Hanne Skaalerud i Ringsaker kommune.

I 1991 overtok Ringsaker kommune stedet. De ble vertskommune for en institusjon for personer med utviklingshemning, og endret stedets navn til Sund. I tråd med HVPU-reformens politiske føringer ble sentralinstitusjonen i 1991 gjort om til leiligheter i bofellesskap.

Bolig ble sykehjem

Rusletun var godkjent som aldershjem etter Lov om sosiale tjenester, men de 14 personene bodde i egne hybelleiligheter, i tråd med HVPU-reformen.

– Nå har pendelen svingt tilbake. I dag bor de eldre på Rusletun i egne værelser, med oppfølging som på et sykehjem, sier tilsynslegen.

Hanne Skaalerud forteller at måten de gjør det på Rusletun innebærer nært og hyppig lege-tilsyn, at personalet jobber tett på, at det er gode dager med aktiviteter, fokus på kompetanseheving blant de ansatte og tverrfaglighet.

– Her har beboerne det godt, de blir gamle hos oss. Vi går fra 80-årslag til 80-årslag, og en av beboerne som døde i fjor hadde fylt 94, fortsetter hun. Gjennomsnittsalderen til personer med utviklingshemning er lavere enn hos befolkningen for øvrig.

Gerd Åse Larsen, beboer på Rusletun, hilser her på fagkonsulent Lene Kristiansen, Aldring og helse.

Aktive eldre

Hun forteller at de opplever at det stort sett er nok personale og en organisering som gjør at de klarer å ta seg av de eldre på en god måte.

– Selv om omsorgsbehovet er stort, klarer personalet å tilpasse seg og tilegne seg ny, nødvendig kunnskap. Vi har ingen sykepleiere på Rusletun, derfor må vernepleierne av og til ut av kompetanseområdet sitt.

De er tre faste vernepleiere på Rusletun, og det er flere blant personalet som tar Fagskolen aldring og helse. Det er kontinuerlig fire-fem ansatte på vakt.

– Vi er svært opptatt av å holde beboernes funksjoner ved like. Vi gjør normale oppgaver i hjemmet, og vi er mye ute og går turer. Vi har tre beboere som er med på dagaktiviteter. På sommeren bruker vi bålpannen og griller, og vi er i kjøkkenhagen. Om vinteren har vi juleverksted og baker pepperkaker. Vi bruker musikk aktivt. Da blir det liv, sier vernepleier Liss-Hege Skoglund.

Tilgjengelig lege gir trygghet

– Det er godt å jobbe med vernepleierne. Vi ser at aktivitetene gjør godt for brukerne. De er



mindre urolige. Vi kan derfor prioritere å redusere de eldres medisinbruk og -doser. Det er ofte ikke medisiner som skal til. Vi merker at når vi er tett på og kartlegger godt, så kan vi gjøre akkurat det, sier Skaalerud.

- En utfordring vi møter er kombinasjonen av utviklingshemning og demens. Her er det ekstra viktig å være nøye med bruken av medisiner, som kan ha god effekt, fortsetter hun.

- Vi kan lene oss på tilsynslegens tilstedeværelse og tilgjengelighet. Det gir trygghet i hverdagen, sier Skoglund.

Som en familie

De fleste av de ansatte har jobbet på Rusletun i mange år, og de ansatte er blitt en del av brukernes «familie».

- Det betyr at vi ser signaler tidligere, mener Skoglund.

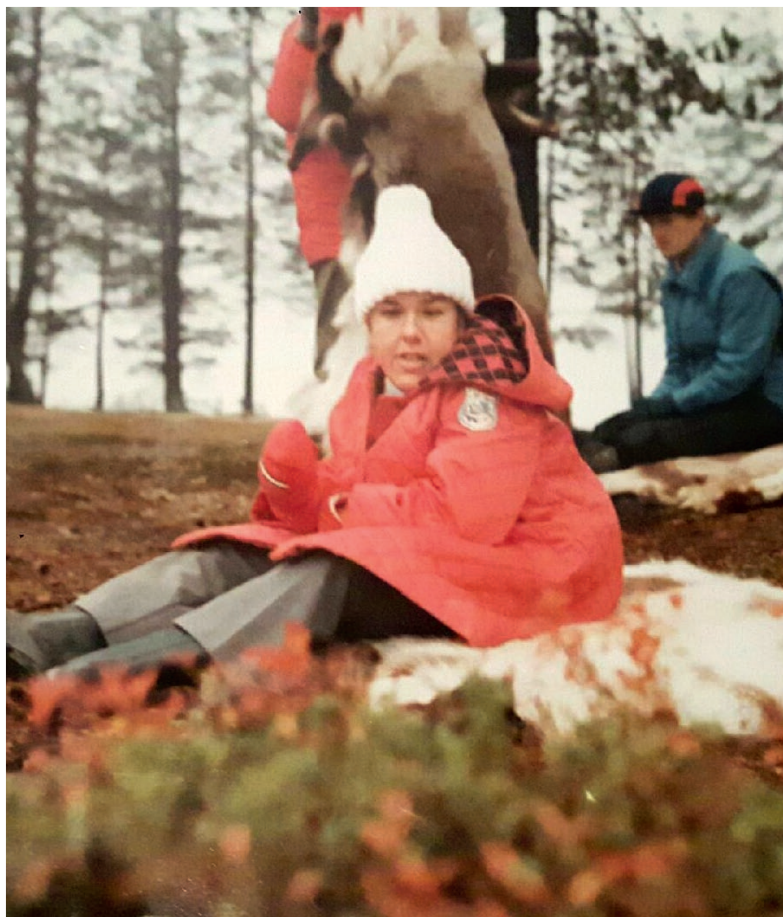
- Og når det er så mange fagmiljøer i nærmiljøet tilgjengelig, gir det trygghet. Vi kan søke råd og få hjelp raskt derfra, og fra fysioterapeuter og ergoterapeuter i kommunen om det skulle være nødvendig. Og så er Hanne, tilsynslegen vår, veldig lett tilgjengelig.

- Kanskje er det slik at eldre med funksjonshemning skal ut av bofelleskap og inn på sykehjem á lá Rusletun når de blir gamle, sier Skaalerud ettertenksomt.

- De trenger stor grad av medisinsk oppfølging, og her får de bo og ha sosial omgang med andre likesinnede. Og de kan få de tjenestene de fortjener, avslutter hun.

Helgøyas Rusletun – en gang guttehem og oppdragelsesanstalt. Så sentralinstitusjon, omsorgsbolig og sykehjem. Noen av beboerne kom hit som barn, deriblandt Bjørg Nyland (øverst) og Anne Marie Ottesen (nederst).

Foto: Privat





Cand.psychol. **Guro Hanevold Bjørkløf** forsvarte i desember sin doktoravhandling *Coping and depression in older persons* ved Institutt for klinisk medisin, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo. Prøveforelesning ble holdt over temaet *Diagnostiske utfordringer og ulike psykologiske intervensjoner ved depresjon hos eldre*.

REFERANSER

Bjørkløf, GH, Engedal KA, Selbæk G, Kouwenhoven SE & Helvik A-S (2013). Coping and depression in old age: a literature review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 35(3-4), 121-154.

Doi: 10.1159/000346633

Bjørkløf GH, Kirkevold M, Engedal KA, Selbæk G & Helvik A-H. (2015). Being in a Vice: Coping With Severe Depression in Late Life. *International Journal of Studies on Health and Well-being*, 10, 27187.

Doi: 10.3402/qhw.v10.27187

Bjørkløf GH, Engedal K, Selbæk G, Maia DB, Coutinho E, Silvia F & Helvik A-S. (2015). Locus of Control and Coping Strategies in Older persons With and Without depression. *Aging and Mental Health*.

Doi: 10.1080/13607863.2015.1040722.

Bjørkløf GH, Engedal K, Selbæk G, Maia, DB, Borza T, Benth JS & Helvik A-S. (2016). Can depression in psychogeriatric inpatients at one year follow-up be explained by locus of control and coping strategies? *Aging & Mental Health*.

Doi: 10.1080/13607863.2016.1262817

Mestring og depresjon hos eldre

Depresjon er en av de ledende årsakene til nedsatt funksjonsevne i verden, og trolig den vanligste psykiske lidelsen blant eldre. Effekten av behandling sent i livet er god, men langtidsprognosene er ikke like positive.

Bente Wallander (tekst/foto)

Hva var bakgrunnen for ditt forskningsprosjekt?

– Jeg hadde klinisk erfaring som psykolog om at eldre menn og kvinner håndterte sin depresjon på ulike måter og at dette kunne få betydning for hvordan det gikk med dem under og etter behandlingen. Personlig mestringsstil bidro til om pasienten sammen med meg som terapeut gikk inn for å identifisere og endre på det som kunne være viktig for hvorfor depresjon hadde utviklet seg. Dette ville vi undersøke videre i forskning ved også å undersøke om mestring virkelig hadde betydning for hvordan depresjonen hadde utviklet seg ett år etter behandling i alderspsykiatriske avdelinger.

Hva undersøkte du?

– Gjennom fire studier søkte jeg svar på hva som fantes av forskning fra tidligere på mestring og depresjon hos eldre; hvordan eldre opplevde og mestret depresjon og om det var statistisk sammenheng mellom mål på mestring og depresjon i utvalg av eldre uten depresjon og en gruppe innlagt i alderspsykiatriske sykehusposter i Norge.

Hva ble ditt hovedfunn?

– Vi fikk bekreftet at en klar sammenheng mellom mestring og depresjon hos eldre også gjelder for eldre innlagt i alderspsykiatrien med mer alvorlige former for depresjon. Denne gruppen eldre er det lite forskning med, noe som kan forklares av at forskere tidligere har tenkt de var for syke til å bli forsket på.

Hva fant du ellers?

– Interessant var funnet om at pasientene etter et år hadde mer depresjons-symptomer hvis de ved innleggelse hadde en høy bruk av problemløsnings-fokuserte mestringsstrategier. Dette er litt uventet, så lenge litteratur på mestrings-feltet over år viser at en aktiv og problemløsende stil er knyttet til mindre depresjon. Her er det omvendt. Fordi vi også gjorde dybdeintervjuer av en gruppe av pasientene fikk vi noen hypoteser for hvordan dette kunne henge sammen. Pasientene forteller nemlig om livskriser og egen eller nær persons sykdom og død, som kan ha vært utløsende for deres depresjon.

Hvilke planer har du videre?

– Jeg skal først og fremst fortsette i min stilling som fagsjef demens ved Aldring og helse. Jeg har også tenkt å videre følge opp gruppen vi har fulgt allerede noen år, som ikke har depresjon og har fungert som en kontrollgruppe for studien. Jeg har gleden av å skrive et kapittel her og der i reviderte læreverker om depresjon hos eldre. Det oppleves som nyttig at jeg kan spre kunnskapen fra dette prosjektet videre på flere måter. Eldre personer med depresjon er fortsatt en gruppe pasienter som får for lite tjenestetilbud og kunnskapen blant helsepersonell er fortsatt for liten. Jeg håper jeg kan bidra til at mer kunnskap når ut til flere grupper.

**MELLOMLEDEREN:**

Omsorg slik den beskrives i retningslinjer og rundskriv er det pleiefaglige ideal. Mellomlederne skal bidra til å gjøre helsepolitiske visjoner til virkelighet. I denne nye spalten spør vi: «Hvordan har du det på jobben?»

– Personalledelse er gøy

Bente Wallander (tekst/foto)

Sykepleier Anne-Guro Høye Strøm stortrives i rollen som leder ved Løvenstadtoppen, en avdeling for 32 personer med demenssykdom og kognitiv svikt i Rælingen kommune.

**NAVN:**

Anne-Guro Høye Strøm, sykepleier med videreutdanning i organisasjon og ledelse samt tverrfaglig veiledningspedagogikk (veiledning og coaching).

STILLING:

Avdelingsleder ved Løvenstadtoppen, en avdeling for 32 personer med demenssykdom og kognitiv svikt i Rælingen kommune, Akershus.

Hvor lenge har du hatt din nåværende stilling?

– Jeg begynte som avdelingsleder ved den tidligere skjermede enheten Solstua ved Fjerdingby i juni 2011. Fra desember 2015 ledet jeg både Solstua og skjermet enhet ved Løvenstad-tunet. De to avdelingene skulle flytte inn under samme tak i november 2016. I byggeperioden hadde jeg ansvaret for planlegging og gjennomføring av sammenslåingen.

Hvordan løste dere den oppgaven?

– Det var enighet om at pasienter og personale skulle settes sammen på ny, til best mulig fungerende grupper. Sammen med personalet vurderte vi blant annet pasientenes funksjonsnivå, hvem som hadde glede av hverandre og total pleiebelastning i hver av gruppene. Det var en tøff prosess for personalet, som fikk nye pasienter og kolleger samtidig, men de var robuste, og tålte det bra. Det som overrasket mest var pasientenes reaksjoner på omstillingen. De viste seg å være mye sterkere knyttet til hverandre og personalet enn vi trodde, og savnet de ga uttrykk for var sterkt. Hvis vi skulle gjort dette om igjen ville vi ha beholdt eksisterende pasientgrupper.

Hva innebærer stillingen din i dag?

– Det finnes en lang funksjonsbeskrivelse, som i kortform kan oppsummeres slik: Personal- og budsjettansvar for 38 årsverk, eller cirka 85 ansatte inklusive vikarer og helgeansatte. Daglig drift, med faglig oppfølging, økonomistyring og

sykefraværsoppfølging er en del av oppgavene. Vi har på avdelingen 32 plasser/pasientrom fordelt på to etasjer. Pasientene er delt i fire grupper, med åtte personer på hver gruppe. To rom i den ene etasjen er til rullering/korttidsopphold, mens vi i en av de andre gruppene har fire sterkplasser for spesielt krevende pasienter, med litt høyere bemanning.

Hva er det beste med jobben?

– Personalledelse er det jeg brenner for, og synes er gøy. Målet er at personalet skal føle seg delaktig, myndiggjort samt at de opplever å bli sett og hørt. Jeg vil også skape engasjement og faglig trygghet. Faget eldreomsorg er det jeg kan, og demensfeltet er veldig spennende.

Hva er din største utfordring?

– En av mine viktigste verdier som leder er å være tilgjengelig, men det har vist seg å være en utfordring på en så stor avdeling. Rælingen kommune hadde nylig et prosjekt knyttet til helhetlig ledelse, der man prøvde å finne optimal størrelse på ulike enheter. Som en følge av dette skal vi nå dele avdelingen i to, og ansette en avdelingsleder til. Det gir oss muligheter til å være tett på, synlige og tydelige nok, noe jeg tror er en suksessfaktor for godt fungerende avdelinger.

Opplever du ofte krysspress?

– Ja, både fra personalet, pårørende og øvrig ledelse. Som oftest dreier det seg om hensyn som må tas knyttet til budsjetter og forsvarlig drift innenfor eksisterende rammer. Jeg har stor tro på å informere personalet om rammene, og å jobbe jevnt og konstruktivt for å finne de beste løsningene innenfor disse. Som leder må man både tillate frustrasjon og beholde viljen til å lykkes. Så lenge de ansatte opplever at vi ønsker det samme, samarbeider vi godt, selv om vi ikke kan øke bemanningen.

Hva er ditt faglige fokus?

– Vi har som mål å yte personsentrert omsorg. For å få til dette har vi blant annet innført VIPS-fagmøter¹, et godt verktøy som virkelig tar pasientenes perspektiv. Dette utfordrer oss med hensyn til hvordan vi tenker og vi må i større grad reflektere over det vi gjør. Det er viktig for meg å være godt inne i det som skjer på avdelingen, jeg er rundt og i miljøet daglig. Min dør er alltid åpen, hit skal de ansatte kunne komme og dele både sin frustrasjon og glede. Så tar vi en prat, og blir enige om hvordan ting kan løses.

Hva er din omsorgsutopi?

– Det som varmer hjertet mitt mest, er å kunne bidra til engasjerte og myndiggjorte medarbeidere. Det snakkes mye om velferdsteknologi, men vi må ikke glemme at det er menneskene på jobb som gir omsorg og skaper trivsel og trygghet hos pasientene. Hvis vi får dette til å passe sammen, vil velferdsteknologien gi oss overskudd og kontroll. Da slipper personalet å gå hjem med dårlig samvittighet, og følelsen av at jobben blir for mye for dem. De kan tvert imot kjenne på følelsen av å ha gode arbeidsdager, der de kan få ivaretatt pasientene på en god måte!

1) Demensomsorgens VIPS er en modell for å implementere og opprettholde personsentrert omsorg i sykehjemsavdelinger og hjemmetjenester.

– En av mine viktigste lederverdier er å være tilgjengelig, sier Anne-Guro Høye Strøm.





Mona Borkenhagen (t.v.) er en av mange ivrige syklister på seniorsenteret. – Ofte står folk i kø for å bruke denne sykkelen, der du kan se filmer fra ulike steder i verden mens du sykler, opplyser miljøterapeut Jannicke Kirkelund.

Furuset seniorsenter – møtested for pensjonister og trygdede i alderen 50+.

Bente Wallander (tekst/foto)

Furuset seniorsenter er et aktivitets-
hus for seniorer. Her gis det et fore-
byggende og variert aktivitetstilbud til
Alnas eldrebefolkning. Seniorveileder
i Alna nord, Aina Westby, driver også
oppøkende og forebyggende arbeid.

Seniorsenterets informasjonsskjerm gir de besøkende et godt inntrykk av
stedets vitalitet. Gjennom en rekke ulike oppslag forteller den om kurs,
trening og andre aktiviteter. Senteret fungerer som en fritidsklubb for pen-
sjonister og trygdede fra 50+.

– Vi er til stede hele tida, og døra står åpen. Her skal det være lett å komme
innom, sier senterets daglige leder Mari-Anne Stømner Daae.

Et vell av aktiviteter

Senteret har et aktivt brukerråd som arrangerer hyggetreff og turer.

– Brukerrådet har egen bil som kjøres av frivillige sjåførere. De kan hente
brukere til seniorsenteret, og kjøre dem hjem etterpå, forteller Stømner
Daae.

– Samværet styrker sosiale relasjoner. Noe av det viktigste som skjer her, er at brukerne etablerer nettverk. Andre brukere spør etter deg dersom du er borte en dag. Mange har et godt nettverk, andre ikke. Det å ha et nettverk betyr utrolig mye for livskvaliteten!

Aktivitetene ved senteret kan friste mange. Her kan man delta i:

- Styrke- og balansetrening på seniorsenteret
- Dansetrim
- Pilates og styrke-/spensttrening på treningssenter i nærmiljøet
- Datakurs
- Bingo, håndarbeids- og strikkegrupper
- Spanskurs
- På senteret tilbyr man også kulturkafé, dans, quiz, bowling-wii, treningssyssel med film, samt ergometersyssel.

– Med et brukerkort fra seniorsenteret til 400 kroner pr år, får de som ønsker ytterligere trening avslag på prisen på et treningssenter i nærheten, i tillegg redusert pris hos frisør og fotterapeuter på seniorsenteret.

Samtale med seniorer

– Det er viktig å nå bydelens seniorinnbyggere tidlig med forebyggende informasjon, sier bydelens seniorveileder Aina Westby.

For å etablere kontakt sender Aina brev til alle innbyggere i Alna nord, som er eldre enn 77 år, og som ikke har tjenester fra bydelen. De får tilbud om forebyggende og helsefremmende samtale, eventuelt hjemmebesøk. Cirka halvparten av de som mottar brev kommer til samtale innen 14 dager.

– I samtalene er jeg opptatt av hva som er viktig for den enkelte, og hvordan de har det i hverdagen. Vi forsøker å finne ut hva som må til for at den enkelte skal kunne bo hjemme lengst mulig, gjerne livet ut om han/hun vil. Som seniorveileder er jeg opptatt av den enkeltes ressurser og opplevelse av mestring. Hverdagsaktivitet, ernæring, sosialt nettverk, økonomi, trygghet og fallforebygging er viktige samtaleemner. I tillegg snakker vi om det å ha en trygg og sikker bolig, som også er egnet for kommende år. Alle som deltar i samtaler får med seg en mappe med informasjon om disse temaene. De som bruker nett får også informasjon om nyttige aktuelle nettsider som Helsenorge.no. Brukere av Furuset seniorsenter kan også gjøre avtale om samtale, sier Westby.

Helse og hverdagsliv

Seniorveilederen fokuserer på helheten, med tanke på helse og hverdagsliv.

– Jeg møter mennesker i mange ulike livssituasjoner. Ved hjelp av samtalene kan vi blant annet fange opp tegn på tidlig demenssykdom, om de har falt, er plaget av ustøhet, ernæring, ensomhet med mere. Vi informerer også om seniorsenterets og bydelens tilbud. De fleste blir positivt overrasket over at det finnes så mange muligheter.

Ernæring er viktig, og seniorsenteret serverer derfor varm middag hver dag.

– Hjemmeboende eldre vet kanskje ikke at de kan komme til seniorsenteret for å spise. Dette er det viktig å opplyse dem om. Andre, også pårørende, ønsker veiledning om hjelpeapparatet. Vi møter flere som er spreke, trener, og har god helse og livskvalitet. Men vi møter også eldre i tidlig fase av kognitiv svikt, som ikke har familie og venner, eller et apparat rundt seg. Av og til møter jeg seniorer som opplever vold i nære relasjoner, og flere som er deprimerte. Det er viktig med fokus på psykisk helse også hos seniorer. I slike tilfeller, kan vi bistå den enkelte med å få kontakt med tjenesteapparatet.

Integrerer flere brukere

I samarbeid med bydelens hukommelsesteam blir personer med demens inkludert i seniorsenterets miljø.

– Vi har et dagaktivitetstilbud for personer i tidlig fase av demenssykdom. Deltakerne får transport til seniorsenteret, og de deltar både i tilrettelagte aktiviteter for gruppen og i fellesaktiviteter på seniorsenteret. De kjøper middag her, deltar på turer og arrangementer. En ansatt miljøterapeut har ansvar for tilbudet, opplyser Mari-Anne Stømner Daae.

En stor del av seniorsenterets virksomhet baseres på frivillighet.

– Vi har fem på «jobb» hver dag, forteller Mari-Anne; Sjøfør, kontorpersonale, kjøkkenpersonale, en vertinne som bidrar til at alle føler seg velkomne og en frivillig i dagaktivitetstilbudet. De fleste er pensjonister.

Midt i smørøyet

Seniorsenteret på Furuset ble startet for 37 år siden. På Furuset senter har de nå holdt hus i 35 år. Senteret er ett av to seniorsentre i Bydel Alna, som har 50 000 innbyggere.

– Vi kunne nok ønsket oss litt mer plass til alle aktivitetene. Men tilgjengeligheten er god, vi ligger nær t-bane, buss og et butikksenter. Slik sett ligger vi midt i smørøyet, fastslår Aina Westby.

Måltidsfellesskapene er viktig. Man kan hele formiddagen kjenne duften av mat. Brukerne betaler 60 kroner per middag. Det tilbys varm middag fem dager i uka og to ganger i måneden inviteres det til lunsjbuffet.

– Mange føler større trygghet, fordi de vet hvor de kan henvende seg hvis de har spørsmål. Terskelen for kontakt er lav, i tilfeller der vi ikke kan hjelpe viser vi gjerne vei videre. Å holde fokus på folks ressurser er for oss et kjempeviktig perspektiv. Mange sier at de opplever bedre livskvalitet og trygghet ved å komme til seniorsenteret. Flere får nye venner og bekjentskap, avslutter Mari-Anne Stømner Daae og Aina Westby.



Ved Furuset seniorsenter serveres varm mat fem dager i uka. – I dag serverer vi fleisk og duppe, forteller to av de frivillige kjøkkenhjelperne, Cathrine Myhr og Randi Rønningen. (Øverst t.v.)

Brukerrådets medlemmer Anne-Lise Michelsen og Bjørg Fossum jobber som frivillige på kontoret. (Over t.h.)

Det er kulturkafé på senteret og Tove Jensen foredrar om sin «Lyckliga gata». (I midten t.v.)

Seniorveileder Aina Westby er opptatt av å få kontakt med bydelens seniorer. (t.v.)

Et demensvennlig toalett – hva er det?

Bente Wallander (tekst)

Hvordan planlegge et toalett slik at det blir demensvennlig? Det var spørsmålet Anita Fjellberg stilte seg som del av sin videreutdanning i demensvennlige fysiske omgivelser ved Høgskolen i Sørøst-Norge.

Anita Fjellberg er hjelpepleier med videreutdanning i demens og alderspsykiatri, VIPS-instruktør, DCM-sertifisert og som kursholder innen musikkbasert miljøbehandling. Hun er for tiden ansatt som hjelpepleier med videreutdanning ved Valle dagsenter for personer med demens, og også del av Bydel gamle Oslos demensteam.

Fjellberg tok høsten 2016 videreutdanning i demensvennlige fysiske omgivelser (DFO) ved Helsevitenskapelig fakultet, Campus Drammen. Som en del av oppgaven planla og etablerte hun et demensvennlig toalett på dagsenteret der hun arbeider.

Lyst og for dårlig merket

– Jeg opplevde dagsenterets toalett som for dårlig merket, og de fysiske omgivelsene gikk i for lyse farger. Dette gjorde det vanskelig for personer med kognitiv svikt, demens og/eller svaksynte å orientere seg. Gjentatte ganger så jeg at brukere ikke fant toalettet, eller at de måtte ha hjelp til å orientere seg der inne, sier Anita Fjellberg.

Etter tilrettelegging kan de fleste brukere nå gjøre sine toalettbesøk uten assistanse. Fjellbergs hovedbudskap er at den beskrevne tilretteleggingen er enkel, rask og rimelig å utføre, og at dette kan gjøres uten at det påvirker daglig drift.



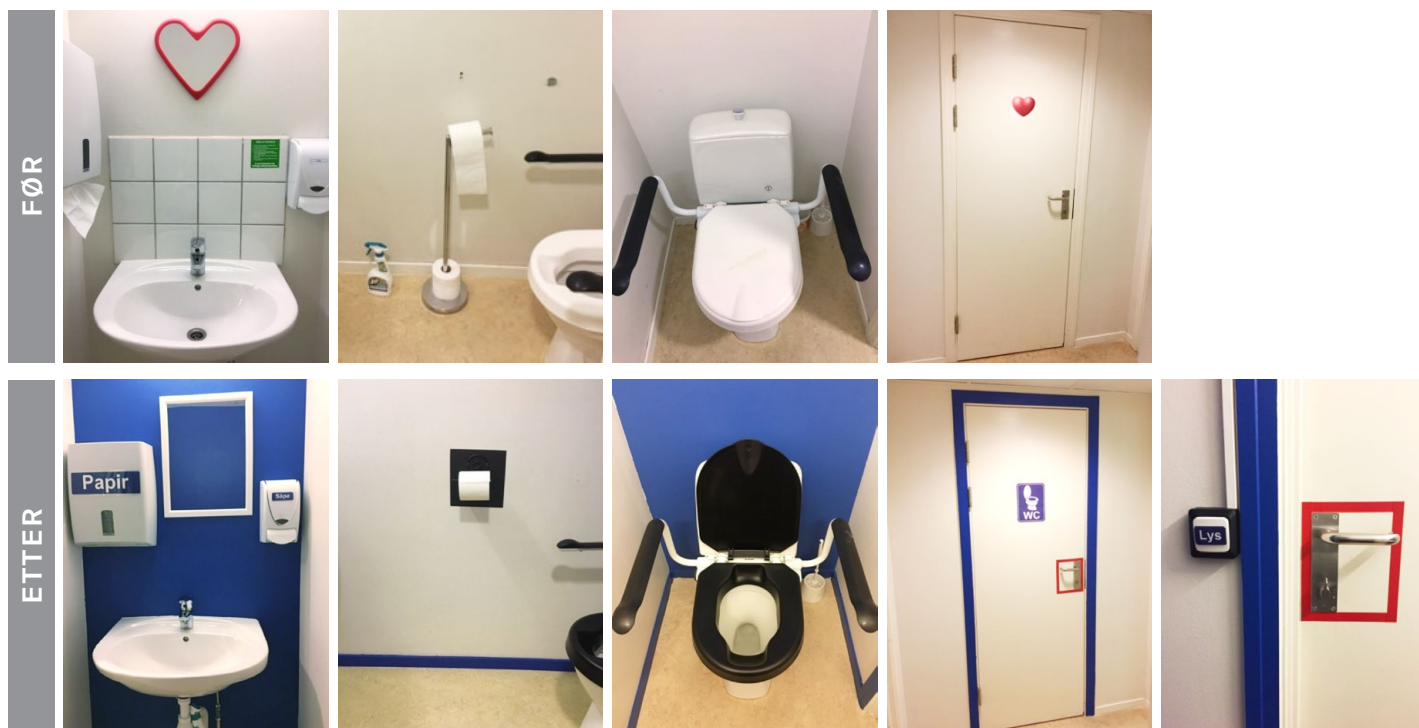
Anita Fjellberg

– At brukere med demens nå melder tilbake at det «er enkelt å gå på do uten hjelp», gir meg en god bekreftelse. Hvis det fysiske miljøet kan hjelpe en person med å klare seg på egenhånd i hverdagen bør det ikke vurderes om det skal tilrettelegges som DFO, men *når* det skal tilrettelegges. Jeg kan derfor anbefale andre å utføre liknende tiltak, både ved institusjoner og hjemme hos personer med demens. DFO bidrar til mestringsfølelse hos personer med kognitiv svikt og demens og denne mestringsfølelsen fører til økt livskvalitet.

Utfordringen

Ved dagsenteret var alt av fysiske omgivelser lyst; Tak, vegger, dører, lister, gulv og interiør. Senteret er fordelt over tre avdelinger med lange korridorer og mange dører. To av avdelingene er for personer med demens.

– I *Demensboka* sier Signe Tretteteig at «Et godt tilrettelagt fysisk miljø bidrar til at brukere har mulighet til et meningsfullt liv der de kan være mest mulig selvstendige». (1) Jeg så brukere som ikke fant fram til toalettet til tross for at enheten er relativt liten. Deres største utfordring var å finne døra inn til toalettet, samt å skille mellom interiøret og de fysiske rammene rundt toalettet, som vegger, gulv og tak. Risikoen for fall var også til stede, fordi det stod løse gjenstander rundt på gulvet.



Før var alt i lyse farger, slik at brukere med demens hadde problemer ved toalettbesøk om de ikke fikk veiledning. Toalettrullholderen var plassert slik at det var fare for fall. Med kontrastfarger og merking ble rommet mer demensvennlig.
Foto: Anita Fjellberg

Tok fritiden i bruk

Anita Fjellberg brukte Oslo kommunes sjekkliste for demensvennlige fysiske omgivelser (2, s.15) som utgangspunkt for planlegging av tilrettelegging på toalettet. Utfylt sjekkliste ble gjennomgått sammen med leder, som også sørget for godkjenning av endringen hos bygningsansvarlige.

For å få utført det rent praktiske benyttet Anita egen fritid på kvelder og helger.

– Jeg valgte å tilrettelegge rommet selv av flere årsaker, blant annet at det ikke skulle være til hinder for brukerne. Utover i et demensforløp får pasienten stadig større problemer med å klare seg i det daglige, og til å orientere seg i rom (3). Desorientering kan føre til at stedsansen går tapt, og tilrettelegging av de fysiske omgivelsene er påkrevd. Dette er viktig dersom personen skal kunne bruke sine gjenværende ressurser optimalt, bevare sin identitet og selvfølelse og oppleve mestring og livskvalitet.

Dette ble gjort

– For å imøtekomme anbefalte tiltak om konkret og lett forståelig informasjon ble toalettdøren og WC merket med hvit tekst på blå bakgrunn på (skilt med piktogram), papirdispenseren ble merket *Papir*, såpedispenser ble merket *Såpe* og lysbryter ble merket *Lys*, forteller Anita.

– Ord som er skrevet med store bokstaver er ikke bestandig lettere å lese enn ord skrevet med små bokstaver. Det som er viktig er at man lettere oppfatter ord slik man er vant til å lese dem. (1). Med bakgrunn i dette benyttet jeg derfor en kombinasjon av store forbokstaver etterfulgt av små bokstaver og kun store bokstaver på WC siden det er slik man er vant til å lese det, fortsetter hun.

– Etter å ha etablert kontraster på toalettet kan alle brukere nå klare seg uten hjelp. Toalettrullholder er fastmontert på vegg og rengjøringsmiddel er fjernet fra gulvflaten slik at fallrisiko er redusert. Det er viktig å være bevisst på fargevalg, blå og grønn kan være vanskelig å skille for eldre fordi øyets linse «gulner» med alderen.

Skapte kontraster

Dørhåndtaket er sølvgrått og døren lys. Ved å markere med en rød ramme på døren rundt dørhåndtaket både på inn- og utsiden, skal det bli lettere å finne.

– En farget setering vil være mer iøynefallende enn hvit setering på hvitt porselen. Siden jeg ikke fant toalettforhøyere med farge på markedet, valgte jeg å lakkere denne i sort farge for å oppnå klar kontrast mot porselenet. I byggtেকnisk forskrift (3) §12-9 andre ledd bokstav a) er det krav om at gulv og vegg skal ha synlig fargekontrast og fastmontert utstyr skal ha synlig fargekontrast til gulv/vegg. (3) Med bakgrunn i dette ble gulvlistene inne på toalettet og dørlistene på inn- og utsiden av toalettet malt med blå farge. Dette ga et klart skille mellom gulv og vegg samt at døren ble enkel å lokalisere på den lyse veggen. For å fremheve fastmontert utstyr ble vegger bak servant og toalett malt blå.

REFERANSER:

1. Tretteteig S. (Red.). Demensboka, lærebok for helse- og omsorgspersonell. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2016.
2. Geria. Demensvennlige omgivelser – fysisk miljø i sykehjem og dagsentre. 2010 <http://www.flashbook.no/helseetaten/institusjon/#/1/>.
3. Byggtেকnisk forskrift. Direktoratet for byggkvalitet – bad og toalett. 2010 <https://dibk.no/byggeregler/tek/3/12/ii/12-9/>.

Et liv med CP setter sine spor:

– Blir nok en ung pensjonist

Bente Wallander (tekst/foto)

Kjetil Korbu Nilsen har vært olympisk mester, både på idrettsbanen og i eget liv. Han lever godt med cerebral parese, men innsatsen har hatt sin pris. 47-åringen ser allerede pensjonisttilværelsen i hvitøyet.

Han har deltatt i idrett på nasjonalt og internasjonalt nivå i mer enn 20 år, og kan med stolthet vise fram medaljer fra en rekke store mesterskap. Han har et arbeid han trives med og trener fortsatt aktivt. Kongsbergmannen ser seg likevel nødt til å planlegge tilværelsen som pensjonist.

– Det er bare å innse at jeg har brent lyset i begge ender. Prosessen har pågått i flere år, jeg har allerede trappet ned til 40 prosent stilling fordelt på alle hverdager. Om en to-tre års tid regner jeg med å måtte gi meg helt. Det skal faktisk bli godt óg, sier han.

Stolt av beina

Kjetil så dagens lys i 1971. Surstoffmangel under den for tidlige fødselen kan ha forårsaket hans cerebrale parese. Kjetil har CP med *spastisk diplegi* i begge bein. Hjernens balansesenter er også noe skadet.

– Født i dag hadde jeg kanskje vært helt frisk, men slik nytter det ikke å tenke. Jeg har levd med denne kroppen bestandig og er stolt av beina mine. De har bragt meg masse glede. Det er dette som er meg, sier han.

Oppveksten med funksjonsnedsettelse bød på sine utfordringer.

– Selvfølgelig. Jeg forsto jo etter hvert at jeg ikke var helt A4, og det hendte at jeg tenkte «Hvorfor skal en del ting være så mye vanskeligere for meg?» Men det finnes mange som har opplevd større utfordringer i livet. Kanskje har

jeg fått litt ekstra å bære fordi jeg har så sterk rygg?

Lærte å gå – tre ganger

Kjetil ble en fighter som begynte å gå fire år gammel, til tross for spådommer om at han aldri ville klare det. Halvannet år senere lærte han å gå på ny, etter å ha operert sine innoverroterte bein. Og som ikke det var nok; 16 år gammel måtte han lære seg å gå for tredje gang.

– Inntil da hadde jeg gått på tærne. Ved hjelp av åtte inngrep i samme operasjon ble jeg blant annet i stand til å sette begge beina i bakken, og kroppen ble mye mere utstrakt. Men det hadde sin pris. Jeg mistet noe av bevegeligheten i knærne.

Kjetil håper at han slipper flere operative inngrep.

– Ikke minst fordi prosessene er så langvarige. Jeg har artroser i hoftene som kan opereres. Dette innebærer for de fleste tre-fire måneder med rekonvalesens, mens det for meg vil være snakk om 10-12 måneder. Det påvirker et liv. Mentalt krevende å gå inn i det er det også.

Idrett for livet

Kjetil har så lenge han kan huske løpt og spilt fotball og basket som de andre gutta. Han ville ikke være en «cp-gutt», og gikk sin egen vei, lik enhver annen gutt og voksen.

– Det var aldri noe spørsmål om hva jeg kunne eller ikke. Når bestefar gikk med trillebåra og la



Kjetil har både gull- og sølvmedaljer fra paralympiske vinterleker.



En gang skal Kjetil Korbu Nilsen flytte til fjells. – For å trene. Trening er en viktig jobb for meg og andre med funksjonsnedsettelse.

grus i veien krabba jeg nedover ved siden av ham og fikk sitte i båra på vei opp. Jeg tror at foreldre ubevisst kan begrense barna. Mange spurte for eksempel: Blir du ikke sliten? Jo, selvsagt ble jeg det. Men skjerming ville vært feil. Livet der ute er noe du bare må venne deg til.

– Jeg har nok trossa mange vedtatte sannheter, men i nærmiljøet har jeg aldri følt meg annerledes.

Etter hvert kom han til Beitostølen, der han ikke bare la grunnlaget for sin sportskarriere.

– Beitostølen og miljøet der har betydd ekstremt mye for meg! Jeg har i tillegg hatt støtte fra venner og familie opp gjennom årene. De har behandlet meg som meg, uavhengig av CP-en. Vi er alle avhengig av nettverk rundt oss for å bli gode. Uten kompisene mine hadde jeg ikke fått til noe. Jeg skulle gjerne satt dem på sokkel!

Topp innsats – på godt og vondt

Kongsbergguttens idrettskarriere er for omfattende til å skulle gjengis i denne artikkelen, men nevnes kan at han har spilt kjelkehockey på internasjonalt nivå i mange år, og i mange land. Kjetil har både gull- og sølvmedaljer fra paralympiske vinterleker på Lillehammer, i Nagano, Salt Lake City og Torino. Han har vært med i flere VM, og et utall nasjonale og internasjonale konkurranser.

– Jeg hadde utvilsomt hatt et mye kjedeligere liv uten skøyter, ski og fotball. Det har gitt meg så mye!

Etter å ha utdannet seg til idrettspedagog har Kjetil jobbet med folk med funksjonshemninger hele livet. Først i Kongsberg kommune, så i Norges Funksjonshemmedes Idrettsforbund, NFI. I to år var han så prosjektleder for Helse Sør-Øst, før han i 2011 gikk over i sin nåværende jobb for Norges Motorsportforbund.

Trening en del av jobben

Akkurat nå er Kjetils største utfordring at kroppen ikke følger på.

– Jeg får spasmer når jeg setter meg ned etter en strevsom dag. Da får jeg ikke til å sove. Derfor må jeg ta meg inn, ofte må jeg sove i over et halvt døgn etter å ha vært på jobb én dag. Trening gir oss alle overskudd, men for meg og mange andre med funksjonsnedsettelse er det å trene også en jobb. Uten trening blir jeg dårligere, det rammer blant annet balansen. Jeg har ikke som mange med CP fått påvist fatigue, men jeg kjenner jo at strikken ryker fortere. Det er ikke lett å si hva som ville vært det beste. Hvis jeg hadde brukt beina mindre, ville det gått ut over annen muskulatur.

Kjetil innser derfor at han ikke kan fortsette i jobben til han blir 67.

– Takket være ordningen med Tidsubestemt lønnstilskudd (TULT) har jeg de siste årene kunnet jobbe redusert, og fortsatt motta full lønn. NAV dekker «gapet». TULT er en fin ordning for folk som har full jobb, og ser at uførhet ikke er en løsning. Den medfører blant annet at jeg beholder vanlig lønn og får råd til et vanlig hus. Når de tre døtrene mine er voksne, og jeg ikke er like avhengig av dette livet, vil jeg selge alt jeg har her og flytte til fjells for å få bedre livskvalitet de årene jeg har igjen. Det blir ikke enda, de må stå litt til på egne bein først.

– Det er nok lurt for mange med funksjonsnedsettelse å tenke over hva livet skal være. Skal vi komme hjem hver dag helt utslitt? Alle fortjener vi livskvalitet, livet skal ikke bare være å eksistere. Mange med mine utfordringer ville ikke klart å stå i arbeid til de ble 50. Det jeg har gjort får være bra nok!

Praksis med eldre for profesjonsstudiet i psykologi i den kommunale helsetjenesten

Psykologutdanning i Norge har ikke inkludert aldring og eldre som sentrale områder i studiet. I Tromsø har trenden blitt endret og det er sju år siden kunnskap om aldring og praktisk arbeid med eldre i kommunen ble integrert i profesjonsstudiet.

I Norge, som i mange andre land i Europa, har det blitt satt i gang ulike programmer og initiativer for å stimulere den faglige aktiviteten innenfor helse, omsorg og forskning på eldre. Det betyr at fagfelt som geriatri og gerontologi – som ikke har vært spesielt attraktive for studenter – må revitaliseres. Disse fagene, som omhandler studiet av eldre og aldring på ulike nivåer og ut fra forskjellige problemstillinger, krever at flere grupper av helseprofesjoner og fageksperter samarbeider. Tverrfaglig samarbeid innenfor gerontofag er absolutt nødvendig for å kunne møte utfordringene som følger med eldrebølgen. Samtidig er det et stort behov for å gi grunnkompetanse om eldre på tvers av profesjoner, så tidlig som mulig i utdanningsløpet.

Blant psykologer som jobber med eldre er det svært få som har spisskompetanse innenfor aldringspsykologi. Kompetanse for å jobbe med eldre tilbys normalt som spesialisering, men inngår knapt i grunnleggende utdanningsprogrammer. Blant de landene som har aldringspsykologi som en del av grunnutdanningen, er USA, Canada og Australia (1). Ekspertene på området er enige om at denne trenden må endres. Tiden er inne for å kreve at psykologer får kompetanse på hele livsløpet med særlig fokus på eldre mennesker. Den manglende

interessen for aldringspsykologi som fag og som arbeidsområde er imidlertid en stor utfordring. Det er et faktum at de fleste studentene innenfor de relevante profesjonene ikke har noen intensjon om å satse på en karriere med eldre og aldring som hovedfokus. Dessverre er psykologer og psykologistudenter også sterkt rammet av denne holdningen, som er en form for «alderisme» (2). Forskning viser at langt flere får interesse for å jobbe profesjonelt med denne delen av befolkningen dersom de tidlig i utdanningsløpet eksponeres for kunnskap om og praksis med eldre (3).

Teori og praksis om eldre for psykologistudenter: en modell fra Tromsø

I tråd med det som er skissert i innledningen innførte Institutt for psykologi ved Universitetet i Tromsø et sammensatt program om eldre og aldring i profesjonsstudiet. Både Tromsø kommune, og senere også Balsfjord, Karlsøy og Harstad kommuner har støttet opp om prosjektet. Opplegget er i tråd med internasjonale ønsker om å tilby undervisning om eldre i grunnutdanningen for psykologer, og er i tråd med samhandlingsreformen i Norge (St. meld. Nr. 47, 2008-2009).

SKREVET AV
Claudia
Rodríguez-Aranda,
Dr. Psychol.
Institutt for psykologi,
Universitetet i Tromsø

Kort beskrivelse av innholdet

Teori om aldringspsykologi samt praksis med eldre mennesker i førstelinetjeneste er innført på profesjonsstudiets tredje år. Teorikomponenten omfatter metodikk, basale begreper om aldring, kunnskap om normale endringer av vitale funksjoner knyttet til sansing og kognisjon i alderdommen, samt om patologiske tilstander med særlig vekt på demens. Videre får studentene innsyn i helsefaktorer som påvirker aldring og ulike former for evaluering og utredning av eldre. Sosiale aspekter på individnivå som omhandler arbeid og pensjon er tatt med i programmet sammen med overordnede temaer som eldrepolitikk og eldreomsorg i Norge.

Etter at rundt 60 prosent av forelesningene er fullført, sendes studentene ut i en ukes praksis. Her skal studentene ha kontakt med eldre og gjennomføre intervjuer og evalueringer med tre til fem eldre pasienter/brukere. Dette skjer ved sykehjem, dagsentre, i hjemmetjenesten og omsorgsboliger, og studentene må her samarbeide med andre faggrupper involvert i eldreomsorg. Det er en forutsetning at studentene jobber selvstendig og er godt forberedt til praksis siden det ikke er aldringspsykolog/psykologspesialist til stede på praksisplassene. Derfor er det innført en obligatorisk og intensiv arbeidsuke i forkant av praksis som skal sikre at studentene tilegner seg nødvendig kunnskap for å møte de eldre pasientene/brukerne. I løpet av denne uken lærer studentene å samarbeide med de ulike faggruppene som er involvert i eldreomsorgen og de får direkte innblikk i hverdagen ved disse arbeidsplassene. I løpet av selve praksisuken skal studentene blant annet kartlegge depresjon, men også pasientenes/brukernes allmenne kognitive og funksjonelle tilstand. Resultatene videreformidles til hver praksisplass, noe som har vist seg å være svært nyttig for forbedring av omsorg og pleie for den enkelte pasient/bruker.

Liten historikk: Start av praksis

Da vi i 2010 satte i gang prosjektet, møtte vi både velvilje og skepsis. På det første møtet med Tromsø kommune kom det kritiske spørsmålet: «Men, hva skal vi med psykologistudenter på sykehjem?». Mens studenter fra andre helseprofesjoner ble sett på som en avlastning i den daglige driften i eldreomsorgen, var man langt mer usikre på hva psykologistudenter kunne bidra med ved et sykehjem.

Selv om det ikke var helt enkelt å fortelle hvilke positive følger en slik praksis ville få, var det nok nysgjerrighet og interesse hos de ansvarlige i kommunen til at praksisprosjektet

ble godkjent i løpet av kort tid. Samme år ble seks praksisplasser etablert, og 24 studenter ble prøvekaniner i prosjektet. Det ble overraskende nok en suksess fra første stund. Sykepleierne heiet fram tiltaket fordi de så det som stimulerende for sektoren og som et incentiv for framtidig rekruttering av helsepersonell innen eldreomsorg. Også studentene fortalte om det positive ved å få møte de eldre, spesielt de som ble sendt til distriktene, hvor vi for øvrig har oppnådd de beste resultatene av praksisen. Siden 2010 har mer enn 200 studenter (sju studentkull) fått erfare hvordan det er å jobbe med eldre pasienter ved sykehjem og med eldre brukere av kommunale helsetjenester. Og per dags dato er studentene fortsatt positivt overrasket over hva de lærer i møtet med eldreomsorgen.



Fordeler for kommunen og deltakere i praksis

Resultater fra praksisen kommuniseres til praksisplassene i slutten av praksisuken for å kunne benyttes på best mulig måte i videre behandling og omsorg. Studentene kartlegger individer med spesielle behov, noe som er særlig viktig for brukere av hjemmetjenester og dagsentre som ikke er under konstant tilsyn av helsesystemet. Kartlegging av kognitiv og funksjonell status er relevant med hensyn til samhandlingsreformen. Det skyldes at reformen krever mer kommunalt ansvar for å fremme forebyggende tiltak tidligst mulig i sykdomsforløpet og før tung pleie og omsorg blir nødvendig. Hvert år bidrar våre studenter med kartlegging av kognitiv dysfunksjon og/eller depresjon som ikke har blitt utredet. Det er

▲ Siden 2000 har mer enn 200 psykologistudenter fra Universitetet i Tromsø erfart hvordan det er å jobbe med eldre pasienter ved sykehjem og med eldre brukere av kommunale helse-tjenester. Ill..foto: Privat

Terje Lockertsen og
Ingeborg Berg Nilssen
(kull-13), høst 2015.
Ill..foto: Privat



velkjent at demens er underdiagnostisert i primærhelsetjenesten (4) og at tidlig diagnostisering betyr mye for tidlig medisinerings og dermed høyere sannsynligheter for at pasienten kan gis forlenget opphold i eget hjem. I tillegg har studentene bidratt med nyttig informasjon om pasientenes behov for flytting til rette avdelinger innenfor sykehjemmene og for tilpasset pleie. Også de eldres ressurser og intakte funksjoner er blitt registrert i evalueringene, noe som på sikt kan hjelpe til å sette i gang tiltak og intervensjoner for å bevare disse funksjonene. Bare det siste året ble 138 eldre utredet av våre studenter som dermed har ytt viktige bidrag til eldreomsorgen i kommunen.

Utfordringer

Et nytt opplegg har også gitt utfordringer knyttet til økonomi, logistikk og ressurstilgang. Tross en positiv start viser det seg at vi i dag må arbeide hardere for at vi skal få beholde praksisen med eldre. Da Det helsevitenskapelige fakultet og Tromsø kommune valgte å samordne praksisplassene for alle profesjonsstudier ved UiT, mistet vi den viktige direkte kontakten med praksisplassene. Antallet studenter har samtidig økt, noe som krever flere ressurser, praksisplasser og mer administrativt arbeid. Uten god forankring i institusjonsledelsen er det derfor utfordrende å lykkes med nye utdanningsformer over tid.



Studenter i praksisuke 2015 ved Karlsøy omsorgssenter, Karlsøy kommune. Sitat fra studentenes evaluering: «Vi sitter igjen med verdifull erfaring om hvordan det er å teste eldre. Alle hadde et positivt inntrykk av dette, og synes det var lærerikt og interessant. Vi fikk også trening i måter å tilnærme oss de eldre, enten de var oppegående, syke eller depressive». Ill..foto: Privat

«Milepæl» og veien videre

Siden innføringen av praksisen har vi merket en økende interesse blant våre studenter for aldringspsykologi. De fleste studentene oppfatter praksis som en god erfaring å ha med seg og mange viser en større interesse for feltet. Mange studenter har skrevet sine semesteroppgaver, hovedoppgaver og masteroppgaver innenfor aldringspsykologi, og vi har nå fire stipendiat-er innenfor gerontopsykologi. I tillegg er det flere som spør om mulighete- ne for videre arbeid med eldre. Da Tromsø kommune nylig opprettet en stilling som psykolog for eldre på sykehjem, meldte flere studenter og ny- bakte psykologer sin interesse for stillingen.

Psykologarbeid i Tromsøs kommunale eldreomsorg har et stort poten- siale i form av tidlig utredning, kartlegging av behov som påvirker mental helse samt iverksetting av intervensjoner og terapier. Psykologer kan hjelpe eldre mennesker og deres pårørende til å mestre stress i vanskelige situa- sjoner, som ved flytting til sykehjem, tap av nære forhold og ved nedsatte funksjoner på grunn av sykdomsforløp. Selv om enkelte har satt spørsmåls- tegn ved om det er riktig å bruke så mange ressurser på en såpass kortvarig praksis, mener vi det er en riktig satsing. Den «lille dosen» eldrekontakt har stor effekt, og vi kan bekrefte at erfaring og kontakt med eldre gir økt in- teresse for å jobbe med denne populasjonen (5). Det er ofte slik at noen opplevelser kan prege mennesker på en spesiell måte selv om opplevelsen er av kort varighet.

Den praksisen vi har etablert er så langt enestående i Norge, og den har gjort inntrykk på veldig mange studenter. Det er undertegnede håp at stu- dentenes erfaringer med eldre og med helsepersonale i denne nye og ukon- vensjonelle sammenhengen vil bli godt husket og brukt videre i deres frem- tidige arbeid som psykologer. Jeg avslutter denne redegjørelsen med et sitat som henger utenfor kontoret og som bør formidles til alle som stusser på hvorfor man skal satse på aldringspsykologi: «Think aging, it's your futu- re!».

claudia.rodriquez-aranda@uit.no

Forfatteren ønsker å takke professor Rolf Gaasland for konstruktive innspill og korrekturlesing.

REFERANSER:

1. Pachana, N. A., Emery, E., Konnert, C. A., Woodhead, E., & Edelstein, B. A. (2010). Ge- ropsychology content in clinical training programs: a comparison of Australian, Canadian and U.S. data. *International Psychogeriatrics*, 22, 909-918.
2. Bryant, C. & Koder, D. (2015). Why psychologists do not want to work with older adults - and why they should .. *International Psychogeriatrics*, 27, 351-354.
3. Koder, D. A. & Helmes, E. (2008). Predictors of working with older adults in an Australian psychologist sample: Revisiting the influence of contact. *Professional Psychology-Resear- ch and Practice*, 39, 276-282.
4. Connolly, A., Gaehl, E., Martin, H., Morris, J., & Purandare, N. (2011). Underdiagnosis of de- mentia in primary care: Variations in the observed prevalence and comparisons to the expected prevalence. *Aging & Mental Health*, 15, 978-984.
5. Allen, R. S., Crowther, M. R., & Molinari, V. (2013). Training in Clinical Geropsychology: Predoctoral Programs, Professional Organizations and Certification. *Training and Educati- on in Professional Psychology*, 7, 285-290.

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Alderspsykiatriske pasienter har ofte et komplekst sykdomsbilde, hvor både psykiske, fysiske og sosiale forhold påvirker atferd og symptomer. I tillegg er flere yrkesgrupper med ulike perspektiver involvert i behandlingen av den enkelte pasient, noe som bidrar til økt kompleksitet. Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens (TID) har i en randomisert kontrollert studie vist reduksjon i nevropsykiatriske symptomer hos personer med demens i sykehjem. TID er en problemløsningsmodell som bygger på det teoretiske rammeverket til personsentrert omsorg og kognitiv terapi. I tillegg til at modellen har vært anvendt i sykehjem, har den også vært anvendt i spesialisthelsetjenesten for pasienter med demens, og også sporadisk for pasienter uten demens.

Hensikt: Vi ønsket å oppnå kunnskap om hvordan personalet i en alderspsykiatrisk avdeling erfarer bruk av TID som problemløsningsmodell i møte med pasienter uten demens.

Metode: Flerstegs fokusgruppeintervju ble benyttet før oppstart av prosjektet, etter seks måneder og etter ni måneder. Vi benyttet tematisk innholdsanalyse.

Hovedfunn: Ansatte framhever kompleksiteten i pasientenes lidelse og sterke appeller fra pasientene som faglig utfordrende. Gjennom bruk av TID opplever personalet økt grad av mestring, delt forståelse og felles forpliktelse for behandlingstiltak til den enkelte pasient.

Konklusjon: TID syntes å være en egnet modell for tverrfaglig problemløsning og for utvikling av kognitiv miljøterapi i en alderspsykiatrisk avdeling med pasienter uten demens.

ABSTRACT

Background: Patients in geriatric psychiatry wards often have a complex set of symptoms, where mental, physical and social conditions affect behavior and symptoms. Several professions with different perspectives are also involved in the treatment of the individual patient, which contributes to increased complexity. The Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric symptoms (TIME) has in a randomized controlled trial shown reduction in neuropsychiatric symptoms in people with dementia living in nursing homes. TIME is a problem-solving model based on the theoretical framework from person-centered care and cognitive behavior therapy. TIME has also been used in the specialist healthcare service for patients with dementia, and sporadically for patients without dementia.

Aim: We wanted to gain knowledge about how the staff in a geriatric psychiatry ward experience TIME as a model for problem solving in their approach to patients without dementia.

Method: Multiple-stage focus group interviews before start of the project, after 6 months and after 9 months. We used thematic content analysis.

Main findings: The staff emphasizes the complexity of patient disorders and strong appeals as professional challenges. Through the use of TIME, the staff experiences increased coping, shared understanding and joint commitment to treatment for the individual patient.

Conclusion: TIME appeared to be a suitable model for interdisciplinary problem solving and for the development of cognitive milieu therapy in a geriatric psychiatry ward for staff that work with patients without dementia.



Janne Myhre (f. 1974)

Spesialsykepleier i eldreomsorg og psykisk helsearbeid. Mastergrad i psykisk helsearbeid, med fokusområde pårørende til personer med demens. Forskningsmedarbeider i TID-studien ved Alderspsykiatrisk forskningscenter, Sykehuset Innlandet 2015 – 2017. Myhre er PhD-stipendiat ved NTNU Trondheim med forskningsområde: ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet i sykehjem.

janne.myhre@ntnu.no

Bjørn Lichtwarck (f. 1958)

Spesialist i allmennmedisin og spesiallege/forsker ved Alderspsykiatrisk avdeling/forskningscenter ved Sykehuset Innlandet. Forsker på nevropsykiatriske symptomer ved demens, og har utviklet TID-modellen. Lichtwarck arbeider nå med en doktorgradsavhandling der TID-modellen implementeres og testes ut i sykehjem.

Sverre Bergh (f. 1973)

Psykiater og forskningsleder ved Alderspsykiatrisk forskningscenter ved Sykehuset Innlandet, og forsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Bergh har forsket på demens, depresjon, angst og rus hos eldre, tok PhD i 2012 med en avhandling knyttet til seponering av antidepressiva hos eldre sykehjemsbeboere med demens.

Delt forståelse og felles forpliktelse

En kvalitativ studie av personalets erfaringer med TID-refleksjon i en alderspsykiatrisk avdeling

Artikkelens hovedbudskap

- Strukturert refleksjon er av betydning for ansattes opplevelse av personlig og profesjonell mestring.
- TID-refleksjon med det teoretiske rammeverket til personsentrert omsorg og kognitiv terapi, syntes viktig for å skape personsentrerte miljøbehandlingstiltak og for utvikling av kognitiv miljøterapi.
- TID kan være en egnet tverrfaglig problemløsningsmodell i en alderspsykiatrisk avdeling i spesialisthelsetjenesten også for personell som arbeider med pasienter uten demens.

Introduksjon

Alderspsykiatri kan beskrives som et komplekst fagfelt som krever at helsepersonell har en bred fagkompetanse. De skal kjenne til sammenhengen mellom aldring, somatisk og psykisk helse og inneha kunnskap om den enkelte pasient. Prinsippet om den biopsykososiale modellen for sykdom understreker at alle spørsmål knyttet til helse er produkter av et komplekst samspill mellom ulike faktorer som sammen påvirker symptomer og atferd (1, 2). Eldre personer med alvorlige psykiske lidelser kan ha høy grad av komorbiditet (flere sykdommer samtidig), og de kan ha opplevd endring i sosial situasjon, relasjoner og funksjonsnivå. I tillegg er det ofte flere faggrupper med ulike perspektiver involvert i behandlingen, noe som kan bidra til økt kompleksitet (3). Ulike fagperspektiver kan føre til en flerfaglighet og en eklektisk tilnærming i pasientbehandlingen i stedet for tverrfaglighet og felles tilnærming (4, 5). Avdelinger med eklektisk tilnærming i pasientbehandlingen mangler ofte en felles underliggende teori (6). Dermed kan det oppstå et sprik i forklaringsperspektivet til helsepersonellet i miljøbehandlingen, hvor de ulike faggruppenes arbeidsmodeller i verste fall kan stå i motsetning til hverandre (5, 7). Forskning har imidlertid vist at involvering av mer enn et fagperspektiv i pasientbehandlingen er betydningsfullt (8). Det kan bidra til bedre måloppnåelse for pasientbehandlingen (9) og økt mestring for personalet, gjennom sosial støtte, forbedret kommunikasjon og kompetanse (7, 10).

Både innen helseforskning og i nasjonale føringer har det de siste årene vært et økt fokus på hvordan man kan bringe ulike profesjoner og fagperspektiver sammen til pasientenes beste (9-11). Tverrfaglig samarbeid kjennetegnes av personer med variert faglig bakgrunn som har en stor grad av samhandling og interaksjon for å tilby tjenester som ivaretar pasientens behov (4, 9). Begrepet viser til at medlemmenes individuelle kompetanse blir til en ny kollektiv kunnskap om den enkelte pasient. Det er noe mer enn hva den enkelte fagperson kan utvikle alene (9, 12). Imidlertid er det ikke tilstrekkelig at ulike yrkesgrupper er enige om å skulle samarbeide. De må også vite hvordan de skal gjennomføre det i praksis (9, 12). Refleksjon er i flere studier vist til som en viktig faktor for å øke tverrfaglig samarbeid gjennom utviklingen av delt forståelse og kunnskap (3, 8, 10). Det vil derfor være viktig å teste ut evidensbaserte refleksjonsmodeller som kan bidra til å møte både pasientens komplekse sykdomsbilde og den sosiale kompleksiteten som eksisterer i en avdeling med ulike yrkesgrupper.

Bakgrunnen for denne artikkelen er gjennomføringen av et pilotprosjekt i en alderspsykiatrisk avdeling med innføringen av TID (Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens). TID ble opprinnelig utviklet som et systematisk verktøy for ansatte som arbeider med pasienter med demens i primær-

helsetjenesten (13, 14). TID er imidlertid en tverrfaglig problemløsningsmodell og bør i utgangspunktet egne seg like godt i andre situasjoner der det er behov for tverrfaglig beslutningskompetanse i komplekse situasjoner.

Modellen bygger på det teoretiske rammeverket til kognitiv terapi (KT) og personsentrert omsorg (13). Kognitiv terapi retter seg mot problemløsning og innsikt i sammenhengen mellom tenkning, handlinger og følelser (15). Mange enheter i spesialisthelsetjenesten har innført kognitiv miljøterapi (KMT) med den hensikt å skape en felles teoretisk referanseramme (16). I KMT vektlegges at alt personell benytter KT i samhandling med pasienten i alle aktiviteter (16). I denne studien vil avdelingen gjennom innføring av TID benytte KT i refleksjon innad i den tverrfaglige personalgruppen (14). Hensikten er å øke den tverrfaglige kollektive kunnskapen i form av ny forståelse, nye ferdigheter og ny faktakunnskap om den individuelle pasient.

Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens - TID

TID er en biopsykososial modell som innbefatter en bred årsaksforståelse av symptomer og atferd, med utredning av både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (1, 14).

I behandlingen av den enkelte pasient integreres både farmakologiske og miljøterapeutiske tilnærminger (2, 14). Modellen er basert på det teoretiske rammeverket til KT og personsentrert omsorg (14, 15, 17). I KT vektlegges det at følelser og atferd i en gitt situasjon i stor grad bestemmes av våre tolkninger av situasjonen. Gjennom å revurdere uhensiktsmessige tanker eller tolkninger kan følelsene og atferden overfor situasjonen endres (15). Personsentrert omsorg handler om å bevare «personverdet» slik at den enkelte kan leve mest mulig i tråd med egne verdier, vaner og preferanser (17). Innhenting av personens bakgrunnshistorie vil derfor være viktig for at helsepersonell skal kunne legge til rette for personsentrert omsorg. Begge rammeverkene vektlegger det relasjonelle i forståelsen av atferd og psykiske symptomer og framhever at behandlingstiltak må skreddersys den enkelte pasient for å ha effekt.

TID består av tre overlappende faser; 1) *En registrerings- og utredningsfase*, med undersøkelse av pasienten, innhenting av tidligere sykehistorie og bakgrunnsopplysninger. I tillegg gjøres det kartlegging av symptomer og atferd. 2) *En refleksjons- og veiledningsfase*, der det gjennomføres ett eller flere refleksjonsmøter for hele personalgruppen, avdelingsleder, lege og eventuelt psykolog. I dette møtet skreddersys tiltak for den enkelte pasient gjennom systematisk refleksjon basert på kognitive terapeutiske prinsipper hvor et problem analyseres av gangen (15). Dette gjøres ved bruk av kolonneteknikk på tavle eller via prosjektor og hvor følgende aspekter gjennomgås: fakta, tolkning, følelser hos personalet, tiltak og evaluering (13, 14) (Figur 1). 3) *En tiltaks- og evalueringsfase*, hvor tiltakene fra refleksjonsmøtet testes ut i praksis og evalueres. Evalueringen av tiltakene gjennomføres ved å gjenta bruk av noen av de kartleggingsskjemaer som ble brukt i utredningsfasen i TID. Personsentrert omsorg blir gjennom TID vektlagt i modellens alle tre faser. Det gjøres ved innhenting av personhistorien til pasienten med vekt på pasientens ressurser og preferanser. I refleksjonsmøtet, som er

Figur 1. Kolonneteknikk basert på kognitiv terapi (KT) som struktur i TID-refleksjonsmøtet

Utfordringer (problemliste): 1. Ukritisk og kontinuerlig sykdomsprat i fellesområdet 2. Nedsatt matlyst 3. Ønsker å ligge i sengen store deler av formiddagen				
Fakta - Registrering	Tolkninger – tanker – forståelser	Følelser personal	Tiltak*	Evaluering
Utfordring 1. Sykdomsprat i fellesområdet, lidende, kontaktsøkende til både pasienter og personalet Døgnregistrering viser at dette skjer daglig – etter frokost og middag MADRS: 25/60 NPI: Angst 6/12 Depresjon 8/12 Kjente kroniske ryggsmarter MR vist betydelige skivedegenerasjon	Utrygg i avdelingen? Depresjon som årsak til atferden? Angst – redd for å være alene, utrygg? Personhistorien viser tidligere erfaringer med mye avvisning. Manglende aktivisering? Ingen faste aktiviteter - kjedsomhet Økte smerter i rygg? Bekymringer for hjemme-situasjon? Ensomhet i hjemmet før innleggelse	Irritasjon Sinne Tristhet Makteløshet	Faste samtaler x 2 per dag (dag og kveld) med fokus på å trygge pasienten. Bruk av ABC-metoden. (ansvar: Ann-Marit) start i morgen Dagskontakt lager dagsplan med pasienten daglig. Slik at dagen blir forutsigbar og trygg. (ansvar: Kari) – i morgen Smertebehandling 1 g Paracet x 3 (ansvar: lege) Hjelpe pasienten å bygge opp nettverk i kommunen. Tur til kommunal aktivitet x 1 pr uke, med kontaktperson (ansvarlig: Kari) – må avtales f.o.m. neste uke	Fortsette atferdsregistreringer på døgnobservasjonsskjema MADRS – etter 3 uker NPI – etter 3 uker Evalueringsmøte 3. mai (om 3 uker)

* Tiltakene som testes ut skal være SMARTe slik begrepet brukes innenfor den kognitive terapitradisjonen (15).

SMART står for; **S**pesifikt, **M**ålbart, **A**ktuelt, **R**ealistisk og **T**idsavklart (13).

en sentral komponent i TID, søker man å oppnå en forståelse av pasientens perspektiv på egen atferd og symptomer. Utformingen av behandlingstiltak skreddersys så til pasienten, ut fra pasientens preferanser og ressurser (13, 14). Denne refleksjonsmetoden benevnes som *TID-refleksjon* videre i artikkelen.

Alderspsykiatrisk forskningssenter (AFS), Sykehuset Innlandet (SI) HF, gjennomførte i 2016 en clusterrandomisert kontrollert studie med TID som intervensjon på sykehjem. Det ble funnet klinisk og statistisk signifikant reduksjon i agitasjon hos pasienter med demens (primært effektmål). I tillegg ble det funnet signifikant reduksjon i depressive symptomer, manglende hemninger og vrangforestillinger, samt bedring av livskvalitet til fordel for intervensjonsgruppa (sekundære effektmål) (18).

Hensikt med studien

Hovedformålet var å oppnå kunnskap om hvordan personalet i en alderspsykiatrisk avdeling erfarer bruk av TID som problemløsningsmodell i deres arbeid med pasienter uten demens.

Metode og design

Studien hadde et eksplorativ design, hvor vi ønsket å få kunnskap om ansattes erfaringer og opplevelser med TID som problemløsningsmodell over en gitt periode. Vi benyttet kvalitativ metode med flerstegs fokusgruppeintervju, hvor de samme deltakerne ble intervjuet tre ganger over en periode på ni måneder (19).

Gjennomføringen av prosjektet

TID er utviklet i kommunehelsetjenesten som en tverrfaglig problemløsningsmodell for personell som arbeider med pasienter med demens. Det foreligger evidens for både effekt og gjennomførbarhet av modellen for denne pasientgruppen i sykehjem (18). I denne pilotstudien ønsket vi erfaringer med TID fra personell i spesialisthelsetjenesten som arbeidet med pasienter med andre lidelser enn demens. Av den grunn ble prosjektet gjennomført i en alderspsykiatrisk avdeling for pasienter med affektive lidelser.

Prosjektperioden varte i seks måneder, fra september 2016 til februar 2017. Ved prosjektstart deltok hele personalgruppen, avdelingsleder og lege på en to-timers undervisning om betydningen av tverrfaglig samarbeid ved komplekse problemer og en tre-timers opplæring om TID-modellen. Åtte ansatte fikk tre timer ekstra opplæring i TID og et særskilt ansvar for implementering av modellen. Disse benevnes som TID-administratorer. Avdelingen gjennomførte et TID-refleksjonsmøte per uke. Representant fra prosjektledelsen deltok på to TID refleksjonsmøter per måned i prosjektperioden. Hensikten med denne deltakelsen var å observere hvordan modellen ble anvendt, og å bidra som støtte ved gjennomføring av refleksjonsmøtet. Etter prosjektperioden ble deltakelsen fra prosjektledelsen på TID refleksjonsmøtene avsluttet, og det var da opp til avdelingen selv å fortsette med bruk av modellen.

Avdelingen var tverrfaglig sammensatt og jobbet etter en teammodell. Dette innbefattet at hver pasient hadde sitt behandlingsteam som sammen med behandlingsansvarlig utformet behandlingstiltak som ble formidlet via tiltak- og holdningsplaner til resten av personalgruppen. Den inkluderte avdelingen hadde de siste to årene gjennomført et prosjekt med KMT. Prosjektet innbefattet videreutdanning av deler av personalgruppen i KMT,

og omtrent en tredel av personalgruppen hadde videreutdanning i KMT.

Deltakere

Seks ansatte valgt ut av avdelingsleder, alle fast ansatte eller vikarer i langtidsvikariat som hadde et stillingsforhold på over 50 prosent, ble inkludert i fokusgruppen. Rekrutteringen var strategisk. Kriteriene for utvelgelse var at den ansatte ønsket å delta og at avdelingsleder mente at vedkommende kunne bidra med informasjon inn i en fellesdiskusjon i en fokusgruppe. En ansatt var kun med i første intervju og ble grunnet fravær erstattet av en ny ansatt i de to påfølgende intervjuene. Bakgrunnskarakteristika av deltakerne er presentert i Tabell 1.

Tabell 1. Bakgrunnskarakteristika av deltakerne

Bakgrunnskarakteristika	N=6
Alder	
30–49	2
≥ 50	4
Kjønn	
Kvinne	6
Erfaring fra avdelingen (antall år)	
0–4	2
≥ 5	4
Profesjon	
Hjelpepleier	2
Høyskoleutdanning min. 3 år.	4
Videreutdanning i KMT	3
TID-administratorer	3

Datainnsamling

Flerstegs fokusgruppeintervju ble valgt som datainnsamlingsmetode. De samme deltakerne ble intervjuet tre ganger over en periode på ni måneder. Første intervju ble gjennomført før prosjektstart, det andre ved prosjektslutt etter seks måneder, og det tredje etter ni måneder, tre måneder etter prosjektslutt. Flerstegs fokusgruppeintervju som metode er særlig egnet når man vil få fram gruppeerfaringer over tid og når gruppens forståelse anses som viktigere enn hva den enkelte deltaker gir av informasjon (19). Intervjuerne i denne studien var første- og andreforfatter. Alle tre intervjuene ble gjennomført utenfor avdelingen og hvert intervju

varte 90 minutter. Intervjuene var basert på en semistrukturert intervjuguide som ble benyttet i alle tre intervjuene. Intervjuguiden gav rom for utdypning av temaer som kom opp under intervjuene, samt å kunne forfølge temaer som kom fram under den fortløpende analysen. Ved bruk av flerstegs fokusgruppeintervju vil de fokuserte temaene utdypes med bakgrunn i erfaringer gruppe medlemmene gjør i perioden mellom intervjuene (19). Etter hvert intervju ble det gjort en oppsummering av co-moderator sammen med deltakerne. Hensikten var å verifisere vår forståelse av hovedinnholdet i intervjuet, og å gi deltakerne mulighet for å korrigere dette. Intervjuene ble tatt opp på bånd og deretter transkribert av førsteforfatter.

Analyse

Det ble benyttet tematisk innholdsanalyse. Dette er en metode som har til hensikt å identifisere og rapportere mønster og temaer i kvalitative data (20). Innledningsvis ble hvert intervju lest flere ganger for å skape et helhetsinntrykk. Meningsbærende enheter ble så identifisert, kondensert og ordnet i grupper med representative koder. Sammenfallende koder ble så abstrahert og satt sammen til subtemaer, som videre resulterte i to hovedtemaer. Temaene ble skapt induktivt og har til hensikt å beskrive erfaringen til deltakerne slik de framkommer (20). For å kunne identifisere mulige endringer i løpet av de ni månedene, ble analysen av intervju nummer to sammenliknet med intervju nummer en. Intervju nummer tre ble analysert og sammenliknet med både intervju en og intervju to (19). I analysen ble det lagt vekt på å identifisere nye temaer, men også endringer av tidligere temaer som var kommet opp. Mellom hvert intervju ble det gjort foreløpige analyser som gav mulighet for oppfølging og utdyping ved neste intervju. Deltakerne har lest igjen analysen og verifisert funnene i studien.

Etiske hensyn

Deltakerne mottok både skriftlig og muntlig informasjon før gjennomføring av studien. Deltakelse var frivillig og det ble informert om muligheten til å trekke seg underveis. Det ble innhentet skriftlig informert samtykke av deltakeren. For å sikre deltakernes anonymitet kan ingen opplysninger som framkommer i denne artikkelen knyttes til enkeltpersoner. Studien ble godkjent av Personvernombudet for forskning ved Norsk Senter for Forskningsdata.

Resultater

Det framkom to hovedtemaer; 1) Opplevelse av økt mestring. 2) Refleksjon utvikler delt forståelse og felles forpliktelse. Framstillingen av tema og subtema er presentert i tabell 2.

Tabell 2. Framstilling av tema og sub-tema

Tema	Sub-tema
Opplevelse av økt mestring	Fra maktesløshet til økt mestring
	Tillit til egen og felles kompetanse
Refleksjon utvikler delt forståelse og felles forpliktelse	Felles forståelse og lojalitet
	Økt grad av personsentrert tilnærming

Opplevelse av økt mestring

I første intervju beskriver deltakerne en opplevelse av maktesløshet i møtet med enkelte pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Denne maktesløsheten oppleves særlig framtreddende i møtet med pasienter som kommer med sterke appeller om hjelp.

Personalet beskriver at de kjenner på et personlig ansvar for å fjerne pasientens lidelse og opplever en hjelpeløshet når de ikke finner en løsning. En beskriver det slik:

«Vi har det jo veldig i oss, dette med å skulle hjelpe. Så kjenner du at du ikke får hjulpet så mye, du er der bare, og det koster meg i alle fall.»

Kompleksiteten i pasientgruppen med både psykiske og somatiske lidelser oppleves også som en utfordring som medfører usikkerhet og utrygghet i personalgruppen. Avdelingen har på dette tidspunktet ingen fast arena hvor alle møtes til felles refleksjon, og konsekvensen blir at den enkelte ansatte bærer med seg det som skjer. Personalet opplever at det fort kan oppstå ad hoc-møter mellom noen av de ansatte som konsekvens av et behov for å diskutere sammen.

Ved andre intervju er TID brukt i avdelingen i seks måneder. Personalet oppgir at de fortsatt opplever en maktesløshet i møtet med pasienter med sterke appeller. Imidlertid framkommer det at personalet i mindre grad opplever å stå alene med ansvaret, som følge av at de nå har en felles møtearena med TID refleksjon. Ved tredje intervju, tre måneder etter prosjektslutt framkommer det at avdelingen har fortsatt å bruke TID. Personalet oppgir at de opplever en endring i avdelingen med en større ro og trygghet i personalgruppen. At ansvaret løftes fra den enkelte til fellesskapet gjennom TID-refleksjonsmøtet, bidrar til økt grad av mestring for personalgruppen. I tillegg opplever personalgruppen at de er mer samkjørte når det gjelder behandlingstiltak for pasientene. En beskriver det slik:

«Det skaper en større vi-følelse. Altså, dette er vi sammen om å gjøre. Det har stor betydning for pasienten og for arbeidsmiljøet.»

En annen beskriver det slik:

«TID har gitt oss mere ro i sjela.»

Ansatte oppgir ved siste intervju at det nå er planer om å øke antallet TID refleksjonsmøter til to ganger i uka ved avdelingen.

Personalet viser til en opplevelse av økt tillit til egen og fellesskapets kompetanse gjennom TID refleksjon. Ved å dele erfaringer og stille spørsmål som utfordrer handlinger, opplevde deltakerne økt forståelse og læring. Som én beskriver det:

«Når teamet legger fram sitt og legen er der og kan fylle på med at slik er det faktisk å ha den sykdommen, da forstår vi mer».

Personalet oppgir at strukturen i møtet med bruk av 5-kolonneskjemaet basert på kognitive prinsipper for problemløsning er en strukturert og effektiv metode. Det beskrives av en deltaker slik:

«Strukturen i møtet er viktig, vi får oversikt over hva pasientene har. Og det er jo ikke bare den psykiske biten, men somatikk er jo også med der.»

En annen beskriver det slik:

«Det å skille på våre følelser og pasientens følelser, eller hva vi tror pasienten føler i de veiledningstimene, det tror jeg er kjempeviktig.»

Nettopp at det i refleksjonsmøtet også var fokus på personalets egne følelser, ble trukket fram som en viktig faktor for mestring og læring og for videreutvikling og bruk av KMT i møtet med pasientene. Det beskrives av en slik:

«For KMT handler jo om å forstå hvordan ting henger sammen, men med TID så får vi i tillegg fokus på oss selv også, samtidig som pasienten. Vi trenger det for å kunne bruke det på pasienten. Så gjør det også noe med våre holdninger, i forhold til det vi gjør.»

Muligheten til å reflektere over og sette ord på egne tanker og følelser, ble av personalet trukket fram som en viktig faktor i utviklingen av personlig og profesjonell praksis.

Refleksjon utvikler delt forståelse og felles forpliktelse

Ved første intervju oppgir personalet at tiltak rundt den enkelte pasient blir formidlet via tiltaks- og holdningsplaner utformet av teamet, og at det oppleves utfordrende å oppnå en felles forståelse i avdelingen for disse tiltakene. Utover tiltaks- og holdningsplanene hadde avdelingen ingen felles eksplisitt strategi i tilnærmingen til den enkelte pasient. Det framkommer ved andre intervju at personalet, gjennom å dele forståelse, erfaringer og synspunkter med hverandre i strukturert refleksjon, oppnår økt forståelse og felles forpliktelse for tiltak i pasientbehandlingen. I siste intervju er opplevelsen av dette blant personalet enda tydeligere. Som en deltaker beskriver det:

«Du får på en måte en større felles forståelse da. Hva er det som er problemet her og hvordan oppfatter du det, altså, for derigjennom å øke forståelsen.»

En annen deltaker beskriver:

«Men med TID kan vi bli enige og få en felles forståelse. Altså, dersom det er greit at senga er et tilholdssted en stund, så vet alle det. Men hvis vi ikke hadde hatt TID, så ville den ene syntes at det er greit at pasienten ligger i senga og den andre mene at, nei nå er det på tide å stå opp og bli med.»

Personalet beskriver TID-refleksjonsmøtene som et samlende beslutningsorgan for tiltak rundt den enkelte pasient. Deltakelse fra så mange som mulig av personalet, i tillegg til avdelingsleder og lege, blir trukket fram som en viktig faktor for lojalitet og felles forpliktelse som oppstår i TID-møtet.

«Det blir en annen lojalitet til det som er bestemt når du har vært med på å bestemme det. I stedet for bare å få beskjed om å jobbe slik.»

Deltakelse på møtet bidrar til at personalet får et eierforhold og derigjennom en lojalitet til tiltakene som blir bestemt i fellesskapet.

Ved første intervju beskriver personalet miljøbehandlingen i avdelingen som en fellesskaps-tenkning, der individrettet behandling i mindre grad hensynstas. I både andre og tredje intervju blir bruk av pasientens personhistorie i refleksjonsmøtet trukket fram som viktig for å skreddersy individuelle tiltak til den enkelte pasient. Som en ansatt sa;

«Det er noe med at det er flere som er med og hører om bakgrunnen til pasienten, altså pasientens bakgrunnshistorie og de tiltak som da blir satt inn.»

En annen beskriver det slik:

«Men det har skjedd noe med forståelsen, at det er mer individuelle hensyn. Vi skal ikke bare gjøre det fordi det står på timeplanen.»

Personalet oppgir at det har vært et ønske om individuelle tiltak i avdelingen tidligere, men at det har vært vanskelig å få det gjennomført i praksis. Dette oppleves endret etter innføringen av TID refleksjon.

Diskusjon

Funn i denne studien viser en sammenheng mellom TID-refleksjon og personalets opplevelse av økt mestring gjennom utviklingen av delt forståelse og felles forpliktelse. Det overordnede inntrykket er at den økte mestringen personalet refererer til hovedsakelig er basert på deres opplevelse av økt kompetanse og sosial støtte gjennom TID-refleksjon. Disse funnene vil bli diskutert i lys av kompleksiteten i organisasjonen og i sykdomsbildet til den alderspsykiatriske pasient (2, 18). Vi vil som teoretisk referanseramme bruke KT (7) i forståelsen av hvorfor TID kan være et nyttig verktøy ved utvikling av en tverrfaglig avdelingskultur (9).

Den doble kompleksiteten

Deltakerne i denne studien beskriver i første intervju en opplevelse av faglige utfordringer i møtet med pasienter med komplekse alvorlige psykiske lidelser. Spesielt sterke appeller og kombinasjonen somatisk og psykisk sykdom skapte stress og maktlesløshet. Personalet gir her uttrykk for en forståelse av at det finnes en lineær sammenheng mellom årsak og virkning. Det skjer en forenkling i forståelsen av problemene på grunn av stadig opplevde krav om løsninger (3). Imidlertid vil årsaker til atferd og psykiske symptomer som regel være multifaktorielle, med både biologiske, sosiale og

psykologiske årsaker. Årsakene kan også påvirke hverandre i et komplekst samspill og krever derfor en bred tilnærming og utredning (13, 18). I tillegg vil den sosiale konteksten rundt pasienten, med fagpersoner med ulik forståelsesramme bidra til økt kompleksitet (3), noe som også var opplevelsen til personalet i denne studien.

I funnene framkommer det at gjennom å dele erfaringer i felles TID-refleksjon fikk personalet større kjennskap til hva de andre kollegene mente om situasjonen. De beskriver at gjennom å dele erfaringer opplevde de en ny felles kunnskap som medførte en ny bevissthet om situasjonen. Spesielt fokus på pasientens personhistorie ble av deltakerne vist til som en viktig faktor både for å oppnå økt kunnskap om den enkelte pasient og for å tilpasse tiltak i miljøterapien ut fra pasientens preferanser og ressurser. Andre studier har også vist til pasientens personhistorie som betydningsfull for å forstå atferden og skape gode behandlingstiltak (10). Imidlertid har studier på miljøterapi vist at det kan være utfordrende å skape en bevisst organisering og struktur som ivaretar en individuell tilnærming til pasientene i avdelingsmiljøet (5). Hoveddelen av miljøterapien til pasienter i spesialisthelsetjenesten foregår i dette miljøet. Det vil derfor være av betydning at ansatte har en felles forståelse for hva som er målet i miljøbehandlingen for den enkelte pasient, og samtidig en bevisst holdning til egne tanker og følelser i dette møtet. Ansatte viser til at miljøterapien i avdelingen gikk fra å være noe alle pasientene skulle delta i fordi det sto på timeplanen, til individuelle tiltak til den enkelte pasient.

Gjennom bruk av TID-refleksjon med en felles biopsykososial tilnærming til komplekse problemer, viser personalet til at de har fått en mer tverrfaglig tilnærming, mestring og forståelse for den enkelte pasient. Ifølge Conklins (2006) bør tverrfaglige refleksjonsmøter integreres i organisasjoner som arbeider med komplekse problemer nettopp for å oppnå delt forståelse og en felles forpliktelse (3). Dette er i samsvar med funn fra en oppsummert litteraturstudie som viser at strukturerte dialogmøter kan føre til økt mestring og økt kunnskap hos personalet (10).

Fra flerfaglighet til tverrfaglighet

Før innføringen av TID hadde avdelingen satt i gang et prosjekt med KMT, hvor hensikten var å skape en felles forståelsesramme. KMT er innført i flere enheter i spesialisthelsetjenesten

nettopp med dette formålet (16). Ansatte opplevde imidlertid at det til tross for dette var vanskelig å være samkjørte i behandlingstiltak for den enkelte pasient. KMT prosjektet i denne avdelingen innbefattet opplæring av deler av personalgruppen. Avdelingen hadde ingen møtearena for felles refleksjon der hele den tverrfaglige personalgruppen deltok. KMT ble således innført i avdelingen ved å øke kompetansen hos deler av personalgruppen gjennom opplæring. Ansatte som ikke hadde opplæring i KMT kunne dermed oppleve at den kognitive metoden ble teoretisk og vanskelig å forstå. Et viktig spørsmål knyttet til denne formen for læring og bruk av KMT i avdelingen, er om personalet kunne oversette denne generaliserte kunnskapen til en kollektiv kunnskap om den enkelte pasient i nye og varierende komplekse situasjoner. Ved innføringen av nye arbeidsmetoder i et tverrfaglig team vil det være av betydning at ansatte opplever det som et fellesprosjekt hvor man lærer sammen (4, 9, 12). Klinisk refleksjon er vist til som en viktig læringsarena hvor man utvikler en ny kollektiv kunnskap gjennom deling av erfaringer og opplevelser (4, 8). Dette samsvarer med funn i denne studien. Ansatte oppgir at TID-refleksjonsmøtet ble en treningsarena for ansatte ved at de selv skulle sette ord på og forstå sammenhengen mellom egne tanker og følelser i møte med enkeltpasienter. Det kan tenkes at når alle ansatte forstår hvordan de kognitive prinsippene kan anvendes ved systematisk refleksjon om den enkelte pasients symptomer og atferd, vil det også være lettere å anvende dette i det direkte møtet med pasienten.

Det unike med TID-refleksjonsmøtene er nettopp strukturen i møtet med kolonneteknikk basert på kognitive terapeutiske prinsipper (13). Deltakernes opplevelse av effekten med denne strukturen i TID-refleksjonsmøtene på organisasjonsnivå, samsvarer med funn ved bruk av KT på individnivå (15). I KT vektlegges det at følelser og atferd i en gitt situasjon i stor grad bestemmes av de tolkninger som gjøres av situasjonen (15). I denne refleksjonen er det personalets egne følelser og tanker rundt pasientens atferd som utforskes, med bakgrunn i en forståelse av at vår atferd er relasjonell – at vi gjensidig påvirkes av hverandre (13, 14). De tolkninger personalet gjør av pasientens atferd påvirker og former deres egen atferd i møte med pasienten, noe som kan bidra til å vedlikeholde, forsterke eller redusere forekomst av atferden hos pasienten (13). Gjennom felles refleksjon over ulike situasjoner opplevde deltakerne en ny forståelse av pasientsituasjonen og av egne følelser i dette møtet.

Funn i denne studien, viser også at personalet beskriver en endret lojalitet til behandlingstiltak for den enkelte pasient, gjennom en økt felles forståelse. Ansatte viser til at deltakelse fra alle i utformingen av tiltakene økte forståelsen av, og lojaliteten til oppgavene. Det kan forstås som en endring fra profesjonsbetinget fragmentering, til et fellesprosjekt med en felles forståelse, noe som er av betydning for utvikling av kompetanse i tverrfaglige team, kvalitet og pasientsikkerhet (4, 12).

Metodiske vurderinger: styrker og svakheter

Denne studien inkluderer ansatte fra kun en enkel avdeling, noe som er en begrensning. Imidlertid vil empiriens rikholdighet være av større betydning enn antall personer involvert i kvalitativ forskning (19, 20). Avdelingen er fulgt over en periode på ni måneder med tre flerstegs fokusgruppeintervju. Det gav oss et rikholdig datagrunnlag om personalets erfaringer. I kvalitativ forskning vil møtet mellom forsker og informant alltid være et unikt og tidsbestemt møte der forskerens for forståelse er av betydning (19). Intervjuerne i denne studien var JM og BL. Begge har deltatt i utformingen og gjennomføringen av denne pilotstudien.

Vi har forsøkt å være bevisste at den tette kontakten mellom prosjekt og forsker både har fordeler og ulemper (19). Ved gjennomføring av intervjuene kunne vi med bakgrunn i vår kunnskap om prosjektet stille oppfølgings-spørsmål om tema som framkom som vi ellers kanskje ikke hadde hatt mulighet til uten denne kontekstuelle kunnskapen. Imidlertid kan også vår for forståelse bidra til en mer positiv vektlegging av funnene. For å sikre at det er de ansattes perspektiv som framkommer i funnene, har deltakerne selv lest gjennom disse, og gitt tilbakemelding på funn i studien etter at analysene ble gjennomført.

Konklusjon

Erfaringene fra denne pilotstudien viser at TID kan være en egnet modell for tverrfaglig refleksjon og for utvikling av KMT i en alderspsykiatrisk avdeling for pasienter med andre lidelser enn demens. Økt mestring hos personalet gjennom utvikling av delt forståelse i felles refleksjon, øker opplevelsen av en felles forpliktelse til å få gjennomført individuelle miljø-behandlingstiltak.

Bidrag

Alle forfatterne har deltatt i utformingen av studien. JM og BL har ledet opplæringen og vært til stede på refleksjonsmøter i avdelingen i prosjektperioden. JM og BL har gjennomført alle tre fokusgruppeintervjuene og påfølgende analyser. JM har skrevet artikkelen. Alle forfatterne har bidratt med innspill, revideringer og tilbakemeldinger.

Finansiering

Denne pilotstudien er finansiert av Alderspsykiatrisk Forskningscenter, Sykehuset Innlandet HF.

REFERANSER:

1. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
2. Spector A, Orrell M. Using a biopsychosocial model of dementia as a tool to guide clinical practice. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(6):957-65.
3. Conklin J. *Dialogue Mapping: Building Shared Understanding of Wicked Problems*. West Sussex: John Wiley & Sons; 2006.
4. Willumsen E, Ødegård A. *Tverrprofesjonelt samarbeid: et samfunnsoppdrag*. Oslo: Universitetsforl.; 2016.
5. Skorpen A, Øye C. Miljøterapiens bakgrunn, retninger og utfordringer: En litteraturoversikt. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*. 2010;12(3): 15-27.
6. Wright JH. *Cognitive therapy with inpatients: Developing a cognitive milieu*. New York: Guilford Press; 1993.
7. Holm L, Oestrich IH, Austin S, Beck S, La Cour LL, Lykke J. Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i ligeverdigt samarbejde. Virum: Dansk psykologisk forlag a/s; 2006.
8. Choi BC, Pak AW. Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 2. Promoters, barriers, and strategies of enhancement. *Clinical & Investigative Medicine*. 2007;30(6):224-32.
9. Choi BC, Pak AW. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and investigative medicine*. 2006;29(6):351.
10. Reuther S, Dichter MN, Buscher I, Vollmar HC, Holle D, Bartholomeyczik S, et al. Case conferences as interventions dealing with the challenging behavior of people with dementia in nursing homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2012;24(12):1891-903.
11. HOD, omsorgsdepartementet H-o. Stortingsmelding nr. 25 (205 - 2006). Mestring, muligheter og mening; Fremtidens omsorgsutfordringer. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. Oslo: Departementenes servicesenter; 2006.
12. Rosenvinge J, Larsen E, Skårderud F, Thune-Larsen K. Klinisk kompetanse i psykisk helsevern: Hva er det og hvordan kan det læres? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2004;41:706-12.
13. Lichtwarck B, Tverå A-M, Røen I. Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens. Manual 2 utgave. Tilgjengelig på: www.tidmodell.no: Sykehuset innlandet, Alderspsykiatrisk Forskningscenter; 2015.
14. Lichtwarck B, Selbaek G, Kirkevold O, Rokstad AM, Benth JS, Myhre J, et al. TIME - Targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms: protocol for an effectiveness-implementation cluster randomized hybrid trial. *BMC Psychiatry*. 2016;16:233.
15. Hawton KE, Salkovskis PM, Kirk JE, Clark DM. *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. New York: Oxford University Press; 1989.
16. Solbjør M, HH K. Kognitiv miljøterapi – forskningsbasert kunnskapssammenstilling. Trønderforskning AS; NAPHA – Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. 2013; Rapport nummer: 3/13.
17. Kitwood T. *Dementia reconsidered: The person comes first*. Birmingham: Open University Press; 1997. 7-19 p.
18. Lichtwarck B, Selbaek G, Kirkevold O, Rokstad AM, Benth JS, Lindstrom JC, et al. Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018;26(1):25-38.
19. Krueger RA, Casey MA. *Focus groups: A practical guide for applied research*. Los Angeles: Sage publications; 2014.
20. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. 2006;3(2):77-101.

Tilbud for pårørende til personer med demens

DEMONSPLAN
2020

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har på oppdrag fra Helsedirektoratet ansvar for gjennomføringen av en rekke tiltak. Målet 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 to til tre dager med overnatting.



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 har 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.



Møt Huske på
www.hvemsermeg.no

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.

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, og på nettsidene for barn og ungdom: www.hvemsermeg.no og www.tidenflyr.no



LANDSKONFERANSE I ALDERSPSYKIATRI

Sarpsborg, 23.-25. april 2018

STED:
Quality Hotel Sarpsborg

PÅMELDING:
www.aldringoghelse.no

Noen ledige plasser, ta kontakt

Landskonferansen i alderspsykiatri er et av Aldring og helses årlige arrangementer. Konferansen har vært arrangert siden 1992 og planlegges og avholdes i samarbeid med de ulike alderspsykiatriske miljøene rundt om i landet. Landskonferansen 2018 arrangerer vi i Sarpsborg, i samarbeid med Alderspsykiatrisk seksjon, Sykehuset Østfold HF.

Arrangementet er et tverrfaglig møtested for den alderspsykiatriske spesialisthelsetjenesten og beregnet på fagfolk med erfaring fra feltet. Konferansen er også aktuell for leger og helsepersonell som jobber med alderspsykiatriske problemstillinger blant eldre i kommunehelsetjenesten og i Distriktpsykiatriske sentra (DPS).





ISBN 978-82-8061-356-1

33 sider

kr 190,-

Allan Øvereng

JEG ER MINNENE MINE

– om identitet, livshistorie og digital minnebok ved svikt i hukommelse og kommunikasjonssevne

Det er lenge blitt anbefalt å bruke livshistorien til personer med demens som utgangspunkt for individuell omsorg. For å møte mennesker med demens som unike personer må vi kjenne til deres bakgrunn, livshistorie og viktige verdier. Dette er kjernen i personsentrert omsorg. Heftet gir en viktig innføring i betydningen av å sette seg inn i livshistorien til personer med demens og bruke minner aktivt for å øke trivsel, styrke identitet og gi bedre selvfølelse.

Heftet er skrevet for alle hjelpere, både profesjonelle, private og pårørende. Heftet beskriver ulike tiltak som helperen kan bruke for å bekrefte identiteten til personen, og er ment å gi tips og inspirasjon i dette arbeidet.

Ett hjelpemiddel for å styrke identiteten er bruk av digitale minnebøker. MinMemoria AS har utviklet Memoria, et omsorgsverktøy som digitaliserer livshistorien gjennom bilder og historier satt inn i en personlig profil. Tiller helse- og velferdssenter i Trondheim har tatt i bruk dette hjelpemiddelet og deler sine erfaringer.

Allan Øvereng har vært forfatter og redaktør, og Anne Marie Mork Rokstad har skrevet forordet og vært fagkonsulent. MinMemoria AS har bidratt med tekst og eksempler.

For bestilling og mer informasjon:

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



INTERNASJONAL KONGRESS I OSLO

Den 24. nordiske kongressen i gerontologi skal gå av stabelen i Oslo kongressenter 2.-4. mai 2018.

Temaet for den 24. nordiske gerontologiske kongress er «Lessons of a life time».

Kongressen organiseres av Norsk geriatrisk forening, Norsk selskap for aldersforskning, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, samt Folkehelseinstituttet.

Påmelding og informasjon: <https://24nkg.no>



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

FAGSKOLE

To studietilbud for
helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere,
hjelpepleiere og aktivtører

DEMENSOMSORG
OG ALDERSPSYKIATRI

UTVIKLINGSHEMNING
OG ALDRING

Opptaket starter 1. mars. Studiet starter i august

www.aldringoghelse.no/fagskole



Psyk-IT



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Psyk-IT er en foredragsserie som hver måned tar for seg et nytt emne. Lenke til foredraget sendes ut til påmeldte på e-post.

Hvert foredrag varer cirka 20 minutter, og det blir et nytt tema hver gang. Delta-kelse i Psyk-IT er gratis.

KOMMENDE FOREDRAG:

Dato	Tema	Foreleser
13. mars	Vaskulær depresjon	Torfinn Lødøen Gaarden, sek.overlege. Diakonhjemmet sykehus
10. april	Psykoterapi ved demens	Johanne Tonga, psykolog /ph.d.-stipendiat
8. mai	Uro og utfordrende atferd	Bjørn Lichtwarck, spesiallege/forsker, alderspsykiatrisk avdeling/forskningssenter, Sykehuset Innlandet
5. juni	Samtykkekompetanse	Åsgeir Bragason, overlege, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen

På nettsiden **psykit.no** finner du informasjon om påmelding og program. Her får du også tilgang til de videoforedragene som allerede er publisert.

www.psykit.no



Kurs og konferanser 2018

KURSPERIODE	TEMA	STED
APRIL		
10.–11. april	Basal utredning av kognitiv svikt og demens	Oslo
23.–25. april	Landskonferanse i alderspsykiatri	Sarpsborg
24.–26. april	Basiskurs i geriatri	Harstad
24.–26. april	Basiskurs Utviklingshemning og aldring	Sarpsborg
25. april	Velferdsteknologi som en kommunal tjeneste til personer med kognitiv svikt/demens og deres pårørende	Oslo
26. april	Velferdsteknologi til personer med kognitiv svikt	Oslo
MAI		
2.–4. mai	24th Nordic Congress of Gerontology 2018	Oslo
9. mai	VPM Fag og erfaringsseminar	Oslo
30.–31. mai	VPM Kursholderkurs	Tromsø
SEPTEMBER		
4.–5. sept.	VPM Kursholderkurs	Oslo
12.–13. sept.	Konferanse Hukommelsesteam	Stavanger
18. sept.	KOLS hos hjemmeboende eldre	Oslo
25. sept.	Preoperativ geriatriisk vurdering	Oslo
OKTOBER		
16. okt.	Temakonferanse om aldring og utviklingshemning	Oslo
19. okt.	Alderspsykiatri i praksis	Bergen
22.–23. okt.	Demenssykdommene diagnose og behandling	Oslo
23. okt.	Psykiske lidelser i eldre år	Haugesund
NOVEMBER		
6.–7. nov.	Basal utredning av kognitiv svikt og demens	Oslo
DESEMBER		
4.–5. des.	Demensdagene 2018	Oslo

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 i Tidsskriftet aldring og helse

Retningslinjer for publisering

Tidsskriftet aldring og helse mottar og publiserer fag- og forskningsartikler fra fagområdene demens, alderspsykiatri og nedsatt funksjonsevne. Til tidsskriftet kan du også sende inn en kommentar, kronikk eller et debattinnlegg.

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

Fagartikler

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.

Fagartikler skal ikke inneholde flere enn 20 referanser, og sendes elektronisk til tidsskriftets redaktør: bente.wallander@aldringoghelse.no.

Vitenskapelige artikler

Tidsskriftet aldring og helse er godkjent som vitenskapelig publiseringskanal på Nivå 1. Vi publiserer tverrfaglig innen våre fagfelt, fra forskning om pleie og omsorg, medisin, psykologi, ergoterapi, fysioterapi, sosialt arbeide med mere. Artikler som vurderes for publisering skal være originalarbeider og ikke være under vurdering for publisering i andre tidsskrifter. Manuskripter der deler av, eller alle, resultatene er blitt presentert ved faglige konferanser og publisert i abstrakt eller poster, aksepteres. Vitenskapelige artikler basert på empiri (både kvalitativ og kvantitativ design), systematiske litteraturgjennomganger og metaanalyser eller metasynteser vil bli vurdert for publisering. Sekundærpublisering, det vil si publisering av en artikkel som tidligere har vært publisert i et annet tidsskrift og eventuelt på annet språk, vil ikke bli godtatt.

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

Fagfellevurdering

Tidsskriftet aldring og helse praktiserer lukket fagfellevurdering (fagfelle vet hvem som er forfatter, men forfatter får ikke informasjon om hvem som er fagfelle). Det benyttes fagfeller fra Norge og de nordiske land. Innsendt manuskript blir vurdert av minst to faglig kvalifiserte personer. Resultatet av vurderingen blir normalt meddelt forfatteren innen to måneder etter at manuskriptet er bekreftet mottatt.

For fullstendig forfatterveiledning se www.tidsskriftetaldringoghelse.no

Etikk

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

Referanser

Litteraturhenvisninger skal, både for fag- og forskningsartikler, følge retningslinjene fra International Committee of Medical Journals, såkalt Vancouver style.

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

Eksempler:

Tidsskriftartikkel med fortløpende paginering:

Kirkevold Ø, Sandvik L. International Journal of Geriatric Psychiatry 2004; 19: 980-988.

Tidsskriftartikkel hvor hvert nummer er paginert for seg:

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

Supplement til tidsskrift:

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

Bok:

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

Kapittel i bok med flere forfattere:

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

Rapporter:

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

Offentlige publikasjoner:

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

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

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

Avhandling:

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

Avisartikkel:

Hansen TE. Avsporing fra smittevernetaten. Bergens Tidende 10.9.2007.

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

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

Reference List

1. LOV 2008-06-20 nr 44: Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>. 2013.
2. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. International Committee of Medical Journal Editors. Ann Intern Med 1997 Jan 1;126(1):36-47.
3. WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. <https://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>. 2013.



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
0158 Oslo
Tlf: 22405040
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

VITENSKAPELIG REDAKSJON

Sverre Bergh, cand.med., postdoktorstipendiat, vit. red.
Cathrine Arntzen, ergoterapispes. i eldres helse, ph.d.
Øyvind Kirkevold, professor dr.philos. vit. red.

Anne Marie Mork Rokstad, postdoktor, sykepleier

Kontakt vitenskapelig redaksjon:
fagredaktor@aldringoghelse.no

ANSVARLIG REDAKSJONSKOMITÉ

Ole Kristian Grønli, ph.d./overlege, Alderspsykiatrisk seksjon – Unn Tromsø, 1. amanuensis UiT Norges Arktiske Universitet

Torhild Holthe, ergoterapispesialist, stipendiat
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

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

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

Claudia Rodriguez-Aranda, førsteamanuensis Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø

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

Allan Øvereng, sykepleier, prosjektleder, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

Abonnér på Tidsskriftet aldring og helse

4 UTGAVER
ÅRLIG

For kun kr
420,-

Norden: kr 500,-

Bestill tidsskriftet:

Nett: butikk.aldringoghelse.no/tidsskriftet

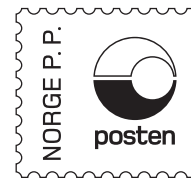
E-post: tidsskriftet@aldringoghelse.no

Tlf.: 33 34 19 50

*Abonnementet gjelder fram til det sies
opp skriftlig.*

TIDSSKRIFTET
aldring og helse

www.tidsskriftetaldringoghelse.no



Helt til slutt Hundekjøring er en av mange friluftsjaktiviteter ved Peder Morset folkehøgskole, der 40 av 68 elever har dokumentert lettere utviklingshemming. Foto: Martin Lundsvoll

www.tidsskriftetaldringoghelse.no
tidsskriftet@aldringoghelse.no

Aldring og helse, Postboks 2136, 3103 TØNSBERG