



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Demens&Alderspsykiatri

vol. 16 • nr. 2 • 2012



Demensomsorg
– en hjertesak
side 4



Norsk
alderspsykiatri
anno 2012
side 7



Fransk visitt
– familiær
eldreomsorg
side 35



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

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

Ansvarlig redaksjonskomité:
Øyvind Kirkevold, dr.philos
Nasjonalt kompetansesenter
for aldring og helse
Tlf. 33 34 19 52

Harald A. Nygaard, prof. em. NKS
Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS
Tlf. 56 15 10 00

Geir Selbæk, psykiater, ph.d.
Sykehuset Innlandet HF,
Tlf. 96 88 35 35

Anne Marie Mork Rokstad,
stipendiat,
Nasjonalt kompetansesenter
for aldring og helse
Tlf. 22 11 77 27

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

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

Faglige medarbeidere:
Arnfinn Eek, spes. i klinisk psykologi
Nasjonalt kompetansesenter
for aldring og helse
Tlf. 33 34 19 50

Knut Engedal, professor dr. med.
Nasjonalt kompetansesenter for
aldring og helse
Tlf. 22 11 87 39

Abonnement:
Nasjonalt kompetansesenter
for aldring og helse
Oslo universitetssykehus HF, Ullevål
Medisinsk divisjon, Bygning 37
N-0407 OSLO
Tlf: 22 11 77 28 / 33 34 19 50
tidsskriftet@aldringoghelse.no

Demens&Alderspsykiatri
utkommer fire ganger i året.

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

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

Layout/trykk
BK Grafisk, Sandefjord (TAa)

Det redaksjonelle arbeidet er
avsluttet 30. mai 2012.

Fagpressen 

- 4 Wenche Frogn Sellæg
– For en bedre demensomsorg
- 7 Norsk alderspsykiatri
Knut Engedal
- 10 Hva koster demens?
Corinna Vossius
- 12 Når livet tapes og likevel må leves...
– nærbilder av en ung kvinnes demenssykdom
Oddny-Kristin Finnøy
- 17 Depresjon hos eldre
Forbygging av tilbakefall og nye episoder
Kjell Martin Moksnes
- 21 Departmentet tenker koffert
Vil stimulere til dagaktivitet
- 22 Bevegelse fra hjertet
– aktivitetskort for personer med demens
- 23 Demens? Spør de pårørende!
Martin K. Bystad
- 26 Landskonferanse i alderspsykiatri
Aktive dager i Bergen
- 28 Bedre liv uten piller
- 30 «Dette skulle vi ha visst før...»
Else Kristin Jensen og Susanne L. Sønstebo
- 33 Nominert til Den Store Psykologprisen
- 34 Disputas – Fjernet antidepressiva og
fant flere nevropsykiatriske symptomer
- 35 'Allo 'Allo! Eldreomsorg på fransk
- 38 Fokus på frivillighet
- 40 Oppskrift på minner
Samisk mat for eldre



Forsiden: Borghild Bjerke,
beboer ved Halden sykehjem.
Foto: Bente Wallander



Aktive dager for flere

Godt fungerende dagaktivitetstilbud kan utgjøre en stor forskjell i opplevd livskvalitet for personer med demens og deres pårørende. Forskning viser at et aktivt og sosialt liv kan forsinke sykdomsutviklingen. Dette kan i neste rekke bidra til å utsette innleggelse på sykehjem. Men fortsatt er det altfor mange personer med demens som aldri får et slikt tilbud. Det er derfor å håpe at flere norske kommuner nå lar seg stimulere til handling av igangsatt tilskuddsordning og Helsedirektoratets utsendelse av informasjonsmateriell, omtalt et annet sted i dette nummer av D&A.

Satsing sentralt må følges opp lokalt. Hvor store omkostningene kan bli når den stedlige demensomsorgen svikter, er Oddny Kristin Finnøys beretning om lillesøsteren Liv-Tone et eksempel på. Etter flere års kamp for å bli hørt følte familien seg så presset at de i fortvilelse truet med å anmelde lillesøsterens lege, dersom han ikke snarest skrev ut en henvisning til ytterligere undersøkelser. Slike hendelser burde både personen med demens, familien og behandlende lege vært spart for. Man må kunne forvente at legene lærer seg å gjenkjenne symptomer på demens, og at de tar seg tid og råd til å undersøke om disse er til stede.

D&A har i flere år påpekt at eldre med psykiske lidelser har vært et forsømt område i norsk helse- og omsorgspolitik. Nå har Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse fått i oppdrag å bygge opp en nasjonal kompetansetjeneste i alderspsykiatri, og blikket kan omsider vendes fremover. Men først fokuserer vi på norsk alderspsykiatri av i dag. I dette nummeret kan du lese mer om hvordan den ble til, situasjonen i dag og i hvilken retning fagområdet kan utvikles. Det faglige dypdykket videreføres med flere fagartikler og reportasjer i de neste utgavene av D&A, så her er det bare å følge med.

Bente Wallander

bente.wallander@aldringoghelse.no



AVSLUTTET KAPITTEL: – Jeg har ikke hatt lyst på politiske verv, verken lokalt eller sentralt. Dét engasjementet har jeg nok brukt opp, tror Wenche Frogn Sellæg.

Bente Wallander (tekst og foto)

Eks-ministerens hjertesak

For en bedre demensomsorg

Wenche Frogn Sellæg har bekledt tre ministerposter og vært toppolitiker i tolv år av sitt voksne liv. Nå har den pensjonerte legespesialisten gått løs på en gammel hjertesak. Som leder av Nasjonalforeningens Demensråd vil hun forbedre norsk demensomsorg.

Navn: Wenche Frogn Sellæg
 Alder: 74 år
 Bor: Overhalla, Nord-Trøndelag
 Familie: Gift, en datter og to barnebarn
 Stilling: Valgt leder av Rådet for demens (Demensforbundet), Nasjonalforeningen for folkehelsen. Arbeider på frivillig, ulønnet basis

Wenche Frogn Sellæg hadde mange muligheter da hun ble pensjonist. Den tidligere stortingspolitikeren (H), ministeren for miljøvern (1981–83), justis (1985–86) og sosial (1989–90) ble blant annet foreslått som styreleder i Helse Nord-Trøndelag.

På dét spørsmålet svarte Wenche Frogn Sellæg nei.

Den nyslåtte pensjonisten, som var ferdig utdannet lege i 1963, ble spesialist i indremedisin i 1971, etterutdannet

seg i gastroenterologi i 1977–80 og ble spesialist i geriatri i 1993, skrev seg heller inn på skolen igjen.

– Jeg tok en mastergrad i kunsthistorie. Det er et privilegium man har som pensjonist; Å kunne velge hjertesakene sine med omhu, smiler hun.

To hjertesaker

Men da Nasjonalforeningen for folkehelsen lokket med ledervervet i Demensrådet svarte Wenche Frogn Sellæg ja:

– Å kunne få videreføre det Nasjonalforeningen har arbeidet med i en årrekke var en flott utfordring. Her får jeg brukt både min faglige bakgrunn og min politiske erfaring inn mot Storting og Regjering. Det virker veldig riktig for meg.

Eks-ministeren er også opptatt av idrett, og har selv spilt 42 kamper for det norske landslaget i kvinnehåndball. I Nasjonalforeningen samarbeider hun tett med den nye generalsekretæren, Lisbet Rugtvedt, som ble rekruttert direkte fra SV. Dette synes hun bare er en fordel.

– Vi representerer to politiske banehalvdeler, men matcher hverandre godt. Og i demensomsorgen spiller vi på samme lag. Det er jo morsomt!.

Hun anser seg selv for å ha vært en lyseblå høyrepolitiker, med et særlig engasjement for de myke sakene innen miljø og sosial.

– Det er med andre ord ikke en radikalisert pensjonist som står på barrikadene for sin andre store hjertesak: Besteforeldreaksjonen Klimavalg 2013?

– Nei, å forandre for å bevare er god konservativ politikk. Og vi må forandre våre holdninger og våre handlinger hvis vi skal kunne bevare Jorden for generasjonene som kommer etter oss. Av hensynet til barnebarna har jeg derfor blitt aksjonist for å få dagens politikere til å innse alvoret i klimatrusselen og handle nå!

Endret omsorg i Sør-Trøndelag

Wenche Frogn Sellæg er født og oppvokst i Oslo. Etter endt utdanning jobbet hun ved flere sykehus og på Værøy og Røst før hun prøvde tilværelsen som misjonslege i Bhutan i et år. Oppholdet der var så tankevekkende at oslojenta, som aldri skulle flytte nord for Sinsen-krysset, takket ja til et år ved sykehuset i Namsos. Her møtte hun sin tilkommende

mann og siden har hun blitt værende i distriktet. Med unntak av et avbrekk i politikken har hovedarbeidsplassen vært Namsos sykehus, der hun jobbet fra 1973 til 2007.

At hun så ble politiker var ifølge henne selv litt tilfeldig.

– Jeg var en upolitisk leder av kulturstyret i Nord-Trøndelag da jeg en dag ble bedt om å engasjere meg i Høyre. Jeg har jo alltid likt utfordringer, og folk i fylket hadde på den tiden et svært negativt forhold til partiet. Så da fikk jeg lyst til å vise dem at Høyre var et godt alternativ for distriktene og noe annet enn det de fleste oppfattet oss som.

Navigasjon mellom topper

Hva dette valget medførte har vi allerede vært inne på. Det er ikke like kjent at hun i tillegg har nedlagt en betydelig innsats for å bygge opp et geriatrisk tilbud til de eldre pasientene ved sykehuset i Namsos og i kommunene i Nord-Trøndelag, med særlig fokus på personer med demens og deres pårørende.

– Som politiker kommuniserer du ofte med mennesker gjennom ulike media. Du prøver å være nær, men er som oftest langt borte for de fleste. Å sitte rett overfor en person med demens og dennes pårørende er en nær, og mye mer givende situasjon. Du får bruke deg selv på en helt annen måte. Det føltes godt, spesielt etter så mange år i politikken. Personer med demens og deres pårørende trenger dessuten helt andre tjenester enn det vi tradisjonelt har gitt som tilbud til de gamle. Det er nesten som å lære eldreomsorg på nytt.

Demens har blitt beskrevet som et glemselshav som stiger langsomt og skjuler vårt minne. Men selv når havet dekker det meste er det enkelte øyeblikk sitter som meislet i minnet. Disse stiger som topper opp av havet. Og det er jo dette vi erfarer gang etter gang. Plutselig våkner pasientene til og forteller om noe de har opplevd. Det er nok en årsak til at de pårørende er så viktige i omsorgen. Det er de som kan hjelpe oss til å navigere mot disse toppene.

NOK Å GJØRE: Wenche Frogn Sellæg er en aktiv pensjonist.

Fastlegene

– en hovedutfordring

En av hovedutfordringene i norsk demensomsorg i dag, er ifølge Wenche Frogn Sellæg å få engasjert fastlegene.

– Jeg er veldig bekymret over at det skal være så vanskelig å få en diagnose tidlig. Dette hører vi daglig om via Nasjonalforeningens telefontjeneste Demenslinjen. Personer blir ikke utredet, pårørende får ofte ikke være med under konsultasjonen, deres bekymring blir ikke tatt på alvor, eller så får den det gjelder beskjed etter undersøkelsen at alt er i orden. Halvparten av hjemmeboende med demens og halvparten av beboerne på sykehjemmene har aldri vært utredet, enda vi vet at 80 prosent av dem som er på sykehjem i dag har en demenssykdom. Det er skremmende!

– Det finnes svært mange flotte sykepleiere, vernepleiere og ergoterapeuter rundt om i landet som er engasjert i dette arbeidet, men de har mange steder vanskelig for å få legene med på den tverrfaglige utredningen. Det er trist, ikke minst på grunn av den autoriteten en lege tross alt har når det gjelder å forklare pasientene og deres pårørende hva som skjer. Vi burde kunne forvente at fastlegene tilegner seg den kunnskap som gjør det mulig å skille demenssymptomene fra vanlige tegn på aldring. Og at de setter av den nødvendige tid til å snakke med pårørende og samarbeide med de tverrfaglige teamene som nå opprettes i mange kommuner. Så lenge en betydelig del av fastlegenes inntekter genereres gjennom stykkprisfinansiering, blir det dessverre mindre plass for de kompliserte geriatriske problemstillingene, de tidkrevende samtalene og det tverrfaglige samarbeidet.

Vil lovfeste rett til dagaktivitet

Demensrådslederens andre hovedanliggende er å få lovfestet retten til et dagaktivitetstilbud, gjerne ved et dagaktivitetssenter.

– Vi lot oss dessverre lure litt av formuleringene da statsministeren uttalte at dagsentre skulle lovfestes innen 2015, noe Nasjonalforeningen lenge har kjempet for. Der vi snakket om å lovfeste den enkeltes rett til et dagaktivitetstilbud, viste det seg at regjeringens plan var å lovfeste kommunens plikt til å etablere et slikt dagtilbud. Den plikten er oppfylt om bare en brøkdel av personene





PRIORITERING: – Familien og de nære ting betyr mye mer for meg nå, ved siden av demensomsorgen og klimaaksjonen, sier eks-politikeren.

med demens som er i behov av et slikt tilbud får det. Det er ikke bra nok! Dette burde vært et naturlig trinn i en trapp som leder fra det å bo hjemme med hjemmebasert omsorg inn mot et liv basert på heldøgns omsorg. En flytting direkte fra hjemmet til en institusjonstilværelse kan skape komplett forvirring og ofte medføre en raskere sykdomsutvikling. Dagsentra gir i tillegg til aktivitetene som foregår der også en mulighet for personer med demens til fortsatt å fungere i sosiale sammenhenger. Slike tilbud behøver ikke nødvendigvis foregå på et senter. Det kan være en turvenn, et museumsbesøk, «inn-på-tunet» tilbud som like gjerne kan foregå på den gamle arbeidsplassen som på et gårdsbruk og så videre. Her er det bare fantasien som setter grenser. Alt dette kan bidra både til å forsinke sykehjemsinnleggelse og forhindre en rask forverring av sykdommen.

Inspirerende nytt

Wenche Frogn Sellæg har ikke fokus ute-lukkende på norsk demensomsorg:

– Spennende er det også å følge med på det som skjer andre steder. En repre-

sentant fra Demensrådet var nylig i Skottland. Der er man nå opptatt av at personer med demens selv skal bli hørt, ikke bare snakke gjennom pårørende. De har allerede etablert en ganske sterk organisasjon for personer som har demens, med vel 100 medlemmer. Alzheimer Europe skal også opprette et rådgivende organ for personer med demens.

– Dette er en viktig utvikling, for det bekrefter at personer med demens har ressurser som de bør få sjansen til å bruke, i organisasjonslivet som i arbeidslivet. Da må man være villig til å bruke tid på å finne ut hva som fungerer. Hvem har personen vært før sykdommen og hva trives vedkommende med å gjøre? Altfor lenge har vi hatt oppmerksomheten rettet mot problemene demenssykdommene skaper. Det er på tide å få frem alle de ressursene personer med demens fortsatt har i behold. Dette må være målsettingen for fremtidig eldre- og demensomsorg, mener Wenche Frogn Sellæg.

Ser store positive endringer

For henne selv synes ringen på en måte å være sluttet nå.

– Min første jobb var på geriatrik avdeling på Ullevål. I det perspektivet har det skjedd enormt mye positivt. Fra datidens store, til dels lukkede avdelinger hvor pleie var det sentrale, til dagens eldreomsorg med små enheter og muligheter for et privatliv, selv når du er i behov av heldøgns omsorg. Etikken har også kommet mye sterkere inn i bildet. I 1965 var det akseptert å dryppe Haldol-dråper under brunosten på brødiskivene til urolige pasienter. Vår etiske refleksjon rundt behandling av mennesker har jo endret seg enormt. Det har også samfunnets årvåkenhet når det skjer svikt i omsorgen. I et langt perspektiv er jeg optimist, om enn utålmodig. Jeg synes at vi gradvis blir bedre på så mange områder.

Og så blir det jo så mange friske pensjonister nå som kan være med og ta et tak i den frivillige omsorgen. Vi har tid og det gjør oss godt at noen fortsatt har bruk for vår innsats.



Knut Engedal, professor dr.med.
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Norsk alderspsykiatri

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (NKAH) har fra 2012 fått i oppgave å bygge opp en nasjonal kompetansesenterfunksjon i alderspsykiatri. D&A vil i de kommende utgivelser bringe flere artikler om temaet. Professor dr.med. Knut Engedal, NKAH, gir i denne kronikken en oversikt over fagets utvikling i Norge.

I Norge har alderspsykiatrien utviklet seg som et eget fagområde de siste 40 årene. Den første avdelingen ble opprettet på Dikemark sykehus i 1970. Etter hvert er det opprettet alderspsykiatriske avdelinger eller sengeposter over hele landet. Etableringene har for det meste vært sporadiske og personavhengige, det vil si at en eller flere personer i et psykiatrisk sykehus har kjempet frem etableringen av en alderspsykiatrisk enhet. Det finnes ingen nasjonal plan for opprettelse av alderspsykiatriske avdelinger, men i skrivende stund arbeider Helsedirektoratet med å utgi en faglig veileder for hvordan den alderspsykiatriske spesialisthelsetjenesten skal organiseres, arbeide og hvilke pasienter de skal rette sin aktivitet i mot. Veilederen vil også ta for seg samarbeid og arbeidsdeling mellom de alderspsykiatriske avdelingene og de distriktspsykiatriske sentra (DPS).

Norsk alderspsykiatri fra 1970 til 2012

I de første årene dreide alderspsykiatri seg hovedsakelig om behandling og omsorg for psykiatriske pasienter med tidligere langvarig psykiatrisk sykdom og med langvarige innleggelse i de psykiatriske sykehusene. De siste 20 årene har det skjedd en bevisst dreining av oppgavene i alderspsykiatri. I 1989 ble det etablert en alderspsykiatrisk arbeids-

gruppe i Norsk psykiatrisk forening. Arbeidsgruppen har sammen med fagfeltets ledende personer arbeidet for å endre alderspsykiatrien til et aktivt og dynamisk fagområde. Organisatorisk har man arbeidet for at de alderspsykiatriske avdelingene er blitt selvstendige innenfor en større psykiatrisk klinisk enhet. Faglig har man arbeidet for at alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste skal ta seg av utrednings- og behandlingsoppgaver til pasienter med psykiatrisk sykdom som debuterer i høy alder. Arbeidsutvalget utga i 2001 en plan som ble godkjent av Norsk psykiatrisk forening under tittelen *Plandokument for norsk alderspsykiatri 2001-2010*. Denne er nå revidert til en ny plan; *Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011-2020*. Planen beskriver hvilke pasientgrupper alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste skal rette sin oppmerksomhet mot, hvordan man skal organisere avdelingene, hvilken service man skal tilby, hvordan man skal arbeide for å bedre behandlingen for pasientene og hvordan man skal tilføre primærhelsetjenesten mer kompetanse om alderspsykiatriske lidelser.

De alderspsykiatriske pasientene

Alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste har selv definert at de skal arbeide for å forebygge, diagnostisere og behandle psykiske lidelser som opptrer i høy alder.

De alderspsykiatriske lidelsene er kjenetegnet ved at de opptrer for første gang i høy alder (over 65 år) og at det finnes en sammenheng mellom opptreden av psykiatrisk sykdom og biologisk, psykologisk eller sosial aldring og mellom psykiatrisk og somatisk sykdom. For å kunne yte tjenester til denne pasientgruppen må alderspsykiatrien ha spesiell kompetanse innen fagområdene psykiatri, geriatri og gerontologi. Innenfor fagfeltet er det i dag enighet om hvilke pasientgrupper alderspsykiatrien skal forholde seg til. De aktuelle diagnosegruppene er demens, delirium, depresjon, angst, sent debuterende psykoser (paranoide psykoser og sent debuterende schizofrenilignende psykoser) samt rus og legemiddelmisbruk og/eller avhengighet. Psykiatriske sykdommer som opptrer tidlig i livet og som fortsetter inn i alderdommen er ingen egentlige alderspsykiatriske lidelser, men fagfeltet må likevel forholde seg til denne gruppen pasienter dersom de ikke har et fast behandlingsforhold i voksenpsykiatrien.

Forekomst av alderspsykiatriske lidelser og behov for kliniske tjenester

Ifølge forekomstundersøkelser i en rekke vestlige land har 20-25 prosent av alle eldre over 65 år en psykisk lidelse. Hyppigst forekommer depresjon og demens, minst hyppig er psykoser som ikke er

forårsaket av en hjerneorganisk sykdom (demens eller delirium, eller begge deler). Mange eldre har kombinasjoner av psykiske lidelser, for eksempel demens og depresjon, angst og depresjon eller demens og delirium. Omregnet til norske forhold betyr det at nærmere 200 000 eldre har en eller annen form for alderspsykiatrisk lidelse. Primærhelsetjenesten vil måtte utrede og behandle de fleste av disse pasientene og trenger hjelp fra en spesialisert service som er geografisk nær, som er kompetent og som gir rask service. Primærhelsetjenesten har også behov for å få bedre kompetanse på området.

Organisering av alderspsykiatri i spesialisthelsetjenesten

I Norge finnes det alderspsykiatrisk spesialisert service i 22 avdelinger. De aller fleste alderspsykiatriske avdelinger er organisert i poliklinikk og døgnenhet, og kun fem avdelinger har ambulante team, to har daghospital. Totalt har alderspsykiatrien 300 senger i sine døgnenheter. Dekningsgraden av døgnplasser varierer mellom 0,5 til 2,6 døgnplasser pr befolkningsenhet på 10 000, de aller fleste avdelingene har dekningsgrad ned mot 0,5.

Den polikliniske tjenesten må være mobil, det vil si at personell må være villig til å utrede og behandle pasienten der han befinner seg, enten det er i sykehjem, i annen sykehusavdeling eller eget hjem. Undersøkelser i andre land i Europa har vist at dette er en effektiv måte å drive alderspsykiatrisk spesialisert service på. Sengeenheten, poliklinikken og det mobile team må være organisert i en avdeling og avdelingen må virke som et kompetansesenter for primærhelsetjenesten ved å tilby hospitering, praksislæring, veiledning og kursoppbygg. En alderspsykiatrisk avdeling bør betjene cirka 150 000–200 000 innbyggere og sengeavdelingen bør ha en størrelse på en seng per 1 000 eldre over 65 år. Dette anbefalte tallet på senger er større enn hva som er tilfelle i dag, og kan sikkert diskuteres. Sengeantallet bør ses i lys av tjenesten. Jo større tilbud poliklinisk og ambulant, jo færre senger er nødvendig. Avdelingen bør være organisert med differensierte sengeposter slik at pasienter med depresjon, demens og psykotiske lidelser får et faglig godt tilbud.

Samarbeid og arbeidsdeling med distriktpsykiatriske sentre (DPS)

I Norge har man stor tro på at DPS-ene skal være inngangsporten for alle pasienter til spesialisert psykiatrisk utredning og behandling. Det gjelder også for eldre pasienter. Om dette prinsippet skal anvendes for de gamle pasienter som i dag henvises til de alderspsykiatriske avdelingene, må DPS-ene bygge opp sin kompetanse om alderspsykiatriske lidelser og det må skje et samarbeid mellom alderspsykiatrien og DPS-ene, noe som ikke er så utbredt i dag. En farbar vei er å definere hvilke typer pasienter DPS kan og skal motta, for eksempel eldre personer med depresjon av mild til moderat grad, angst og søvnproblemer, mens den alderspsykiatriske spesialisthelsetjenesten fortsatt skal ta imot eldre med alvorlig depresjon og pasienter med demens og tunge nevropsykiatriske symptomer. Dette er forhold som vil bli diskutert i Helsedirektoratets veileder.

Kompetanseheving

Kunnskapen om alderspsykiatriske lidelser, hvordan de skal utredes og behandles, er mangelfull i norsk helsetjeneste. Det gjelder både hos personell som arbeider i primærhelsetjenesten og i voksenpsykiatrien. Det trengs et løft, noe som ulike aktører har sett.

Sent på året i 2011 besluttet Helse Sør-Øst RHF å gi økonomisk støtte til en nasjonalt kompetansesenterfunksjon, som ble lagt til Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (NKAH). Dette vil innebære at NKAH fra og med 2012 skal øke sin innsats for å overføre kompetanse om alderspsykiatriske lidelser fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Dette vil bli gjort gjennom utviklingsarbeid, utvikling av læremateriell og igangsetting av ulike læringsarenaer, det vil si ved å arrangere kurs og konferanser og ved å revidere alderspsykiatriens ABC totalt og starte opplæring med ABC-en. NKAH vil bevisst samarbeide med de alderspsykiatriske avdelingene i dette opplæringsarbeidet. De alderspsykiatriske avdelingene på sin side bør alle sette i gang opplæringstiltak til primærhelsetjenesten og utvide sitt samarbeid med DPS-ene slik at flere får kompetanse om alderspsykiatri. Dette gjøres i flere avdelinger allerede i dag, noe som er svært positivt.

Forskning

Det drives mye god forskning innen det alderspsykiatriske fagfeltet i Norge i dag. Flere store multisenterprosjekter har vært gjennomført og de alderspsykiatriske avdelingene har vist en impoerende dugnadsånd i å delta i datainnsamlinger. Vi har vært vitne til at flere og flere medarbeidere i de alderspsykiatriske avdelingene i Norge har gått i gang med og fullført doktorgradsprosjekter. Klinisk forskning i alderspsykiatri er spennende og det er ikke vanskelig å finne pasienter som kan inngå i prosjekter. Hittil har de fleste doktorgradskandidater vært leger. Det savnes at andre yrkesgrupper som arbeider i alderspsykiatrien følger etter, og det må vi kjempe for. Et initiativ som kan øke forskningsinnsatsen er å etablere et nasjonalt register over alderspsykiatriske pasienter slik det er beskrevet i en artikkel i Demens&Alderspsykiatri 1-2012 (1). Det er å håpe at det regionale registeret i Viken-nettverket kan utvides til å bli et nasjonalt register.

Konklusjon

Norsk alderspsykiatri har utviklet seg fra å være et fagfelt som famlet etter sin identitet i 1970 til å bli et fagfelt som vet hva det vil i 2012. Fortsatt er fagfeltet lite og trenger mer ressurser. Fortsatt er kunnskapen om alderspsykiatriske lidelser lav blant helsearbeidere i primærhelsetjenesten og i voksenpsykiatrien, men jeg er viss på at dette er noe norsk alderspsykiatri vil gjøre noe med!

■ knut.engedal@aldringoghelse.no

REFERANSE

1. Kristiansen KM, Engedal K. Kvalitetsregister i alderspsykiatrien – et samarbeidsprosjekt i Viken alderspsykiatriske forskningsnettverk. Demens&Alderspsykiatri, 2012;16(1):27–28.

D&A søkbar i SveMed+

En viktig kilde til skandinaviske biomedisinske tidsskrifter, SveMed+, fyller 30 år. Jubileet markeres med en ny og videreutviklet søkeside.

Demens&Alderspsykiatri har siden 2003 blitt indeksert i SveMed+, de første årene (2003–06) under navnet Demens. Etter 30 års drift inneholder basen cirka 100 skandinaviske fagtidsskrifter med biomedisinske temaer.

Basen inneholder i dag over 115 000 referanser. Felles for dem er at de er søkbare via den nye og videreutviklede versjonen som er åpnet på Karolinska Institutet Universitetsbiblioteks hjemmeside:

<http://svemedplus.kib.ki.se/>

BRIDGING THE GAP

22.-23. oktober 2012 i København

God demensomsorg – et spørsmål om ledelse?

Første skandinaviske
konferanse om
ledelse og demens!

Påmelding:

<http://www.conferencemanager.dk/bridging-the-gap-no>



Svenskt Demens Centrum



NATIONALT
VIDENCENTER
FOR DEMENS



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Feil i tabell i D&A nr 1-2012

Vi beklager at det oppsto en feil i tabellen til artikkelen «Nettverk kan stimulere til miljøbehandling» side 22-24 i Demens&Alderspsykiatri nr 1 -2012. Her er tabellen justert slik at vurderingene nå kan leses i riktig rekkefølge. Hele artikkelen med riktig tabell ligger til nedlastning på www.aldringoghelse.no.

Tabell 1: Deltakernes vurderinger av nettverket i forhold til forventninger ved oppstart



Corinna Vossius, PhD, nevrolog. Forsker ved Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling i Helse Vest (SESAM), Stavanger Universitetssjukehus. Forsker og lege ved Utviklingssenter for sykehjem i Rogaland, Stokka sykehjem, Stavanger kommune.



Hva koster demens?

Per i dag vet vi lite om helseressursene som brukes i forbindelse med demenssykdommen. Men hvordan skal vi da planlegge fremtiden?

Som i alle andre industrialiserte land vil antallet eldre personer i Norge øke i løpet av de neste tiårene. Dermed vil også antallet personer med demens øke, og det vil oppstå et større behov for pleie og omsorg. Å bevare personlig autonomi, verdighet og en god livskvalitet er en viktig målsetting, og helsemyndighetene har satt i gang en rekke tiltak for å møte det økende omsorgsbehovet. Vi vet at både mer penger og mer helsepersonell vil være nødvendig. Samtidig mangler gode data om dagens forbruk av helseressurser som man kan basere frem-skrivninger på.

Helseressurser brukes på forskjellige nivåer. For det første er det legebesøk, opphold på sykehus, medikamenter og utredning. For det andre er det kostnader som er tilknyttet pleie og omsorg. Og for det tredje er det tapt inntekt fordi en person faller ut av arbeidslivet eller dør (1). Det finnes også sykdomskonsekvenser det ikke er så lett å sette tall på, som redusert livskvalitet hos pasienten og hans nærmeste. Først når en setter sammen alle disse faktorene, danner det seg et fullstendig bilde av sykdommen og de konsekvensene den medfører for den enkelte pasienten og for samfunnet i sin helhet. Helseøkonomiske utredninger er et viktig grunnlag for planleggingen av fremtiden. Samtidig er de utgangspunkt for å vurdere nye behandlingsmetoder med tanke på effekt og lønnsomhet.

Tidligere forskning viser at demens forårsaker store kostnader for samfunnet. Det som utgjør hoveddelen er kost-

nader for pleie, både den formelle pleien og den som ytes av pårørende (2). Demens er den hyppigste grunn for innleggelse på sykehjem (4), og risikoen for innleggelsen økes blant annet ved økt belastning på pårørende, atferdsproblemer og noen spesifikke demenssykdommer som demens med Lewy legemer (5). Hoveddelen av forskningen baserer seg på tverrsnittsundersøkelser av personer med demens. Få studier har gjennomført langtidsobservasjoner over mer enn et år.

En langtidsstudie på Vestlandet, DemVest-studien

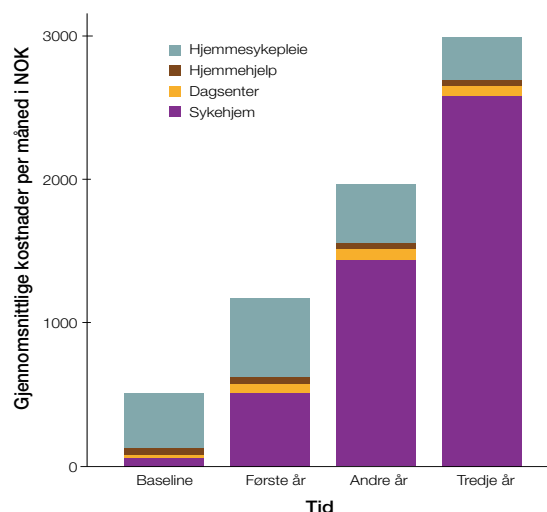
I 2005 ble det startet en langtidsstudie av personer med demens som skal strekke seg over ti år, DemVest-studien. Studien inkluderer alle personer som ble diagnostisert med mild demens ved en av de geriatriske, alderspsykiatriske eller nevrologiske poliklinikkene på Vestlandet mellom 2005 og 2007 (3). Til sammen ble 196 personer inkludert, og diagnosen av de forskjellige former for demens ble stilt etter de nyeste retningslinjene. Dette prosjektet vil gi oss mulighet til å undersøke mange forskjellige aspekter ved demens over hele sykdomsforløpet. Hittil er det satt i gang forskningsprosjekter som evaluerer diagnoseprosedyrer og forekomst av de enkelte demensformer, depresjon ved demens, MR-diagnostikk ved demens og risiko for innleggelse på sykehjem hos pasienter med Alzheimer sykdom (AD) sammenlignet med dem som har demens med Lewy legemer (DLB).

Hvor mye pleie trenger personer med demens

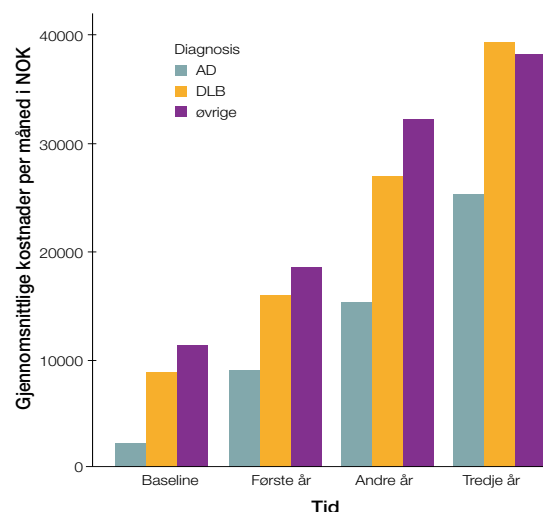
Vi vil presentere en studie av pleiebehovet hos deltakerne i DemVest-studien. Studien evaluerer bruken av kommunale tjenester, som for eksempel hjemmehjelp eller sykehjem i løpet av de første tre år etter diagnosen. De fleste liknende studier samler inn data ved hjelp av spørreskjema, mens vi har valgt å hente data fra de kommunale registre for å få så nøyaktige og fullstendige data som mulig. Vi begrenset studien til de fire største kommunene på Vestlandet; Bergen, Haugesund, Stavanger og Sandnes, til sammen 109 pasienter. Vi registrerte bruken av hjemmesykepleie, hjemmehjelp, dagsenter, omsorgsbolig og opphold på institusjon som sykehjem, aldershjem eller bofellesskap. Vi beregnet også kostnadene for disse tjenestene. Samtidig så vi på faktorer som førte til at en person brukte spesielt mye tjenester.

Kostnader stiger raskt i løpet av de første tre årene

Nesten alle pasienter (84 prosent) mottok hjelp fra det offentlige i observasjonsperioden og cirka halvparten av pasientene ble innlagt på sykehjem. Ved diagnosetidspunktet brukte pasientene i gjennomsnitt tjenester for rundt 5 000 NOK per måned, mens forbruket var cirka 30 000 NOK per måned etter tre år. Figur 1 viser kostnadsøkningen fra diagnosetidspunkt og tre år fremover. Samtidig viser figuren hvilke typer tjenester som ble brukt mest. I begynnelsen var det hjemmesykepleie, men etter



Figur 1: Gjennomsnittlige kostnader per måned etter type tjenester



Figur 2: Gjennomsnittlige kostnader per måned etter type av demens

hvert utgjør kostnader for pleie på institusjon en større andel. Totalt var mer enn 70 prosent av alle kostnader knyttet til opphold på institusjon, først og fremst sykehjem. Vi ser at dagsenter spiller en veldig liten rolle, muligens fordi det er for få dagsenterplasser i regionen.

Hvorfor koster noen pasienter mer enn andre?

For å finne ut hvorfor noen pasienter brukte flere ressurser enn andre, undersøkte vi en rekke demografiske og kliniske faktorer.

I motsetning til andre studier fant vi ingen forskjell mellom menn og kvinner. Men det spilte en stor rolle om man bodde alene eller med andre. Gjennomsnittlige kostnader var nesten dobbelt så høye for dem som bodde alene, med NOK 27 809 per måned (CI¹ = NOK 22 120–33 468) sammenlignet med NOK 14 202 (CI = NOK 9 461–18 942) for dem som bodde med partner eller barn. Videre fant vi at komorbiditet (andre sykdommer personen har ved siden av demenssykdommen) påvirket ressursbruken ($\rho = 0.332$; $p < 0.01$), og det var en nær sammenheng mellom ADL-ferdigheter og kostnader ($\rho = 0.56$; $p < 0.01$) og pårørendebelastning og kostnader ($\rho = 0.47$; $p < 0.01$). Gruppen av pasienter som brukte kolinesterase-hemmere hadde lavere gjennomsnittlige kostnader enn de uten denne typen medikasjon,

med NOK 13 667 per måned (CI = NOK 9 599–17 734) versus NOK 26 079 (CI = NOK 19 631–32 525). Siden det var betydelig forskjell mellom de to gruppene, betyr dette funnet ikke nødvendigvis at kolinesterasehemmere virker kostnadsbesparende. Muligens er det slik at pasientene som profiterer mest på denne behandlingen er de som det uansett går best med, som for eksempel pasienter med AD i forhold til pasienter med vaskulær demens.

Figur 2 viser at type av demens spiller en viktig rolle. Pasienter med AD brukte nesten bare halvparten så mye ressurser som pasienter med DLB med gjennomsnittlig NOK 15 321 (CI = NOK 10 882–19 761) versus NOK 26 819 (CI = NOK 19 935–33 703). Dessverre var det for få pasienter med andre demensdiagnoser til å kunne gjøre en evaluering av disse gruppene. Det kan se ut som om andre former av demens enn AD eller DLB er spesielt ressurskrevende, med gjennomsnittskostnader på NOK 29 504 (CI = NOK 12 129–48 880) per måned.

Viktig med studier som følger hele sykdomsforløpet

Våre funn bekrefter stort sett funn fra andre studier. Kostnader for pleie er betydelige, og innleggelse på sykehjem utgjør hoveddelen. Tiltak som forlenger tiden pasienten kan bo hjemme vil etter all sannsynlighet være kostnadseffektive. På denne måten kan helseøkonomiske evalueringer være nyttig informasjon for helsemyndigheter – det er bra for pasienten å kunne bo hjemme så lenge som

mulig, men det vil muligens også hjelpe kommunebudsjettet.

Samhandlingsreformen er bare ett eksempel som viser hvor stort fokus det for tiden er på eldreomsorgen og alle de økonomiske spørsmålene som er knyttet til den. Denne studien gir en oversikt over de første årene med demenssykdom, mens vi fortsatt vet lite om den siste og mest ressurskrevende fasen av sykdommen, spesielt opphold på sykehjem. Vi håper derfor at vi på et senere tidspunkt kan gjennomføre en ny studie med en lengre observasjonsperiode, som dekker hele sykdomsforløpet fra diagnosestilling til livets slutt.

■ c.vossius@hotmail.com

REFERANSER

1. Rice DP. Estimating the cost of illness. *Am J Public Health Nations Health*. 1967;57(3):424-40.
2. Wimo A, Jonsson L, Gustavsson A, et al. The economic impact of dementia in Europe in 2008-cost estimates from the Eurocode project. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26(8):825-832.
3. Aarsland D, Rongve A, Nore SP, et al. Frequency and case identification of dementia with Lewy bodies using the revised consensus criteria. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2008;26(5):445-452.
4. Bharucha AJ, Pandav R, Shen C, Dodge HH, Ganguli M. Predictors of nursing facility admission: a 12-year epidemiological study in the United States. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(3):434-439.
5. Bostrom F, Jonsson L, Minthon L, Londo E. Patients with Lewy body dementia use more resources than those with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22(8):713-719.

¹ CI = 95 prosent konfidensintervall.

² Rho = Spearman's rho korrelasjonskoeffisient.



Når livet tapes og likevel må leves...

– nærbilder av en ung kvinnes demenssykdom

Oddny Kristin Finnøy skriver om sine opplevelser som pårørende til en ung person med demens. Finnøys lillesøster Liv-Tone fikk diagnosen demens da hun var 42 år gammel. Oddny-Kristin Finnøy holdt dette innlegget på en demenskonferanse ved Sykehuset Innlandet i februar 2012.



40 år: Liv-Tone på bursdagen i 2002. Alle foto privat.

Mitt navn er Oddny Kristin Finnøy og jeg er storesøster til Liv-Tone, som har fått demens. Jeg er så heldig at jeg får lov til å fortelle om hvordan det er å være pårørende til en ung person med demens. Jeg sier heldig, fordi jeg ser det som særlig viktig å få formidlet til akkurat dere hvordan livet blir snudd på hodet når en av ens nærmeste får en demensdiagnose. Det skal også sies at jeg gruet meg veldig for å holde dette innlegget for så mange fagpersoner. Men etter at en god venn sa til meg at ingen av dere sannsynligvis har opplevd å være pårørende til en ung dement, så er det *jeg* som er eksperten. Da da blei det litt lettere.

Liv-Tone

Liv-Tone er i dag 50 år. Hun bodde på Lillehammer fra hun var fem år og var et aktivt barn som dreiv med idrett og musikk. Som voksen utdanna hun seg til barnevernspedagog. Hun likte å lese bøker, gå på konserter/teater, trene, gå lange turer i fjellet, gå på ski og reise. Hun har også nydt stor respekt for jobben hun har gjort i yrkeslivet.

Liv-Tone var stort sett frisk og hadde en sterk kropp fordi hun var så fysisk aktiv. Etter et fall på glattisen med påfølgende hjernerystelse rundt 1990, sleit hun veldig med migrene. Det hemma henne til tider veldig, og i dårlige perioder var det vanskelig å planlegge ting.

Liv-Tone er veldig sjølstendig og har alltid hatt full kontroll på sitt eget liv. Hun etablerte aldri egen familie, men var ei svært engasjert og populær tante for sine seks tantebarn. Hun jobba også

mye med barn, videreutdanna seg innenfor familieveiledning, og hadde flere ansvarsfulle jobber innafor barne- og familievern.

Etter mange år i Oslo flytta hun høsten 2001 til Lillehammer, hvor hun hadde vokst opp og hvor flere i familien hennes bor. Hun kjøpte seg rekkehusleilighet som hun pussa opp og der bodde hun fram til våren 2008. I dag bor hun på Lillehammer Helsehus, avd. A0Sør.

Sjukdommen og vårt møte med helsevesenet

Liv-Tone har vært en ryddig person, omsorgsfull og til å stole på. Hun tok ansvar der det var nødvendig – både i jobben sin og i livet ellers. Hun hadde ei aktiv fritid, dro ofte på hytta, gikk lange turer på ski og på beina, og koste seg med god mat og hyggelig selskap. Hun trivdes også godt aleine, likte å gjøre praktiske ting som å fikse og pusse opp eller også å sitte i sofaen med ei god bok. Ungene elsket å være sammen med tante Tone fordi de alltid gjorde så mye morsomt sammen.

I august 2001 skulle jeg bo hos Liv-Tone i Oslo i 14 dager i forbindelse med studier. Vi var opptatt med vårt hele dagen, men på ettermiddagene møttes vi hjemme hos henne for å spise middag sammen. Noen ganger kom jeg hjem først og noen ganger hun. Hvis jeg kom først, handla jeg inn og laget middag til oss begge. Hvis hun kom først hjem satte hun seg bare i sofaen og gjorde ingenting. Når jeg kom hjem var det ingen tegn til noen middag på kjøkkenet... Liv-Tone sa hun hadde spist ei brødskeiv eller noen rester og ba meg gjøre det samme. Det var første gang jeg tenkte at noe var galt. Dette likna ikke på Liv-Tone i det hele tatt, og jeg blei veldig bekymra. På den tida var det ulike ting i livet hennes som hadde vært litt vanskelig ei stund, så etter å ha prata en del med henne konkluderte vi alle med at hun antagelig var deprimert. Liv-Tone gikk til legen sin og fikk medisiner for depresjon.

Seinere den høsten flytta hun til Lillehammer der hun fikk jobb i barnevernet og trivdes kjempegodt. Dessverre var det bare et årsvikariat som ikke kunne forlenges, så hun søkte og fikk jobb på Lena, der hun arbeidet fram til sommeren 2004. Det siste året var hun tidvis sjukmeldt på grunn av økende depresjoner,

og den siste jobben blei avslutta på en litt ugrei måte – hun var blitt lovt fortsettelse av et vikariat, men fikk plutselig beskjed om at hun ikke fikk fortsette li-kevel... Det var en vanskelig situasjon, hvor vi rundt henne på den ene sida hadde stor sympati og omsorg for Liv-Tone som ikke fikk fortsette i jobben – hun var veldig, veldig lei seg for det – og hvor vi på den andre sida kunne forstå at de valgte henne bort. Vi innså nå at det var noe virkelig galt med Liv-Tone, og skjønte at hun ikke kunne fungere i en så ansvarsfull jobb lenger.

Fordi – det jeg reagerte på allerede i 2001 hadde i løpet av de tre årene fram til 2004 bare blitt forsterket:

- ◆ Liv-Tone var deprimert, humørsjuk, uinteressert, usosial
- ◆ hun var glemsk, mista ord og uttrykk – måtte *skrive om* det hun skulle si
- ◆ hun som alltid hadde fiksa alt sjøl, ville at jeg skulle ordne ting for henne.

Og det prøvde jeg å gjøre. Jeg hadde utallige telefoner med fastlegen hennes – i begynnelsen kunne jeg bare avgi bekymringsmeldinger, men etter hvert gav Liv-Tone meg fullmakt til å gi og få alle opplysninger. Når jeg spurte om hun ikke ville ringe sjøl, sa hun alltid «*jeg er så sliten, gjør det du*». Så jeg tok telefonene, men hun måtte sjøl møte opp til legetimene. Og etter hver konsultasjon hadde jeg en telefonprat med legen og vi endte hver gang opp med stor uenighet: Jeg mente at noe var alvorlig galt med Liv-Tone og ville at han skulle henvise henne til videre undersøkelser, blant annet i forhold til dette at hun var så utrolig glemsk. Han mente at hun var deprimert, og at grunnen til det lå i at hun antagelig bar på en stor, mørk hemmelighet som hun ikke orka å dele med noen og som dermed gjorde henne deprimert.

Ja, Liv-Tone bar virkelig på en stor, mørk hemmelighet. Hun kjente hvordan hun holdt på å miste grepet og kontrollen – og for en person som alltid hadde hatt full kontroll, var dette en uutholdelig smerte og et stort nederlag. Hun brukte masse energi på å prøve å beholde kontrollen lengst mulig. Og ja, det gjorde henne deprimert at det var sånn – men det var demenssjukdommen som forårsaket alt dette.

Oppfordring

Dersom pårørende rapporterer om at et ungt familiemedlem som aldri tidligere har vært deprimert blir nedstemt, initiativløs, humørsjuk/agressiv, usosial og veldig glemsk – da må dere fastleger ta det på alvor. Vi som lever rundt en pasient veit noe om hva som er normalt for disse personene – det er viktig å se og forstå at pasientene ikke evner å se seg sjølik som vi rundt gjør det. Pasientene prøver dessuten i det lengste å holde på kontrollen – bare tenk på dere sjøl hvor viktig det er å late som om en har kontroll i situasjoner hvor en kanskje ikke har det helt!

Fra sommeren 2005 fikk jeg endelig gehør hos fastlegen for at det skulle gjøres diverse utredninger av Liv-Tone. Hun fikk tatt EEG og var hos ergoterapeut, der hun blei testa med ulike oppgaver i forhold til hukommelse – begge deler med nedslående resultat. I oktober samme år var hun til nevropsykologisk utredning, som måtte avbrytes fordi, sitat – *hun ikke mestret gjennomføring* – sitat slutt. Likevel blir hun ikke diagnostisert eller fulgt opp automatisk videre!

Problemene øker, vår frustrasjon vokser og i november maser vi oss til en time med nevrolog eller nevropsykolog (det husker jeg ikke) på Lillehammer



AKTIV: Liv-Tone slik storesøster husker henne, ei engasjert og turglad jente.

sjukehus. Hele familien var med; Liv-Tone, oss to søstre og vår mor. Det ble et utrolig vanskelig møte. Liv-Tone gråt og prøvde etter beste evne, med sitt reduserte språk, å fortelle hvordan hverdagene hennes var, og vi som sto rundt henne delte vår opplevelse av dem. Det var ikke så enkelt, fordi Liv-Tone jo var med oss, men vi prøvde å være tydelige på at hun befant seg i en unormal og svært utfordrende situasjon. Vi satt der i en time, og til slutt spurte legen Liv-Tone om hun «huska å slå av kokeplate». Jo, det mente Liv-Tone at hun gjorde. Legen konkluderte da med at det ikke var noe problem, at søsteren vår fortsatt var alvorlig deprimert og at hun skulle fortsette med medisiner for det....

Vi gikk fra møtet i sjokk og jeg var rasende. I flere år hadde vi kjempa for å bli hørt og trodd på at Liv-Tone var mer sjuk enn å være «bare deprimert». Det koster mye å ta alle disse telefonene og møtene med leger og andre, og så blir vi avskrevet på den måten der! Jeg dro rett hjem og ringte til legen vi hadde hatt møte med, og utrolig nok fikk jeg snakke med han. Jeg sa at dersom han ikke med *én gang* henviste Liv-Tone til ytterligere undersøkelser ville jeg anmelde ham til Fylkeslegen. Det høres sikkert helt latterlig ut at man truer med den slags, men jeg var desperat og hadde en dårlig vurderingsevne på hva som er greit og ikke den dagen.

Påstand

Det er frustrerende og «uverdig» at en som pårørende skal måtte gjøre seg så liten og ty til trusler for å bli hørt og trodd!

Men, jeg oppnådde noe. Dagen etter at jeg hadde tatt denne telefonen, i november 2005, fikk Liv-Tone brev om innleggelse på Distriktpsikiatrisk senter (DPS) Gjøvik, og i løpet av et par dager hadde hun diagnosen *Subcortical demens*. På Gjøvik var de rysta over at ikke Liv-Tone var diagnostisert før.

Å få en sånn diagnose var selvfølgelig vondt og vanskelig. Spesielt for Liv-Tone, men også for oss rundt henne. Men mest var det en lettelse, både for henne og oss. Endelig kunne søsteren min tillate seg å slippe taket. Hun hadde brukt så utrolig mye energi på å være *normal* (og likevel mislykkes). Nå kunne vi alle senke skuldrene og overlate noe

NÆRHET: Søstrene har alltid hatt et nært forhold. Her avbildet for cirka ti år siden.



av ansvaret til noen som *kunne* og *visste* hva denne sjukdommen dreide seg om, trodde vi... Men, det var nå kampen *mot* helsevesenet og *for* et verdig liv begynte.

I januar 2006 hadde hun et femukers opphold på Solås, Gjøvik. Der blei hun kartlagt i forhold til funksjonsnivået på det tidspunktet, og det blei lagt en plan for hvordan Liv-Tones hverdag burde være framover. Når det gjaldt diagnosen var de på Solås ikke helt sikre på om de skulle lande på frontotemporal demens eller Alzheimer. Det var ting som tyda på begge deler.

Så kom Liv-Tone hjem og med det starta virkelig utfordringene. Ulike personer i Lillehammer kommune skulle nå ha ansvar for Liv-Tones hverdager, sammen med oss i familien. Det blei oppretta hjelpeverge – det første året var den i kommunen, deretter tok jeg over. Hun fikk jobb i en barnehage noen timer to dager i uka. Hun trivdes godt og det gikk bra noen måneder, men fra sommeren 2006 måtte hun gi seg på grunn av mye migrene (stress) og ryggproblemer. Hun hadde hjemmetjenesten innom for å dosere medisiner, og hun hadde tilbud om å være med en gruppe og gå tur et par ganger i uka. Denne gruppa besto av personer med psykisk utviklingshemning og pasienter med psykiatriske utfordringer. Liv-Tone hadde verken psykisk utviklingshemning eller psykiatriske problemer! Hvor frustrerende var det ikke for henne å bli plassert sammen med denne pasientgruppen. Etter hvert ville hun da heller ikke være med på disse turene. Seinere blei det slik at en

person fra kommunen skulle være en slags støttekontakt noen timer i uka. Disse timene blei gjerne brukt til å gå tur, noe Liv-Tone satte pris på. Ellers var hun mye sammen med mora vår – som bodde bare 100 meter unna – hun spiste stort sett alle måltider der og var med mor på mye av det hun foretok seg.

Liv-Tone fikk timer hos en logoped for å prøve å forbedre språket. Det resulterte i stadige nederlag, hvor Liv-Tone endte i gråt og forlot rommet. Hvorfor dette blei gjort har jeg aldri forstått, hun kunne jo likevel ikke få tilbake det språket hun hadde mista!

Det var stadig nye folk hun måtte forholde seg til – nye leger, nye folk fra hjemmetjenesten, nye folk i gågruppa – dette var veldig belastende for Liv-Tone, og etter hvert protesterte hun på alt som skulle skje.

Liv-Tone blei nå stadig verre. Hun glemte mer, mista ting, språket blei enda mer redusert, aggresjonen og frustrasjonen blei større. Hun isolerte seg mer og mer og ville helst ikke være med dersom vi var flere folk samla. Jeg besøkte henne så ofte jeg kunne, tok henne med på hytta, dro på turer, hentet henne hjem til oss. Det gikk bra lenge, dersom vi to var aleine, men hvis vi var flere blei det vanskelig. Hun greide ikke å følge med i samtaler mellom flere og blei sint og frustrert – forståelig nok! Når jeg spurte om det var noe jeg kunne gjøre for å gjøre hverdagen hennes litt lettere svarte hun alltid *«Jeg er så utrolig sliten...»*.

En vanskelig tid

Etter hvert så vi at Liv-Tone trengte stadig mer veiledning og hjelp til sjøl de enkleste ting. Hun vaska klær hele dagen, satte på maskin etter maskin, men glemte stadig å ha i vaskepulver og etter hvert satte hun bare på skylleprogram. Hun huska at klærne skulle vaskes, men ikke hvordan. Hun huska hvordan hun tok ut tusen kroner fra en minibank og gjorde det flere ganger i uka helt til hun glemte koden. Hvor pengene blei av veit jeg ikke. Hun huska at hun pleide å kjøpe telys, dopapir og oppvaskhansker – og kjøpte mengder av det. Hun glemte at hun akkurat hadde spist og spiste derfor en gang til. Hun glemte at hun akkurat hadde kommet og gikk straks hjem igjen. Hun glemte at hun hadde gått hjem for å legge seg og kom tilbake etter kort tid. Det var mor som fikk den største støytten med alt dette fordi hun bodde så nær. Vi foreslo for kommunen at Liv-Tone kunne få en støttekontakt på full tid som kunne være sammen med henne gjennom dagen, både hjemme og ute i verden. Det var selvfølgelig helt uaktuelt, fordi det verken fantes midler eller folk til den slags. Hun hadde dessuten denne personen som kom hjem til seg et par timer i uka. Problemet var bare at denne personen ofte var sjuk, på kurs eller ikke tilgjengelig i to måneder i sommerferien.

Så da gikk dagene – med stor bekymring og altfor stort ansvar, særlig for mor som var rundt Liv-Tone hele tida. Men våren 2008 var situasjonen uholdbar. Liv-Tone fikk et grand mal epilepsianfall en kveld etter at hun hadde gått bort til seg sjøl, og mor fant henne bevisstløs liggende i oppkast og urin/avføring på sofaen morgenen etter. Nå turde ikke mor å ha ansvaret for henne lengre. Liv-Tone blei da plassert på et bo- og service-senter, på en lukka og låst avdeling sammen med flere eldre personer med demens. Hun var selv 46 år gammel.

Hun ble på senteret i seks måneder før hun var så heldig å få et halvt års opphold på Kløverhagen i Ringeby. I løpet av dette halvåret hadde hun blitt taus, trist, avmagret (måtte mates) og inkontinent. Hun mistrikses så forferdelig at det var rein tortur å besøke henne. Vi prøvde først å gjøre rommet hennes litt hjemmekoselig med noen av hennes møbler, bilder og pynteting. Hun pakka konsekvent ned alt sammen fortere enn

vi rakk å sette ting på plass. Hun nektet å være der og ville være med oss hjem hver gang vi kom på besøk – det var grusomt! Men etter å ha flyttet til Kløverhagen kom hun seg raskt både humørmessig og fysisk, spiste godt og spiste sjøl, gikk sjøl på do, prata mer enn tidligere og gikk daglig lange turer. Hun var aktiv på arbeidsstua og i hverdagslige aktiviteter som borddekking og rydding. Vi kunne se at hun virkelig blomstra opp. Det var også utrolig godt for oss pårørende å komme på besøk dit, vi følte vi også blei tatt vare på – i tillegg til at Liv-Tone blei det.

En skare av engler

Men hvor lenge var Adam i Paradis? Etter et halvt år ble Liv-Tone – mot Kløverhagens anbefalinger – sendt tilbake til den samme avdelingen hun kom fra. Denne gangen gikk det enda dårligere; Liv-Tones sjukdom hadde utvikla seg, men personalmangelen og den trange, lukka og låste avdelinga var den samme. Igjen viste hun en rekke tegn på protest, mistriksel og tristhet og hun blei gradvis mer og mer forvirra, irritabel og sint. En styrking av antall ansatte gjorde ikke situasjonen bedre og livet hennes besto til slutt av et kontinuerlig mareritt av slåsskamp, hyl, protest, ødelegging og bunnløs fortvilelse. Et lyspunkt i disse fortvilte månedene var at én av pleierne fra Kløverhagen, etter vårt initiativ, blei støttekontakt for Liv-Tone et par ganger i uka. Han tok henne ut av avdelingen og ga henne gode opplevelser i form av turer og besøk, noe Liv-Tone satte tydelig pris på.

I desember 2009 blei hun innlagt på Alderspsykiatrisk avd., Sanderud post C1. For oss var det som å komme til himmelen, og vi følte at Liv-Tone blei tatt vare på av engler. Hun blomstra opp igjen sammenlignet med hvordan hun hadde vært den siste tida, men sjukdommen gikk sin gang og hverdagene det neste året ble for en stor del prega av angst og psykoser, mye epilepsianfall, utagerende atferd og redusert funksjonsnivå. Innimellom kunne det heldigvis være gode, rolige stunder med humor og latter. Etter ett år på Sanderud blei hun så flytta til Lillehammer Helsehus, avd. A0Sør, hvor hun også blir tatt utrolig godt vare på av et kompetent og omsorgsfullt personale.

Flyttingen til Sanderud i desember 2009 var for oss pårørende en lykke og lettelse på flere måter. Ikke bare blei hun tatt vare på av utrolige mennesker med høy kompetanse, men her fikk også vi i familien være pårørende, og ikke kampfunder i et tungrodd og motvillig offentlig system! Da Sanderud etter et halvt års tid mente at Liv-Tone var klar til å sendes tilbake til sin hjemkommune, var det de som tok ansvaret for å sørge for at hun fikk det tilbudet hun trengte og hadde rett på der hun skulle bo. Det var de som tok kampen med Lillehammer kommune for å få utvida personalet på avdelingen. De nektet også å sende Liv-Tone fra seg før de – og vi – følte oss trygge på at forholdene på A0Sør var gode nok for henne. Vi slapp å gjøre noe anna enn å være med på prosessen ved å fortelle hvordan vi ønska at Liv-Tone skulle ha det og hva vi mente måtte til for at hun skulle ha en så god hverdag som mulig. Hvilken luksus! Dette er jeg avdelingen på Sanderud evig takknemlig for.

Å være storesøster til en lillesøster med demens

Liv-Tone er tre år yngre enn meg, men likevel har hun vært en søster jeg alltid har sett opp til. Hun har satt seg mål og gjennomført dem, hun har vært nær og omsorgsfull, hun har vært der når jeg har trengt henne – det være seg til praktiske oppgaver, som oppussing eller barnepass og hun var, ikke minst, en av mine aller beste venner. Som voksne tilbrakte vi mye tid sammen – både på hytte- og fjellturer aleine hun og jeg, sammen med flere venner eller hun var med meg og min familie på turer og ferier. Hun var yndlingstanta til mine fire jenter, som virkelig forguda tante Tone og hun elsket dem tilbake.

Men så begynte det å skje ting med Liv-Tone, hun blei oppfarende og uforutsigbar – kunne plutselig rope høyt og kjefte helt uten forvarsel. Ungene syntes det blei utrygt og jeg tenkte at «det var da maken til oppførsel og reaksjon»! Vi kunne prate om ting, men kort tid etterpå så husket hun ingenting av det. Hun skulle komme på besøk til oss og dukka plutselig opp dagen før avtalt... Hun blei deprimeret, blei sjukmeldt fra jobben sin, var uengasjert der hun før hadde vært engasjert og vi rundt henne begynte å bli alvorlig bekymra.

Jeg har fortalt litt om hvordan ting har vært sånn reint praktisk opp gjennom åra. Midt opp i alt dette frustrerende med at Liv-Tone glemte og mista, var sint og deprimeret – så forandra jo også vår søsken- og venninnerelasjon seg etter hvert som hun blei sjukere. Til tross for at jeg var eldst så var det alltid Liv-Tone som hadde tatt vare på meg – hun greide seg alltid sjøl og ba sjelden om hjelp. Men så plutselig blei det motsatt. Jeg måtte – og hun ville – at jeg skulle ordne opp og ta ansvar for henne. Jeg kan bare drømme om hvilket nederlag det måtte være for henne! Det var selvfølgelig godt for meg å kunne gi omsorg og hjelp tilbake, men jeg skulle så gjerne ønske det var under andre omstendigheter.

Jeg savner Liv-Tone veldig. Jeg savner å snakke med henne om stort og smått, savner at hun ringer meg i lunsjen bare for å si hei og høre siste nytt om ungene. Savner at vi bråbestemmer oss for å dra på hytta ei helg – bare hun og jeg for å gå på ski, lage oss god mat og sitte foran peisen og drikke vin og skravle til langt på natt mens vi hører på P1 på radioen. Jeg savner at hun kjefter på meg fordi jeg ikke kjøper meg ordentlige sko når jeg klager på vondt i ryggen. Jeg savner at hun gir meg en klem og sier at jeg er en håpløs storesøster, men at hun er glad i meg for det.

Det er smertefullt å se at en man er glad i ikke har noe liv, men fortsatt må leve. Det har vært hjerteskjærende mange ganger å se inn i Liv-Tones øyne som lyser mot meg i bunnløs sorg og fortvilelse over den situasjonen hun er i. Jeg har følt at hun trygler og ber meg om at hun skal få slippe, jeg føler at når hun skriker ut sin frustrasjon så roper hun til meg og spør «hvordan kan du la meg være her inne – inntengt i mitt eget hode og kropp, hva slags søster er du?» Mange ganger når jeg har kjørt hjem etter å ha besøkt Liv-Tone de siste åra, har jeg måttet stoppe bilen og bare blitt sittende og skrike ut min egen fortvilelse over at jeg ikke kan hjelpe henne. Da føler jeg meg virkelig som verdens dårligste søster!

Til ettertanke

Til slutt vil jeg si litt om hva jeg kunne ønske annerledes i disse ti åra som har gått siden vi skjønte at Liv-Tone var sjuk. Det å gå fra å være en sjølstendig, intellektuelt oppegående og samfunnsnyttig person til en demenssjuk, hjelpetrenende og samfunnsbelastende utgiftspost i løpet av relativt kort tid er, som alle kan forstå, en katastrofe. Det er nedverdiggende og ydmykende for den som er sjuk, og utmattende og frustrerende for de pårørende. Det må være en menneskerett å ha et anstendig liv sjøl om du er så uheldig og rammes av demens i ung alder. Du skal ikke plasseres på gamle hjem sammen med de som 30-40 år eldre enn deg, sjøl om de har samme diagnose som deg. Prøv å sett dere inn i en lignende situasjon for en av deres nærmeste – dere ville *ikke* syntes at det var et verdig liv!

Jeg har hatt utallige møter og telefoner med leger og saksbehandlere i kommunen opp gjennom åra. Det er blitt lovt og lovt; bedre bemanning, tettere oppfølging og så videre, uten at noe har skjedd. Før ferieavviklingen sommeren 2009 hadde jeg et møte i kommunen der jeg ble lovet at man skulle sørge for et stabilt vikarteam for Liv-Tone i ferien. Institusjonen hadde på det tidspunktet store problemer med lav bemanning fra før, og med varierende sommervikarer ville frustrasjonene bli enda større for Liv-Tone. Da jeg satt på møtet opplevde jeg å få stor forståelse for situasjonen og Liv-Tones behov. Den ene av de jeg snakket med lovet å sjekke ut tingene og ringe meg tilbake innen 14 dager. Jeg venter fortsatt på den telefonen... Sjøl om jeg ringte tilbake flere ganger og la igjen beskjed, hørte jeg aldri noe.

Min opplevelse med Lillehammer kommune var at de tenkte som følger: Dersom de trenerte Liv-Tones sak lenge nok, ville hun etter hvert ikke ha bruk for noe, og det blei dermed billigere for dem.

Liv-Tones behov i dag er ikke så store. Hun har blitt svært redusert de siste månedene og nå sitter hun for det meste i en lenestol på rommet sitt når hun er

oppe. Hun har tidligere vandra veldig mye, men det er det nå helt slutt på, mye fordi hun har redusert styrke i høyre side av kroppen. Hun har en del epileptiske anfall – særlig på morgenen, hun sover mye, men spiser fortsatt ganske bra og er roligere enn før – skriker ikke så mye lenger. Dette er nok sjukdommens gang.

På AOSør blir hun stelt og tatt vare på på en god måte av et varmt og omsorgsfullt personale, som bryr seg om Liv-Tone. Jeg liker å komme på besøk der fordi jeg også føler at de bryr seg om meg. Det setter jeg pris på. Liv-Tone har ikke noe liv i dag – det mista hun for mange år sida. Men hun har en anstendig tilværelse der hun er nå og blir behandla med respekt av de rundt henne. Det får kanskje være nok når «livet tapes, men likevel må leves».

■ ok@finnvest.no



EN ANNEN HVERDAG: Liv-Tone på 50-årsdagen sin i april 2012.



Kjell Martin Moksnes, tidl. avdelingsoverlege ved Alderspsykiatrisk avdeling, klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus

Depresjon hos eldre

Forbygging av tilbakefall og nye episoder

Forekomsten av depresjon øker med alderen, men mange eldre får ikke den behandling eller oppfølging de har behov for. Med enkle midler kan flere tilbakefall begrenses og mestres.

Depresjonssykdommene rammer mange kvinner og menn i løpet av livet, og det er en økende forekomst med alderen (1). Min kliniske erfaring er at mange eldre med alvorlig depresjon verken får adekvat behandling eller optimal forebygging. Dette bekreftes av The Depression Research in European Society (DEPRES)-studien som involverte 78 463 pasienter. To tredjedeler av de deprimerede fikk ingen legemiddelbehandling, og når behandlingen ble gitt var det bare en fjerdedel som fikk antidepressiver (2).

Den første depresjonsepisoden er viktig å behandle hos eldre, fordi den sjelden bedres spontant og har en tendens til å bli langvarig. Like viktig er oppfølgende behandling etter bedring for å forebygge tilbakefall og nye episoder. I engelskspråklig litteratur kalles tilbakefall for «relapse» og nye episoder for «recurrence». Målet for behandlingen er

å oppnå fullstendig bedring eller «remisjon» og deretter sikre at remisjonen holder seg lengst mulig.

Mange, dype og langvarige depresjoner setter spor i kroppen som en med de midler vi har til rådighet må prøve å unngå. Konsekvensene av ubehandlet eller underbehandlet depresjon hos eldre er dårligere livskvalitet, redusert medvirkning ved behandling av andre samtidige sykdommer og høyere bruk av helsetjenester, fare for kognitiv svekkelse og økt risiko for selvmord og fordoblet risiko for å dø av hjertesykdommer (3, 4). Selv milde depresjoner kan ha alvorlige komplikasjoner. Derfor bør sykdommen behandles raskt. Den er da lettere å behandle og risikoen for komplikasjoner er mindre.

Diagnose og mål for behandlingen

I Norge diagnostiseres depresjonssykdommene som regel etter omfang og intensitet av symptomene nevnt i ICD-10 (Internasjonal klassifikasjon av sykdommer, versjon 10). Dybden av depresjonen kan måles med Montgomery-Aasbergs Depression Rating Scale (MADRS) som også er velegnet til å registrere bedring i løpet av behandlingsperioden (tekstboks 1).

Målet for behandlingen er at symptomene blir helt borte og at pasienten kan gjenoppta sine tidligere funksjoner. Det betyr at MADRS-skåren skal ned under

10 og holde seg der. 50 prosent reduksjon i symptomene kalles gjerne for respons, men pasienter får lettere tilbakefall når de ikke oppnår full bedring.

Behandling

Milde og milde/moderate depresjoner kan behandles med samtalerapi (psykoterapi), fysisk aktivitet, lys og nettverksterapi. Eldre får sjelden tilbud om psykoterapi, men alle typer psykologiske behandlinger bør være tilgjengelig for eldre med depresjon. Moderate og alvorlige depresjoner må gjerne behandles med antidepressiver i tillegg. Elektrokonvulsiv terapi (ECT) kan med hell brukes ved de alvorligste formene for depresjon.

Fastlegene behandler de fleste pasienter med depresjoner. Med enkle metoder kan fastlegene hjelpe 60–70 prosent til å bli symptomfrie og gjenoppta tidligere aktiviteter. De øvrige bør henvises videre til poliklinisk psykiatrisk behandling eller til privatpraktiserende psykolog eller psykiater. Noen få trenger innleggelse i psykiatrisk sykehusavdeling. Blant eldre som fikk en kombinasjon med nortriptylin og interpersonlig psykoterapi (IPT) fikk så mange som 79 prosent remisjon etter 16 ukers behandling, 16 prosent responderte ikke og fem prosent fikk bare delvis bedring (5).

Kombinasjonsbehandlingen er også best ved sorgrelaterte alvorlige depresjonsepisoder.

Tekstboks 1:

Depresjonens grad målt med Montgomery-Aasbergs Depresjons Skala (MADRS) (Snaith RP et al, 1986)

- ◆ 0 - 6 Ingen depresjon
- ◆ 7 - 19 Mild depresjon
- ◆ 20 - 34 Moderat depresjon
- ◆ 35 - 60 Alvorlig depresjon

Tekstboks 2:**Tiltaksplan for å forebygge tilbakefall og nye episoder av depresjon kan inneholde**

- ◆ behandlingsopplegget som skal følges
- ◆ avtaler med helsepersonell
- ◆ hvor og hvordan henvende seg ved behov for rask hjelp
- ◆ startsymptomer på tilbakefall
- ◆ hvordan begrense depressiv tenkning, bekymring, grubling og selvkritikk
- ◆ hvordan opprettholde aktiviteter som gir en god opplevelse av mestring
- ◆ hvordan unngå å isolere seg
- ◆ hvordan lytte til pårørende, venner og kolleger når de ser tegn til tilbakefall
- ◆ viktige erfaringer av tidligere behandling.

En vellykket behandling av en alvorlig depressiv episode krever en adekvat dose av legemidlet over en periode på 6–12 måneder. Måling av legemidlets serumkonsentrasjon sikrer at pasienten får rett dose, siden denne varierer fra person til person. Eldre får hyppigere bivirkninger av antidepressiver enn yngre, og trenger derfor som regel lavere doser. Pasienten bør følges nøye opp siden faren for legemiddelinteraksjoner er stor. Risikoen kan sjekkes i www.interaksjoner.no

Risiko for tilbakefall

Depresjon er en sykdom som har lett for å komme tilbake, særlig første halvår. Reynolds og medarbeidere fant at sannsynligheten for tilbakefall var 50 prosent etter den første depressive episode. Etter to depresjonsepisoder økte risikoen til 80 prosent og til 90 prosent etter tre eller flere episoder. Legen vil i slike tilfeller anbefale bruk av legemidler over lang tid for å forebygge tilbakefall.

Faktorer som øker risiko for tilbakefall er tidlig debut, lang depresjonsvarighet før behandling, flere tidligere episoder, psykotiske symptomer, andre samtidige psykiske lidelser, fortsatte restsymptomer etter behandling og vedvarende psykososiale belastninger og økonomiske problemer. De viktigste risikofaktorene er antall tidligere episoder med depresjon og høy alder. Eldre er ofte sårbare og selv en liten påkjenning kan føre til tilbakefall. Gamle pasienter med angst og hyperintensive forandringer på MRI eller svekkelse av eksekutive funksjoner får også raskere tilbakefall enn andre.

Forebygging av tilbakefall

Samfunnstiltak som reduserer generell sykdom, ensomhet, skilsmisser, ulykker

og skader, er av betydning for å forebygge depresjoner. Et nærmiljø med gode fellesskap og et bredt spekter av differensierte botilbud er gunstig. Tilrettelegging for å sikre mennesker et sted å bo, noe å leve av, noe å leve for og noen å være sammen med er avgjørende faktorer (6).

Forebygging av tilbakefall begynner allerede under pasientens første depresjonsepisode. Utløsende årsak og de første symptomene på depresjon kartlegges. Mulig utløsende årsak til depresjonen var beskrevet i 82 prosent av journalene i en studie ved Dikemark sykehus (7).

For å forebygge tilbakefall kan det utarbeides en tiltaksplan i samarbeid mellom pasient, pårørende, fastlege og behandler. Utgangspunktet er at tilbakefall kan begrenses og mestres når en har drøftet hvordan påkjenningene kan møtes (tekstboks 2).

Ved tilbakefall eller en ny episode må pasienten vurderes og behandles på nytt. Ofte vil den behandling som virket første gang virke på nytt. Når depresjonen igjen er fullstendig bedret bør pasienten settes på en mer varig vedlikeholdsbehandling for å redusere risikoen for en ny episode.

Pasienten kan gjøre mye selv for å forebygge tilbakefall

Når tiltakslysten og energien gjenvinnes er tiden inne til å gjenoppta dagliglivets aktiviteter, dyrke sine interesser, ta kontakt med venner og familie og delta i sosiale sammenhenger. Det er viktig å unngå isolasjon. En depresjon utløses ikke bare av tap, men også av at en mister den sosiale rytme i hverdagen. En fast struktur med måltider, aktiviteter, hvile og søvn kan være meget viktig.

Fysisk aktivitet og lysbehandling

Regelmessig mosjon som å gå tur, minst en halv time tre ganger i uka er bra. Det styrker muskler, ledd og kondisjon, men stimulerer også nydannelse av celler i hjernen og motvirker tendensen til reduksjon av hjernevevet. Dagslys er en kraftig lysstimulator for hormonreguleringen i kroppen som gir en naturlig tretthet og fremmer et godt søvnmønster. Å komme seg ut på en morgentur eller få en plass ved vinduet på sykehjemmet er verdifullt.

Sosialt fellesskap, støttegrupper, mentale utfordringer og kost har også betydning

Å være sammen med andre i en sosial sammenheng har stor verdi og motvirker effekten av sosial isolasjon. Hos noen kan sosialt samvær være nok for å komme ut av en vond depressiv tilstand.

En 84 år kvinne brakk lårhalsen og ble innlagt i sykehus. Etter operasjonen kom hun tilbake til sin leilighet i fjerde etasje uten heis. Hun kom seg ikke ut og ble deprimert. En hjemmesykepleier som besøkte henne for å gi henne medisiner og dryppe øynene hennes, skjønte at hun ble deprimert av isolasjonen og søkte om plass for henne ved kommunens dagsenter. Sjøføren hentet henne i leiligheten og brakte henne tilbake to dager i uken. Etter kort tid forsvant depresjonen fordi hun igjen hadde fått etablert et menneskelig nettverk og fått brutt isolasjonen.

Ong med flere (1987) viste at støttegrupper for utskrevne eldre deprimerte ledet av en sosialarbeider og en psykiatrisk sykepleier, førte til signifikant færre tilbakefall og reinnleggelser over en ett års periode (8). Å holde hjernen aktiv med stimulering av ulike slag som kryssord og andre lystbetonte mentale utfordringer kan være nyttige. Ernæring av god kvalitet er også viktig for å unngå under- og feilernæring.

Forebyggende legemidler

Når full bedring er oppnådd er det holdpunkter for at vedlikeholdsbehandling med et antidepressivum er en god forebyggende strategi. Vedlikeholdsdosen bør holdes på samme nivå som behandlings-

Tabell 1

Nye episoder av alvorlig depresjon hos pasienter over 70 år som har fått vedlikeholdsbehandling

<i>Reynolds III CF et al 1999</i> (14)	<i>Nye episoder av alvorlig depresjon</i>
IPT* pluss nortriptylin	20 %
Nortriptylin	43 %
IPT pluss placebo	64 %
Vanlig ettervern pluss placebo	90 %

<i>Reynolds III CF et al 2006</i> (15)	
Paroksetin og psykoterapi (IPT)	35 %
Paroksetin og ettervern	37 %
Psykoterapi (IPT) pluss placebo	68 %
Vanlig ettervern pluss placebo	58 % (p=0.02)

*IPT = Interpersonlig psykoterapi, nortriptylin = Noritren, paroksetin=Seroxat

dosen for med redusert dose øker sjansen for tilbakefall.

Risikoen for tilbakefall er 2,5 ganger større hos de som kun bruker placebo. Serotonin reopptakshemmere (SSRI) til eldre har like god forebyggende effekt som de eldre tricykliske antidepressiver gjennom en 18 måneders periode. Bruk samme dose som i akutfasen. Hos yngre er det også vist at antidepressiver som venlafaksin, mirtazapin og reboxetin kan forebygge depresjon (9). Ved unipolar depresjon kan litium redusere selvmordsfaren betydelig og risikoen for tilbakefall og effekten holder seg gjennom 20 års behandling (10). Nasjonale retningslinjer anbefaler ikke litium som eneste medikament for å forebygge tilbakefall.

Antidepressiver og kolinesterasehemmere

Mange eldre pasienter med depresjon har kognitiv svekkelse. Når depresjonen bedres vil mange huske bedre. Noen pasienter med alvorlig og langvarig depresjon med kognitiv svikt kan likevel oppleve at hukommelsessvikten vedvarer i flere år etter bedring av depresjonen (3). Reynolds med medarbeidere (2011) viste at de som fikk donepezil i tillegg til et antidepressivum fikk en forbigående bedring av global kognisjon og en marginal bedring i dagliglivets aktiviteter, men de hadde dobbelt så stor tendens til å få en ny episode av alvorlig depresjon. Hos kognitivt intakte personer, synes ikke donepezil å kunne fore-

bygge mild kognitiv svekkelse, demensutvikling eller nye episoder av depresjon (11).

Har psykoterapi noen rolle i vedlikeholdsbehandlingen?

Konflikter som ikke løses, et kritisk miljø og rikelig med selvkritiske holdninger kan både vedlikeholde depresjon og være utløsende faktorer for en ny episode. Å få innsikt i egen sårbarhet gjennom psykoterapi kan øke forståelsen og hjelpe pasienten å møte utfordringer på en bedre måte. En studie viste at etter nærmere seks års forløp ga vanlig oppfølging pluss kognitiv terapi en større beskyttende effekt for pasienter med fire eller flere tidligere depressive episoder. Leff og medarbeidere (2000) viste at parterapi i gruppe var bedre enn legemiddelbehandling på noen skalaer for pasienter som lever med en kritisk partner (12).

Hva med kombinasjon psykofarmaka og psykoterapi?

Kombinasjonsbehandling med psykoterapi og antidepressivum er den beste forebyggende behandling hos deprimerede i høy alder (13). Kombinasjonen ga færre tilbakefall enn behandlingene hver for seg. Den relative risiko for tilbakefall blant de som mottok placebo var 2,4 ganger større enn hos de som fikk paroksetin, etter å ha justert for effekten av psykoterapi (tabell 1) (14, 15).

Pasienter med samtidig høyt blodtrykk og hjertesykdom hadde enda større

effekt av paroksetin. Pasienter som hadde blitt bra på kombinasjonen av paroksetin og psykoterapi hadde mindre sjanse for tilbakefall dersom de mottok to års oppfølgende behandling med paroksetin. Månedlig psykoterapi med IPT forhindret ikke tilbakefall i denne studien.

Blant unge eldre med tilbakevendende depresjon oppnådde hele 90 prosent en stabil remisjon med kombinasjonen av nortriptylin og IPT. I den følgende depressive episode opplevde de fleste kortere tid til remisjon enn den foregående episode. Dette var like gode resultater som Kupfer med flere (1989) oppnådde hos yngre pasienter (16). Eldre pasienter har like stor nytte av behandling som yngre, men responderer langsommere enn yngre ved alvorlig depresjon. Katon og medarbeidere (2001) viste at et forebyggende intervensjonsprogram i primærhelsetjenesten bedret pasientens oppfølging av legemiddelbehandlingen, gjenkjenning av prodromalsymptomene og færre depressive symptomer i løpet av et år (17).

Har ECT noen rolle i vedlikeholdsbehandlingen?

Etter en vellykket behandling med ECT vil 85 prosent få tilbakefall innen seks måneder dersom de ikke får oppfølgende forebyggende legemiddelbehandling (18). Ved Dikemark sykehus fikk så mange som 47 prosent tilbakefall første halvår etter ECT i perioden 1960–95 (19).

I en oppsummering av studier med vedlikeholds-ECT hos alvorlig deprimerede pasienter over 55 år var konklusjonen at behandlingen sannsynligvis er den mest effektive vedlikeholdsbehandlingen og at den er godt tolerert (20). Det mangler imidlertid gode studier som ser på viktige temaer som kognisjon og komorbiditet.

En pilotundersøkelse med 12 ukers kognitiv atferdsterapi etter en serie med ECT samtidig med antidepressiver eller ECT-vedlikeholdsbehandling antydte at kognitiv terapi kan forlenge den antidepressive effekt av ECT.

Varighet og avslutning av vedlikeholdsbehandlingen

Nasjonale retningslinjer anbefaler at pasienter som har hatt to eller flere depressive episoder i nær fortid, og som har opplevd et betydelig funksjonstap under disse episodene, bør fortsette

Tekstboks 3:**Pasienter som sannsynligvis vil profitere på langtidsbehandling av depresjon**

- ◆ Pasienter med tre eller flere episoder
- ◆ Pasienter med to episoder og risikofaktorer som
 - Sen debut (etter 60 år) eller tidlig debut (under 40 år)
 - Kort intervall mellom episodene
 - Rask start av tidligere episoder
 - Komorbiditet (dobbel depresjon, angstlidelse, stoffmisbruk)
 - Depresjon med psykose og selvmordsfare
 - Dårlig symptomkontroll det første behandlingsåret
- ◆ Langvarig depresjon

med antidepressiver i minimum to år. Har pasienten hatt alvorlige symptomer som sterk selvmordstendens eller psykose kan det være aktuelt å gi forebyggende behandling over lengre tid. Utenlandske eksperter anbefaler minimum et års behandlingstid etter den første depresjonsepisoden, to år etter den andre og tre år etter den tredje eller flere episoder (21). Etter remisjon bør pasientene følges opp av helsepersonell, da det er en prioritert oppgave å forebygge tilbakefall. Pasienter med høy risiko for tilbakefall bør satse på livslang behandling (tekstboks 3). Etter psykotisk depresjon bør antipsykotika gis som tillegg i seks måneder og deretter avtrappes gradvis. Den optimale varighet av vedlikeholdsbehandlingen hos eldre personer er ikke kjent.

Ved avslutning av behandlingen bør den trappes ned langsomt, for eksempel ved å trappe ned en kvart dose hver tredje måned. Noen kan få ubehagelige symptomer ved at SSRI avsluttes for brått.

Omtanke for pasient og pårørende

Hos 10-15 prosent av pasientene er depresjonen vanskelig å behandle. Symptomer som hypokondriske plager, men også negative trekk som mangel på interesse, grubling, sparsom konversasjon, apati og tilbaketrekning kan være en påkjenning for omsorgspersonene. Pårørende kan trenge både støtte og av og til et avbrekk i hverdagen. Å gi pasienten et korttidsopphold på sykehjem kan være avlastende.

Det nytter å behandle depresjon

Befolkningen og helsepersonell må innprentes at det nytter å behandle depresjon. Primærhelsetjenesten må ha nok tid til å behandle eldre, og psykiatrien må være tilgjengelig. Hvert fylke må ha en alderspsykiatrisk avdeling med egen avdelingsoverlege og en stab som kan utvikle kompetanse på fagfeltet. Samarbeidet mellom alderspsykiatrien, geriatrien og primærhelsetjenesten må fungere. Den største utfordringen er likevel å gi pasienten en god oppfølging for å hindre tilbakefall og kunne intervensere raskt ved tilbakefall.

■ kjellmartin.moksnes@ulleval.no

REFERANSER

1. Stordal E, Bjartveit Kruger M et al. Depression in relation to age and gender in the general population: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104:210-6.
2. Lépine JP, Gastpar M et al. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12:19-29.
3. Årdal G and Hammar Å. Is impairment in cognitive inhibition in the acute phase of major depression irreversible? Results from a 10-year follow-up study. *Psychology and Psychotherapy* 2011; Theo, Res. Pra, 84: 141-150. doi: 10.1348/14760830X502328.
4. Einvik G, Dammen T et al. Depresjon og kardiovaskulær sykdom – er det en sammenheng? *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130:729-32.
5. Reynolds CF III, Frank E et al. Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: a preliminary report. *Am J Psychiatry* 1992; 149(12):1687-92.
6. Seim S. Noe å leve for, noen å leve sammen med. Et personlighetspsykologisk perspektiv på alderspsykiatrien. INFO-banken, Sem, 1996.
7. Moksnes KM, Opjordsmoen Ilnes S. Elektrokonvulsiv terapi – virkning og bivirkninger. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130:2460-64.
8. Ong Y-L, Martineau F et al. Support group for the depressed elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 1987; 2:119-23.
9. Keller MB, Trivedi MH et al. The prevention of recurrent episodes of depression with venlafaxine for two years (PREVENT) study: outcomes from the 2-year and combined maintenance phases. *J Clin Psychiatry* 2008; 68(8):1246-56.
10. Tondo L, Baldessarini RJ. Reduced suicide risk during lithium maintenance treatment. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (suppl 9):97-104.
11. Reynolds CF III, Butters MA et al. Maintenance treatment of depression in old age: a randomized, double-blind, placebo-controlled evaluation of the efficacy and safety of donepezil combined with antidepressant pharmacotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68(1):51-60.
12. Leff J, Vearnals S et al. The London depression intervention trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *Br J Psychiatry* 2000; 177:95-100.
13. Reynolds CF III, Perel JM et al. Three-year outcomes of maintenance nortriptyline treatment in late-life depression, a study of two fixed plasma levels. *Am J Psychiatry* 1999; 156(8):1177-81.
14. Reynolds CF III, Frank E et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression. A randomized controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA* 1999; 281(1):39-45.
15. Reynolds CF III, Dew MA, Pollock BG, Mulsant BH, Frank E, Miller MD et al. Maintenance treatment of major depression in old age. *N Engl J Med* 2006; 354:1130-38.
16. Kupfer DJ, Frank E et al. The advantage of early treatment intervention in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46(9): 771-5.
17. Katon W, Rutter C et al. A randomized trial of relapse prevention of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58(3):241-7.
18. Sackeim HA, Haskett RF et al. Continuation pharmacotherapy in the prevention of relapse following electroconvulsive therapy: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285(10):1299-1307.
19. Moksnes KM. Tilbakefall etter elektrokonvulsiv terapi. *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131(20): 1991-93.
20. van Schaik AM, Comijs HC et al. Efficacy and safety of continuation and maintenance electroconvulsive therapy in depressed elderly patients: a systematic review. *Am J Geriatr Psychiatry* 2012; 20:5-17.
21. Alexopoulos GS, Katz IR et al. The Expert Consensus Guidelines: pharmacotherapy of depressive disorders in older patients. A postgraduate medicine special report. The McGraw-Hill Companies, Inc., New York, 2001.

Bente Wallander (tekst og foto)



Departmentet tenker koffert

Vil stimulere til dagaktivitet

Alle norske kommuner har i mai fått tilsendt hver sin temakoffert. I kofferten lå en rekke forslag til aktivitetstilbud for personer med demens.

Regjeringen har i 2012 avsatt 150 millioner kroner til etablering av 2 300 nye dagaktivitetsplasser for personer med demens. Inntil 5 000 brukere kan få et dagaktivitetstilbud deler av uken. Mange kommuner har allerede søkt om tilskudd, men det er fortsatt penger igjen og helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen oppfordrer nå flere kommuner til å søke.

Inspirasjon i arbeidet

– Målet med tilskuddsordningen og tema-kofferten er å bidra til å gi personer med demens gode opplevelser og en aktiv hverdag. Mennesker med demens er en av de største brukergruppene i omsorgstjenesten, og antallet vil bli fordoblet frem til 2040. Dagtilbud gir den som er rammet gode dager, og kan også være en viktig avlastning for pårørende, sier Anne-Grete Strøm-Erichsen i en pressemelding.

Undersøkelser viser at kun 9,3 prosent av hjemmeboende med demens har et dagaktivitetstilbud. Regjeringen lover samtidig at de vil fortsette utbyggingen av dagaktivitetstilbud i årene som kommer.

– Sammen med styrket kompetanse, etablering av pårørendeskoler og bygging av tilpassede boliger, skal dagtilbud gi et løft for demensomsorgen og sikre bedre kvalitet i hele tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende, sier Anne-Grete Strøm-Erichsen.



NY GIV: Vi håper at koffertene vil stimulere flere norske kommuner til å etablere flere dagaktivitetsplasser for personer med demens, sier prosjektlederne Liv Bjerknes Taranrød (t.v.) og Elin H. Aarø Strandli.

Står til tjeneste

Helsedirektoratet har gitt Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i oppdrag å bistå kommuner med informasjon, råd, og veiledning/undervisning i forhold til etablering av dagaktivitetstilbud. Elin H. Aarø Strandli og Liv Bjerknes Taranrød er kontaktpersoner for dette.

Temakofferten som samarbeidspartnerne har fylt, inneholder blant annet forslag om etablering av aktiviteter med musikk, mat og måltider, museumsbesøk samt andre fysiske- og sosiale aktiviteter.

– Vi inviterer kommuner som ønsker å etablere dagaktivitetstilbud til å ta kontakt. Det er ønskelig med tidlig dialog, gjerne allerede i planleggingsprosessen. Ta en telefon til oss, eller send en e-post om ønsket dialog. Ta også kontakt om det er behov for å videreutvikle og/eller kvalitetsutvikle allerede etablerte dagaktivitetstilbud. Vi er til for

kommune-Norge og ønsker velkommen til dialog for tilrettelegging av gode opplevelser og en aktiv hverdag for personer med demens, oppfordrer Liv Bjerknes Taranrød og Elin H. Aarø Strandli.

Søknader fra kommuner om tilskudd til etablering av nye plasser behandles fortløpende av Helsedirektoratet. Les mer om Etablering av nye dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens på Helsedirektoratets nettsider www.helsedirektoratet.no eller nettsidene til Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, www.aldringoghelse.no (klikk Demens og så Dagaktivitetstilbud).

Prosjektlederne kan kontaktes på e-post/tlf.
liv.taranrod@aldringoghelse.no / 33 34 19 74 og
elin.strandli@aldringoghelse.no / 33 34 19 76



PRØVES UT: Julie Skjønberg og en av beboerne ved Kirkens Bymisjons sykehjem i Oslo tester aktivitetskortene. (Ill.foto: Anette Karlsen)

Bente Wallander (tekst)

Bevegelse fra hjertet

– aktivitetskort for personer med demens

Kirkens Bymisjon lanserte i vår «Bevegelse fra hjertet aktivitetskort». Kortene kan brukes av alle som er i kontakt med og/eller har omsorg for mennesker med en demenssykdom.

Bevegelse fra hjertet er utviklet av Julie Skjønberg og Silje Høgaas, som er utdannet ved Den Norske Balletthøyskole. De har testet opplegget ved flere av Kirkens Bymisjons sykehjem i Oslo. I løpet av de siste årene har de samtidig drevet foredrags- og kursvirksomhet i hele Norge, blant annet ved sykehjem, høyskoler og videregående skoler.

– Nå håper vi at kortene kan bli et positivt verktøy til kommunikasjon i møtet med mennesker med demens, sier Silje Høgaas.

Aktivitetskortene *Bevegelse fra hjertet* beskriver ulike øvelser til bruk i situasjoner der man er én til én med demensrammede. Øvelsene kan utføres i stellsituasjon eller som en aktivitet, og innebærer bevegelse, musikk, sang og/eller berøring.

Metoden er også tema for Aslaug Skarsaune Svennings masteroppgave *Bevegelse fra hjertet – det som kommer fra hjertet går til hjertet*. Svenning har blant annet sett på hvordan ansatte ved sykehjem har opplevd og erfart prosjektet og metoden. *Bevegelse fra hjertet* beskrives av de ansatte som godt tilpasset mennesker med demens, den skaper livskvalitet, gir meningsfylte hverdager og gode opplevelser.

Prosjektet *Bevegelse fra hjertet* ble startet i 2007. Det har i tillegg til støtten fra Stiftelsen Kirkens Bymisjon mottatt midler fra Extrastiftelsen Helse- og rehabilitering og Helse- og omsorgsdepartementet. De siste to årene har det vært finansiert på statsbudsjett som en del av regjeringens Demensplan 2015 *Den gode dagen*.



Foto: Julie Skjønberg

Aktivitetskortene kan bestilles ved å sende en e-post til silje.hogaas@bymisjon.no



Martin K. Bystad, psykolog, Alderspsykiatrisk avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge

Demens? Spør de pårørende!

Ved utredning av demens kan pårørendes informasjon være av stor betydning. Denne artikkelen presenterer to utprøvde og strukturerte spørreskjemaer til pårørende for å kartlegge endringer i kognitiv kapasitet over tid.

Forekomsten av demens i Norge er økende (1). Derfor er det nødvendig med screeningverktøy som er enkle å administrere, tolke og som kan benyttes av så mange som mulig. Det er viktig med verktøy som tar kort tid å gjennomføre. Kognitiv testing, for eksempel med Mini Mental Status Examination (MMS¹) er en viktig del av en demensvurdering og kan gi en grov indikasjon på pasientens kognitive svikt (2). Nevropsykologiske tester er mer sensitive for begynnende demens, og kan gi en helhetlig testprofil der ulike typer hukommelse, visuospatiale evner, kognitivt tempo og språklige evner blir vurdert. Slike tester er også normert for alder (3). Hjerneavbildning gir også nyttig informasjon om hjerneorganiske forandringer (2).

En begrensning med både kognitive og nevropsykologiske tester samt hjerneavbildning, er at de hovedsakelig gir et øyeblikksbilde av pasienten, uten å gi noen informasjon om endring over tid. I tillegg er en del tester, deriblant MMS, lite sensitive ved en tidlig fase av en demenssykdom (4, 5).

Ved å fokusere ensidig på kognitive screeningtester risikerer man at personer som har hatt et svakt evnenivå gjennom livet feilaktig får en demensdiagnose (5). I motsatt fall kan det være vanskelig å fange opp begynnende demens hos

personer med et høyt evnenivå, fordi de ofte kompenserer med mestringsstrategier og derved kan skjule svikten lengre (6).

Både enklere kognitiv testing og mer avansert nevropsykologisk utredning vil alene ha begrenset nytteverdi (3). Det finnes flere årsaker til kognitiv svikt, og både depresjon, forvirring, høy alder, stress og somatiske sykdommer kan medføre svakt resultat på en test (2). En depressiv tilstand kan gi demensliknende symptomer, såkalt «pseudodemens», og ved en slik tilstand er det viktig å finne ut om det er noen tidsmessig sammenheng mellom den kognitive svikten og de depressive symptomene (7). I slike tilfeller er det avgjørende å vite noe om endringer over tid og hvorvidt endringene har oppstått plutselig eller kommet gradvis.

Kriteriene for en demensdiagnose er både svekket hukommelse, svekkelse av andre kognitive funksjoner, klar bevissthet, at svikten influerer på dagliglivets fungering, atferdsendring og at tilstanden har vedvart i minst seks måneder (2). Sistnevnte kriterium viser at tidsaspektet ved utredning av en demens-tilstand er relevant.

Det er altså viktig med informasjon om hvordan personen har fungert før sykdommen startet. Såfremt man ikke har undersøkt pasienten tidligere, kan det være vanskelig å finne ut om det faktisk foreligger en endring i kognitiv fungering (2). Derfor er det retrospektive perspektivet viktig ved vurdering av demens. De pårørende sitter oftest med

¹) Skjemaet er senere utkommet i revidert og utvidet norsk versjon. Strobel C, Engedal K. MMSE-NR. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Tønsberg/Oslo 2008.

verdifull informasjon om pasientens kognitive fungering over et lengre tidsrom. Det vil alltid være viktig å få opplysninger fra pårørende, og spesielt viktig dersom pasienten sier nei til å testes eller har andre typer problemer som gjør testing vanskelig. Hos en del eldre vekker testing negative reaksjoner, særlig når det blir aktuelt med mer avansert og tidkrevende testing.

IQCODE

Det kan være hensiktsmessig å få informasjon fra pårørende ved hjelp av et strukturert spørreskjema. Et slikt skjema er Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) (8). Dette skjemaet består av 26 spørsmål om endring de siste 10 årene. Spørsmålene retter seg mot orientering i tid og rom, hukommelse og evne til planlegging.

Skjemaet finnes også i en kortversjon med 16 spørsmål (2). Det er dette skjemaet som kalles «Spørreskjema til pårørende» og som brukes av flere kommunale demensteam etter anbefaling fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (2).

Spørsmålene graderes etter en fem poengs likert skala, («mye bedre» – «mye verre»). Skjemaet fylles ut av en pårørende, og gir en snittskår. Ved en snittskår på 3.7 er det funnet en sensitivitet på 73 prosent og en spesifisitet på 75 prosent (9) ved Alzheimers sykdom. Skjemaet finnes i norsk oversettelse og har vært benyttet i en rekke demensrelaterte studier (8). Flere studier har funnet at IQCODE korrelerer lavt med utdanning og premorbid fungering (8). Dette betyr at høy utdanning og/eller evnenivå i liten grad vil påvirke resultatet.

Det har videre vært funnet en moderat korrelasjon (en sammenheng) på 0.48 mellom skår på IQCODE og skår på MMS over en 7–8 års periode (10). Dette viser at IQCODE fanger opp endringer som også kan sees ved kognitiv testing.

IQCODE har også vært validert opp mot nevropsykologiske tester (8). Det er en sterkere sammenheng mellom kognitive tester (for eksempel MMS) og IQCODE enn mellom IQCODE og nevropsykologiske tester. Noe av grunnen til dette kan være at enklere kognitive tester er mer generelle, mens de nevropsykologiske testene ser på flere kognitive komponenter.

En viss sammenheng er det også funnet mellom hjerneorganiske forandringer vist ved hjerneavbildning og skår på IQCODE (8). Biologiske endringer i hjernen som følge av en demensutvikling kan altså delvis gjenspeiles i skår på IQCODE. Som det fremgår er IQCODE et godt dokumentert skjema for å hente inn opplysninger fra pårørende.

AD8

Et alternativ til IQCODE er skjemaet «Ascertain Dementia 8», bedre kjent som «AD8» (5). Dette skjemaet inneholder åtte ja/nei spørsmål om endring i kognitiv fungering over de to-tre siste år. Spørsmålene kan for eksempel være om personen glemmer hvilken måned eller år det er, glemmer avtaler, sliter med økonomisk vurdering, har problemer med å bruke utstyr som fjernkontroll, komfyr eller mikrobølgeovn, eller gjentar seg selv i samtaler. Hver gang respondenten svarer «ja», regnes det som ett poeng. En total score på to poeng eller mer betyr at det er behov for ytterligere testing. Å fylle ut dette skjemaet tar i underkant av tre minutter (11). Skjemaet kan enten gis direkte til pårørende som selvutfylling, eller kan gjennomføres som et intervju.

AD8 skjemaet kan virke veldig enkelt, men skjemaet er sensitivt for å fange opp demens i en tidlig fase (5). Ved en cut-off på mer enn to «ja» svar er det funnet en spesifisitet på 80 prosent og en sensitivitet på 84 prosent ved begynnende demens (5). Det er vist en klar sammenheng mellom skår på AD8 og resultater på nevropsykologiske tester (11). Dette innebærer at dersom en pasient skårer høyt på AD8 vil han / hun trolig ha klare utfall på nevropsykologiske tester. Det er videre funnet en negativ korrelasjon på 0.64 mellom MMS skår og AD8 (5). Det jobbes nå med å validere AD8 til norske forhold. Erfaringer fra klinisk bruk viser at høy skår på skjemaet korrelerer med lav skår på MMS og klokketesten.

En stor studie (11) fant at informasjon fra pårørende kan gi en sikrere vurdering enn testing med MMS ved Alzheimers sykdom. I studien ble 257 pasienter undersøkt med AD8 og MMS og biomarkører for demens (spinalpunksjon og hjerneavbildning). Der AD8 overså fem pasienter som fikk utslag på biomarkører, overså MMS 74 pasienter. I denne

studien viste det seg altså at AD8 var et mer sensitivt verktøy enn MMS for å fange opp begynnende demens. I likhet med IQCODE er også AD8 et skjema som er godt dokumentert, og som har vist seg å være sensitiv for å fange opp begynnende demens.

Begge skjemaene har sin styrke ved at de fokuserer på endring over tid. I motsetning til ved en del kognitive tester er skår på både IQCODE og AD8 mindre påvirket av utdanningsnivå og kulturell bakgrunn (8, 12). Siden IQCODE-skjemaet inneholder flere spørsmål, kan det også gi mer spesifikk informasjon enn AD8 om hvilke endringer som er observert over tid. Ulempen med dette er imidlertid at IQCODE tar lengre tid å fylle ut og tolke enn AD8 (5). I tillegg ser enkelte det som vanskelig å vurdere endringer over et tidsrom på hele 10 år, slik IQCODE anmoder. AD8-skjemaet spør derimot etter endringer de siste to-tre år, og for en del pårørende kan et slikt tidsperspektiv være lettere å forholde seg til. Erfaringsmessig er også AD8-skjemaet langt bedre egnet ved telefonisk intervju med pårørende. Den store styrken til AD8 er at høy sensitivitet kombineres med at skjemaet tar kort tid å fylle ut og tolke, og kan derfor egne seg godt for allmennleger i en travelt hverdag (5).

Det er viktig å huske at opplysninger fra pårørende aldri må vurderes ukritisk. I noen tilfeller kan de pårørende mistolke depressive symptomer som tegn på kognitiv svikt. Pasientens pårørende kan også underrapportere eller overrapportere de symptomene på kognitiv svikt som faktisk foreligger. Det er videre funnet at forholdet mellom pårørende og pasient (10), samt pårørendes stressnivå (13) kan påvirke pårørendes opplysninger.

Konklusjon

Både IQCODE og AD8 må sees på som supplerende verktøy og bør brukes sammen med testing. Å bruke et slikt skjema i kombinasjon med MMS og klokketesten ansees som nyttig og enkelt. Ved å kombinere både kognitiv/nevropsykologisk testing med hjerneavbildning og opplysninger fra pårørende, vil man legge grunnlaget for en grundig demensutredning. Siden endring over tid er et vesentlig aspekt ved utredning av en demenstilstand, kan spørreskjemaer som IQCODE og AD8 ansees som nødvendige

supplement ved en demensutredning. Det er behov for fremtidige studier som også ser nærmere på hvordan IQCODE og AD8 egner seg ved utredning av mer atypiske demensformer som frontallappsdemens og demens med Lewy-legemer.

■ martin.kragnes.bystad@unn.no

IQCODE og AD8

IQCODE fås på www.aldringoghelse.no under «skalaer og tester», mens AD8 fås på www.helsebiblioteket.no under «skåringsverktøy».

REFERANSER

1. Waaler HT, Hjort PF. Demens frem mot 2050. Tidsskrift for den Norske Legeforening 2010; 130.
2. Engedal K et al. Demens. Fakta og utfordringer: Lærebok – 5. utg. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse 2009.
3. Hestad K, Egeland J. Klinisk nevropsykologi. Undersøkelse av voksne pasienter. Trondheim: Tapir Akademisk forlag 2011.
4. Lezak M et al. Neuropsychological Assessment. Oxford: Oxford University Press 1995.
5. Galvin JE et al. The AD8. A brief informant interview to detect dementia. Neurology, 2005; (65):559-564.
6. Tombaugh TN, McIntyre NJ. The mini-mental state examination: a comprehensive review. Journal of the American Geriatric Society 1992; (40):922-935.
7. Engedal K. Alderspsykiatri i praksis. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse 2008.
8. Jorm AF. The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in Elderly (IQCODE): a review. International Psychogeriatrics 2004; (16):275-293.
9. Thomas LD et al. Comparison of clinical state, retrospective informant interview and the neuropathologic diagnosis of Alzheimer's disease. International Journal of Geriatric Psychiatry 1994; (9):233-236.
10. Jorm AF et al. Informant ratings of cognitive decline in old age: validation against change on cognitive tests over 7 to 8 years. Psychological Medicine 2000; (30):981-985.
11. Galvin JE, Fagan AM, Holtzman DM, Storandt M, Mintun MA, Morris JC. Correlation of the AD8: an Informant-Based Dementia Screening Tool with Amyloid Imaging and CSF Biomarkers of Alzheimer Disease. Alzheimer's and Dementia 2010; (6):8-9.
12. Galvin JE, Roe CM, Xiong C, Morris JC. The validity and reliability of the AD8 informant interview for dementia. Neurology 2006; (67):1942-1948.
13. Nygaard H, Naik M, Geitung JT. The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) is associated with informant stress. International Journal of Geriatric Psychiatry 2009; (24):1185-1191.

UTDANNINGSTILBUD



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

FAGSKOLE Demensomsorg og alderspsykiatri

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

Fortsatt ledige plasser. Ta kontakt!
Studiestart i slutten av august.

Informasjon, opptakskriterier og søknadsskjema:

www.aldringoghelse.no

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



FLERE FAGBOLKER: Programmet under årets landskonferanse var delt inn i fire fagbolker.

Bente Wallander (tekst) og Ragnhild M. Eidem Krüger (foto)

Aktive dager i Bergen

Interessen var stor for årets Landskonferanse i alderspsykiatri. Deltakerne ble tilbudt tre innholdsrike dager i vår vakre Bergen (16.-18. april), og svarte med stor egenaktivitet. Hele 18 postere ble presentert.

NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS var i år medarrangør for den populære landskonferansen. I samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse hadde de lagt til rette for et tett, men variert og fagrettet program. Konferanseinnholdet var delt opp i fire fagbolker:

- ◆ Bruk av psykofarmaka og lege-middelavhengighet hos eldre
- ◆ Relevante terapiformer for eldre psykiatriske pasienter
- ◆ Samhandling – avgjørende for å lykkes i en «vekstnæring»
- ◆ Forskning i alderspsykiatrien.

Nytt av året var at man også inviterte til en paneldebatt som videreføring av temaet *Samhandling – avgjørende for å lykkes i en «vekstnæring»*? I panelet satt

de fem foredragsholderne som hadde bidratt med innlegg i denne fagbolken. Debatten ble ledet av Per Jon Odéen fra Bergens Tidende, som også var møteleder for den øvrige delen av konferansen.

De 18 posterdeltakerne skulle presentere prosjektene sine i løpet av 3,5 minutt hver. Ikke enkelt når man har mye ny og nyttig fagkunnskap på hjertet. Men engasjementet var på topp, innsatsen og det faglige nivået likeså. Konkurransen om de to posterprisene ble dermed tøff.

Smartere samhandling

Fagjuryens pris gikk til Sykehuset Innlandets alderspsykiatriske avdeling som deltok med posteren *Telemedisinsk samhandling mellom alderspsykiatri og sykehjem – TESAM*, som beskriver et pilot- og utviklingsprosjekt for bruk av video-

konferanse i veiledning. Alderspsykiatrisk avdeling ved Sykehuset Innlandet jobber ambulant med lavterskeltjenester til sykehjem.

– Med store avstander, små ressurser og utfordringer i å ha kontinuitet i behandlingen måtte vi finne smartere måter å samhandle på, forteller klinisk vernepleier Ingeborg G. Klundby, som presenterte posteren.

Inspirert av Ingelin Testads gode resultater med veiledning og Bjørn Lichtwarks kognitive veiledningsmodell TID, ledet Oskar H. Sommer og Ingeborg G. Klundby veiledningen av syv pleiere fra Jevnaker omsorgssenter, alle ansatt i skjermet enhet med seks pasienter. Etter en oppstartstworkshop, en opplæringsstime og 11 veiledningsmøter via videokonferanseutstyr (VK), ble kvalitative og kvantitative metoder tatt i bruk for



STOR INTERESSE: 241 deltakere fra hele Norge fulgte foredragene som ble holdt under Landskonferansen i alderspsykiatri, Bergen.

POSTERVINNER I: Fagjuryens pris gikk til Sykehuset Innlandets alderspsykiatriske avdeling.

å måle effekt av prosjektet på pasient- og personalnivå. Til resultatene hører:

- ◆ Tjenesten ble lett tilgjengelig og medførte bedre kontinuitet
- ◆ Økt trivsel for personale, betydelig reduksjon i antall sykmeldinger
- ◆ Redusert medikamentbruk (anti-psykotika ble for eksempel null ut)
- ◆ Teknikken var ikke forstyrrende.

– Satt på spissen fikk vi med VK FLYT av kompetanse istedenfor FLYTTING av pasienter, avsluttet Ingeborg G. Klundby.

Styrker kompetansen og måler livskvalitet

Konferansedeltakernes pris gikk til Kari Jacobsen, Vibeke S. Gordner og Kari Midttun Lie, som presenterte prosjektet *Hvordan kan Marte Meo-veiledning øke personalets relasjonskompetanse og pasientenes livskvalitet?*

Midttun Lie og Jacobsen er henholdsvis psykiatrisk og geriatrik sykepleier ved Poliklinikk for alderspsykiatri, Sykehuset i Vestfold, mens Gordner er spesialist i psykiatrisk sykepleie og helsefaglig rådgiver ved Psykiatrisk fylkesavdeling, Vestfold.

– I vår polikliniske hverdag møter vi ofte ønsker om undervisning og veiledning fra ansatte på sykehjem, og vi ser

også at det er behov for økt kompetanse. Med dette pilotprosjektet ville vi undersøke om Marte Meo videoveiledningsmetode kan øke personalets generelle kompetanse om demens/alderspsykiatri, og om et slikt grep kan gi pasientene bedre livskvalitet, sier Kari Midttun Lie.

Undersøkelsen gjøres i samarbeid med Kamfjordhjemmet bo- og behandlingssenter i Sandefjord, som har avdelinger for alderspsykiatri og demens og er en del av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold. De åtte pasientene med demensdiagnose og APSD som ble valgt ut til å delta i pilotprosjektet blir filmet i samspill med sine primærkontakter i spesielt utfordrende situasjoner. Hele personalgruppen tilbys undervisning og deltakelse i veiledningen.

Prosjektet er planlagt gjennomført første halvår 2012 og var i april halvveis. Med 13 filmerte situasjoner, 11 veiledninger, fire fellesundervisninger og veiledning til i alt 22 deltakere bak seg, sier prosjektlederne at:

– Foreløpige tilbakemeldinger sier at personalet er fornøyd og at de oppfatter prosjektdeltakelsen som lærerik og nyttig i arbeidet, spesielt når det gjelder å finne løsninger på vanskelige situasjoner, forteller Kari Jacobsen.



POSTERVINNER II: Konferansedeltakernes pris gikk til Kari Jacobsen, Vibeke S. Gordner og Kari Midttun Lie, Vestfold.

Landskonferansen 2013

Arrangeres i Sandefjord 15.-17. april i samarbeid med Alderspsykiatrien i Telemark/Vestfold. Hold av datoen!



Ragnhild M. Eidem Krüger (tekst og foto)

Bedre liv uten piller

Eldre over 70 år er storforbrukere av beroligende medikamenter, sovemidler og smertestillende preparater. På Landskonferansen i alderspsykiatri ble bruk av vanedannende legemidler belyst i to informative foredrag.

Overlege og spesialist i psykiatri, Svein Skjøtskift og spesialist i klinisk aldringspsykologi, førsteamanuensis Linn Heidi Lunde er to av ildsjelene ved Avdeling for rusmedisin ved Haukeland universitetssjukehus i Bergen. I sine innlegg viste de hvilke problemer som oppstår ved bruk av vanedannende medikamenter hos eldre. De presenterte dessuten gruppebehandlingsopplegget som brukes ved avdelingen – et opplegg med gode resultater.

Tøff behandling gir resultater

– Det er en ganske tøff behandling, sier Linn Heidi Lunde og beskriver et løp der gruppedeltakerne inngår skriftlig behandlingskontrakt og der hver deltakers fremgang eller tilbakefall blir tatt opp i plenum. Behandlingen har kurspreg, og deltakerne blir ansvarliggjort vedrørende egenaktivitet og samarbeid underveis i prosessen. Medikamentdosene reduseres med ca. ti prosent i gjennomsnitt, og oppskriften er sammensatt. Deltakerne møter strenghet, støtte og oppmuntring samt repetisjon av informasjon underveis, og lærer alternative tilnærminger til sine problemer. Hittil har 21 av 29 deltakere klart å seponere de vanedannende medikamentene i løpet av behandlingen som går over 12 uker.

Aldersdiskriminering

Den yngste som har fullført behandlingen så langt er 22 år, den eldste 70 år. Syv personer over 60 år har fullført

behandlingen. Hvorfor er så få eldre med, når aldersgruppen er storforbrukere av disse gruppene vanedannende medikamenter?

– Utfordringen er at svært få eldre får tilbud om andre måter å takle angst, smerter og søvnløshet på. De blir mer eller mindre automatisk medisinerert, slår Linn Heidi Lunde fast.

– Det handler blant annet om aldersdiskriminering. Undersøkelser viser at eldre i mindre grad enn yngre henvises til spesialisthelsetjenesten – inkludert rushelsetjenesten. Det fins en del stereotypier om aldring og eldre blant helsepersonell som det er viktig å jobbe med. For eksempel at eldre ikke kan nyttiggjøre seg psykologisk behandling. Det er min kjepphest å motarbeide slike holdninger!

Hun forteller om kvinnen på 65 som hadde lest om behandlingstilbudet på Avdeling for rusmedisin og ba fastlegen om å bli henvist. Hun sto på store mengder forskjellige medikamenter, men måtte streve for å overbevise fastlegen om at dette kunne være et godt alternativ for henne. Omsider fikk hun en henvisning, var topp motivert da hun startet behandlingen og hadde kuttet ut alle medikamentene etter ti samtaler.

Smerter

– et sammensatt fenomen

I en større europeisk epidemiologisk studie av omfang og konsekvenser av kroniske smerter (1) rangeres Norge på

førsteplass når det gjelder forekomst. I denne studien, der i alt 46 394 personer fra 16 land ble intervjuet, fremgår det at én av fire voksne personer i Norge har kroniske smerter, det vil si smerter som har vart mer enn seks måneder. Muskel- og skjelettplager var fremtrendende. Norge er også på europatoppen i bruk av smertestillende medikamenter som Paralgin forte og Pinex forte, begge vanedannende. Eldre kvinner bruker aller mest smertestillende. Mener Lunde og Skjøtskift at folk bare skal gå med smertene?

– Ingen av oss er imot medikamentell smertebehandling, men slike medikamenter har sjelden en langtidseffekt, påpeker Svein Skjøtskift.

– Derfor er de ikke et godt alternativ ved kroniske smerter som vi vet er utbredt blant eldre. Mange står på slike medikamenter i årevis og kan ha mer vondt *med* medikamenter enn de ville hatt uten. Vårt anliggende er at dette er uhensiktsmessig smertebehandling.

– Smerte er et sammensatt fenomen der mange faktorer spiller inn, skyter Linn Heidi Lunde inn.

– I psykologisk smertebehandling prøver vi å påvirke de faktorene vi vet vedlikeholder smerten. Dessuten er det viktig å lære pasientene om de vonde sirklene – hva det er som påvirker smerten: Hvis jeg ikke beveger meg, får jeg mer vondt, hvis jeg ikke får gjort noe med negative forhold i livet, påvirker det smerten.

Skjøtskift viser til store fylkesmessige forskjeller i forskrivning av smertestilende medikamenter. Finnmark ligger på topp i forskrivning av Paralgin forte mens Sogn og Fjordane ligger på bunn.

– Dette kan ikke forklares ved ulik forekomst av smertetilstander, og har sannsynligvis med forskjeller i toleranse for smerte å gjøre – både hos leger og pasienter.

Hvordan oppstår avhengighet?

Det kan lyde merkelig at et medikament mot angst skaper angst. Skjøtskift forklarer sammenhengen slik:

– Den viktigste forklaringen er at medikamentet har kort virketid. Brukt mer enn fire ukers tid vil effekten gradvis svekkes og man får mer og mer abstinens mellom hvert inntak av medikamentet. De vanligste abstinenssymptomene er nettopp søvnløshet, angst, uro og nedstemthet. Etter hvert vil abstinensplagene dominere dagen, og pasienten har det ofte verre enn før. Forsøk på brå seponering vil ytterligere forsterke plagene i en lang periode. Pasienten er fanget i en vond sirkel.

Sitter avhengighet i hodet eller i kroppen?

– Begge steder. Abstinens er i utgangspunktet fysiologisk for disse medikamentene, men man kan få abstinens av placebo, så det sitter i hodet også.

– Pasientene sliter mest med den psykologiske avhengigheten, føyer Lunde til.

– I vårt nedtrappingsopplegg viser det seg ofte at den tøffeste perioden oppstår når det bare er en kvart tablett av for eksempel Imovane 5 mg igjen – selv om denne tabletten i seg selv ikke har noen som helst virkning.

Ikke rus, men symptomdemping

Ifølge Reseptregisteret ble sovemedisin som Imovane og Zopliklon i perioden 2005–2009 forskrevet til 28 prosent av kvinner og 17 prosent av menn over 70 år. Hvor ligger misbruket?

– Misbruk er ingen diagnose. Jeg definerer det som feil bruk av vanedannende medikamenter fordi de brukes over mye lenger tid enn anbefalt. Man tenker gjerne på rus når det er snakk om misbruk, mens de pasientene vi snakker om her ønsker ikke rus, men symptomdemping. De er blitt avhengige gjennom behandling.



FOREDRAGSHOLDERE: Linn Heidi Lunde og Svein Skjøtskift.

Økt risiko for skader og svekkelse

Hva med Olga på 80 år? Hun føler seg rolig og trygg på at hun får sove når hun tar sin sovetablett om kvelden, slik hun har gjort i mange år. Hvorfor skal hun gå til sengs uten tabletten og være urolig? Da får hun garantert ikke sove?

– Fordi hun mest sannsynlig ville følt seg enda roligere uten medikamentet etter en tids avvenning. Hun ville også ha mindre risiko for å falle hvis hun må opp om natten. Enda viktigere er at hun kunne unngått den kognitive svekkelsen som mange brukere av slike medikamenter opplever, og som kan være så uttalt at den i noen tilfeller kan minne om demens. En motivasjonsfaktor av betydning for mange er at bilkjøring kan være umulig å kombinere med bruk av enkelte medikamenter. Reglene på dette området har nylig blitt betydelig skjerpet.

Begge påpeker at fastlegene har en pedagogisk utfordring med å informere pasienter om at de faktisk vil sove bedre og ha mindre angst uten medisinen. Legene må dessuten forklare pasientene tydelig og klart at disse medikamentene kun skal brukes sporadisk eller bare i noen få uker i sammenheng.

– Det er viktig at eldre får formidlet at det er andre måter å dempe angst eller å få sove på, enn å ta et medikament. Dette lærer vi deltakerne i gruppene.

Den problematiske multidosen

Fremdeles rapporteres det om stort legemiddelbruk på sykehjem, blant annet for å roe ned urolige pasienter. Linn Heidi Lunde minner om et godt alternativ i svært mange tilfeller:

– Miljøbehandling! Det er viktig med forskning på riktig medisinbruk hos eldre, men man må ikke glemme det man vet om miljøtiltak.

Svein Skjøtskift er med i en gruppe som skal revidere Helsedirektoratets veileder for forskrivning av vanedannende legemidler.

– Det er viktig å se på systemfaktorer som kan virke opprettholdende på feil medikamentbruk. Ett eksempel er multidosen. Dosetten med alle tablettenes som gjøres klar for flere dager, gjerne av hjemmesykepleieren, bidrar ofte til å opprettholde bruken. Dette er et stort problem som skulle vært diskutert i full bredde. I et slikt system blir det lettere å legge til en tablett enn å ta bort noen, virker det som, og dette blir altfor sjelden problematisert.

REFERANSE

1. Breivik H, Collett B, Ventefrida V et al. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain* 2005;10(4):287-333.

Else Kristin Jensen, spesialergoterapeut tilknyttet poliklinikken ved Geriatrisk seksjon, Universitetssykehuset i Nord Norge, Tromsø

Susanne L. Sønstebo, ergoterapeut ved Utnedningsenheten for alderspsykiatri og hukommelsessvikt, Psykiatrisk fylkesavdeling, Sentralsykehuset i Vestfold



«Dette skulle vi ha visst før...»

Hvordan bidra til at yngre personer med demenssykdom og deres familier kan ta i bruk velferdsteknologi i sin hverdag?

Hvordan kan personer med demens og deres pårørende få tilgang på hjelpemidler som støtter redusert hukommelse eller muliggjør aktivitet og deltakelse i hverdagen? Hvordan kan vi som ergoterapeuter sikre nødvendig opplæring og oppfølging?

I denne artikkelen ønsker vi å sette søke-lyset på problemstillingene ut fra erfaringer vi gjorde i forskningsprosjektet *Yngre personer med demens og bruk, nytte og betydning av hjelpemidler og velferdsteknologi* (se faktarute 1)

Etter mange års erfaring med demensutredning i spesialisthelsetjenesten var det spennende å bli invitert med som prosjektmedarbeidere og kunne fordype seg i problemstillinger knyttet til yngre personer med demens og formidling av velferdsteknologi. Prosjektdeltakerne ble rekruttert fra fire hukommelsesklinikker i Norge.

Demens hos yngre personer innebærer at demenssykdom debuterer før 65 års alder. Mange vil fortsatt være i arbeid og ha forpliktelser i forhold til familie og barn (1). Selv om diagnosen er den

samme, kan utfallene variere fra person til person. Mestringsevnen spiller avgjørende inn for hvordan takle sykdommen og leve med symptomene. Livssituasjon spiller en avgjørende rolle; pårørende, nettverk, ønsker, behov, livsstil og interesser. Uansett alder og type demenssykdom vil det alltid være individuelle forskjeller.

I retningslinjer om kunnskapsbasert hjelpemiddelformidling fra Norsk Ergoterapeutforbund heter det: «Målet med hjelpemiddelformidling er at brukerne får nødvendige og hensiktsmessige hjelpemidler til rett tid, slik at hjelpemiddelet kan bidra til økt aktivitet og deltakelse for brukeren» (2).

Hjelpemidler må være ønsket og fylle et behov for å oppleves som nyttige (3). Åpenhet og innsikt i egen situasjon bidrar til motivasjon for å kompensere for svikt. Dersom spesialisthelsetjenesten bistår med søknad om hjelpemidler, vil det være behov for tett samarbeid med kommuneergoterapeut. Hjelpemiddelbruk over tid følges opp i kommunen. I prosjektet erfarte vi at kunnskap om hjelpemidler som støtter sviktende kognitiv funksjon eller fungerer som sikkerhetstiltak, syntes å være mangelfull blant folk flest – også blant helsepersonell (4, 5).

Prosjektet Behovsvurdering

Vår første oppgave var å bli kjent med deltakerne, deres pårørende og deres livssituasjon og kartlegge hva som var viktig for personen og familien i hver-

Utviklingsprogram om yngre personer med demens – 2009-2011

Målet med utviklingsprogrammets fire delprosjekter var å øke kunnskapen om hvilken belastning barn og ektefeller har, kartlegge og iverksette tiltak som gir ektefeller og barn bedre informasjon om demenssykdommen, samt å utvikle gode modeller for utredning og oppfølging av yngre personer med demens. I tillegg skulle det gjøres en intervensjon med tekniske hjelpemidler for å evaluere bruk, nytte og betydning av å få et hjelpemiddel. Delprosjektene var:

1. Diagnostikk av yngre personer med demens
2. Tilbud for yngre personer med demens og deres pårørende
3. Yngre personer med demens og hjelpemidler
4. Familier som rammes av demens før 65 års alder.

Programmet skal ende opp med anbefalinger av gode modeller for diagnostisering og tiltak, og det vil bli utarbeidet veiledere og informasjonsmateriell.

dagen. Hva fungerte tilfredsstillende og hvilke innsatsområder var aktuelle? Ved hjemmebesøk kunne personene lettere uttrykke hvem de var, identitet og livsstil (6). Datainnsamlingen i prosjektet var mer omfattende enn i vår vanlige praksis og foregikk ved hjemmebesøk hos personen med demens og deres pårørende. Det ble brukt standardiserte kartleggingsverktøy, intervju og observasjon. Gjennom strukturerte samtaler med personen og pårørende, sammen og hver for seg, fanget vi opp hvilke gjøremål som var viktige å mestre. Observasjon av personen i en selvvalgt aktivitet ga verdifull informasjon om mestringsstrategier og kvalitativ vurdering av utførelse samt innblikk i hvor det sviktet. Vi fikk oversikt over behov, ressurser og preferanser som muliggjorde målrettede forslag om hjelpemidler. Vi forsøkte å finne løsninger som kunne understøtte aktivitet og deltakelse til tross for begrensningene sykdommen medførte. I prosjektet hadde vi en fast oppfølging. Vi tok alltid telefonkontakt etter en uke og besøk etter tre uker ved igangsetting av nytt hjelpemiddel. Deretter evalueringsbesøk hver tredje måned i prosjektperioden. Med dette opplegget ble hjelpemidler justert, fjernet eller erstattet. Også andre aktuelle behov ble identifisert gjennom prosjektperioden og ble formidlet videre til poliklinikk eller kommunehelsetjeneste.

Valg av hjelpemiddel

Hjelpemiddelet må være enkelt å bruke og må oppleves nyttig av bruker eller pårørende. Det er ikke hjelpemiddelet i seg selv som er viktig, men støtten det gir personen til å være i meningsfylt aktivitet på en mest mulig selvstendig og trygg

måte. Det må også fokuseres på pårørendes situasjon. Kanskje kan enkelte aktiviteter forenkles ved at man rydder vekk ting som ikke er relevante for situasjonen, eller kan kanskje merking av skap og skuffer gjør det lettere å finne frem? Å ta i bruk nye strategier eller hjelpemidler kan være vanskelig. Det er derfor viktig å finne frem til løsninger som understøtter vaner og rutiner fremfor å iverksette tiltak som krever endring og som stiller krav til å lære noe nytt.

Eksempler fra prosjektet:

GPS for trygghet ved orienteringssvikt

GPS var enkel for personen med demens å ta i bruk og bære med seg ut på tur. Pårørende passet på at GPS-enheten var oppladet og at den faktisk ble tatt med. Pårørende fikk opplæring, og første utprøving ble gjort uten at personen med demens var til stede. Pårørende benyttet egen mobiltelefon, ringte opp enheten og fikk melding tilbake med lenke til kart hvor det var merket av hvor GPS-enheten og personen med demens befant seg.

Mobiltelefon for trygghet og kommunikasjon

En annen deltaker hadde behov for en enkel mobiltelefon. Mange av funksjonene på den nye telefonen var tilnærmet lik den gamle. Hensikten med mobilen var at han skulle ha den med seg på de daglige turene, ringe selv og svare. Under opplæringen viste det seg at den nye telefonen var for vanskelig å bruke, da personen trengte veiledning hver gang han skulle ringe. Det var tastelåsfunksjonen som var den største utfordringen.

Elektronisk kalender for påminnelser og oversikt over dagens gjøremål

Flere deltakere hadde behov for påminnelse og støtte for oversikt over dagene. Løsningen ble en elektronisk kalender. Denne kunne også koples til internett og fjernstyres fra for eksempel ektefelles arbeidsplass. Det var mulig å sende påminnelse til brukeren på SMS. Hjelpemiddelet var aktuelt for seks av deltakerne. Kalenderen krevde ekstra innsats for å tilpasses til deltakeren og for pårørende som fikk ansvaret for å legge inn aktiviteter i kalenderen. Kalenderen var vellykket for én deltaker, der den fungerte som en informasjonssentral til nytte for både pårørende og personen selv. Hos andre viste det seg problematisk å få lagt inn aktiviteter. Flere opplevde at den var mer tungvint enn en stor almanakk strategisk plassert på kjøkkenbenken.

Erfaringer fra prosjektet

Det kan være vanskelig å forutse bruk og nytte av kognitive hjelpemidler. Det er lettere å evaluere tiltaket i etterkant. En forutsetning for at hjelpemiddelet skulle oppleves som brukbart og nyttig, var at tiltaket ble fulgt opp gjennom kontakt med deltakeren og pårørende over tid. Dette var en kontinuerlig prosess etter hvert som sykdommen utviklet seg. Tett oppfølging gjorde at vi kunne registrere endringer i behov og eventuelt tilpasse hjelpemiddelet bedre. Vi erfarte at selv om vi gjorde avtale om å ta kontakt med oss dersom hjelpemiddelet ikke fungerte, skjedde dette i liten grad.

Forberedelser ved opplæring

Ergoterapeuten må kjenne hjelpemiddelet og ha oversikt over tilpasningsmuligheter før det introduseres til bruker. Ved innføring av hjelpemidler er det viktig med en strukturert plan for opplæringen. Under oppstart må ergoterapeuten sette av nok tid. Brukererfaringer bør følges opp for justeringer de første ukene. Om hjelpemiddelet ikke fungerer som forventet må en analysere og finne årsaken. Kan det ligge i hjelpemiddelets begrensninger, eller at det ikke er tilstrekkelig tilpasset personens funksjonsnivå? Det er ikke alltid mulig å senke brukerens grensesnittet til riktig nivå for den enkelte. Vi erfarte at det var positivt å trekke frem andres erfaringer med det

Faktarute 1:

Velferdsteknologi – definisjon hentet fra NOU 2011:11

«Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell virksomhet og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne.

Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologi kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.»

samme hjelpemiddelet og på hvilken måte det kom til nytte.

Demonstrasjon

Et hjelpemiddel kan ha mange funksjoner. En demonstrasjon av alle innstillinger kan bli forvirrende. En nøktern presentasjon med vekt på individuelle behov er å foretrekke. Tilpass individuelt ut fra kunnskap om kognitiv funksjon, de kartlagte ressurser og begrensninger hos brukeren. Pårørende bør få en egen opplæring i hjelpemiddelet og kjenne funksjonene slik at de kan være ressurspersoner for brukeren.

Oppfølging

Det bør gjøres avtale om en oppfølgingsplan som er realistisk å gjennomføre. Kanskje må brukeren øve en stund for å mestre. Ergoterapeuten må samarbeide med støttepersonen. Ofte er dette pårørende. Det har stor betydning at pårørende kan minne om, motivere og veilede i bruk av hjelpemiddelet. Selv med hyppig oppfølging fra ergoterapeut i oppstartfasen, er det de nære støttepersonene som er der når vansker dukker opp. Innføring av hjelpemidler er tiltak som innebærer tilpasset opplæring, oppfølging og evaluering. Den viktige oppfølgingen må ikke nedprioriteres og vike for andre oppgaver ergoterapeuten har i kommunen.

Samarbeid

Ved poliklinikkene der vi jobber, er det vanlig praksis at ergoterapeut eller sykepleier gir pasient og pårørende en orientering om aktuelle hjelpemidler. Informasjonen tilpasses individuelt og baseres på det som pasient og pårørende formidler om egen hverdagssituasjon. Noen kan presentere klare problemstillinger. Vi etterspør alltid hvordan sykdommen gir seg utslag og hvilke endringer eller problemer som oppstår.

Kommunehelsetjenesten har i utgangspunktet hovedansvaret for hjelpemiddelformidling. Ideelt bør alle som jobber i spesialisthelsetjenesten og som søker om hjelpemidler, ta kontakt med ergoterapeut i kommunen. De fleste kommuner har ansatt ergoterapeut. Uansett har alle kommuner innbyggere med demenssykdom og helsepersonell med kompetanse på demens. Det bør derfor være mulig å finne en kontaktperson som kan påta seg ansvaret for

oppfølging av hjelpemidler hjemme hos brukeren. I en tidlig fase av demensutviklingen kan hjemmebesøk av ergoterapeut være relevant selv om det ikke er behov for andre helsetjenester i hjemmet.

Kommune-ergoterapeuter bør få tilgang på resultater fra kognitive utredninger gjort i spesialisthelsetjenesten. Ergoterapeutens kartlegging av brukerbehov i hjemmet er viktig for å bli kjent med personen og familien. Mange kommuner har opprettet egne demensteam. Demensteam kan stille opp med kompetente kontaktpersoner, foreslå forebyggende tiltak og følge opp dette i forhold til brukerne og deres pårørende (8). Det å bli kjent med en kontaktperson, få tillit og skape en allianse har stor betydning for å kunne ha en god hverdag med sykdommen. Demensteam kan ta ansvar for å vurdere sikkerhet i hjemmet, anbefale aktuelle hjelpemidler og henvise til ergoterapeut dersom det ikke finnes i teamet. Demensteamet blir brobygger for andre tilbud i kommunen som dagtilbud, støttekontakt, kurs for pårørende eller mestringsgrupper. Senere i sykdomsforløpet vil det bli naturlig å introdusere helsetjenester i hjemmet. Demensteamenes rolle sammenfaller i stor grad med intensjonen for Individuell plan¹ (IP). IP er et redskap vi har stor tro på. Det forplikter alle involverte og definerer ansvar, samarbeidspartnere og synliggjør hva som må til for å nå felles mål (9,10).

«Dette skulle vi ha visst før»

Det er altfor mange personer med demens og pårørende som sier at «dette skulle vi ha visst før». De gir tilbakemelding om at de ville hatt mer nytte av hjelpemidler om de hadde tatt dem i bruk tidligere. Ekteparet som tok i bruk GPS fikk nytte av denne noen få måneder. Den hadde klart fylt et behov tidligere i sykdomsforløpet.

Det bør være et mål å informere pasienten, pårørende og helsepersonell om hva som finnes av aktuelle hjelpemidler tidlig i sykdomsforløpet. Om hjelpemidler ikke er aktuelt der og da, må vi følge det opp ved senere møter med ny orientering. Mange er i en prosess med å akseptere og tilpasse seg til å leve med

sykdommen. Informasjon om støttetiltak tidlig gjør at de kan bearbeide informasjonen og kanskje komme frem til hvordan tiltakene kan møte deres behov.

Å bevisstgjøre personen med demens og familien om velferdsteknologi bør prioriteres. Men samtidig må man være realistisk til at det krever stor innsats fra både personen selv og nære støttepersoner ved oppstart. Pårørende må være innstilt på å lære seg hjelpemiddelet og bidra med motivasjon og veiledning. Den som formidler hjelpemidler må kjenne hjelpemidlene godt før utleveringen. Vær fleksibel og vurder for eksempel om det kan være hensiktsmessig å vise pårørende hjelpemiddelet først.

Individuell Plan sikrer evaluering, brukervedvirkning og samarbeid. Den som formidler må følge opp med planlagt og regelmessig kontakt og ikke vente på en henvendelse fra bruker eller familie for å få vite om hjelpemiddelet fungerer eller ikke.

Avsluttende kommentar

Deltakelse i forskningsprosjektet har gitt oss verdifull informasjon om å ta i bruk velferdsteknologi. En vellykket hjelpemiddelformidling til yngre personer med demens krever en tettere oppfølging enn praksis synes å være i dag og et mer formalisert samarbeid med pårørende og andre aktører. Hjelpemiddelformidling krever tid og oppdatert kompetanse for å lykkes.

Det er en sentral oppgave for ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten å følge med på teknologisk utvikling og produkter som kan være aktuelle for personer med demenssykdom og deres familier. En utfordring fremover er hvordan man kan sikre god oppgavefordeling. Samhandlingsreformen skisserer intensjoner for en bedre samhandling mellom nivåene. Det er behov for flere ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten (11). Ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten bør ta ansvar for å etablere samarbeids- og rådgivingsrutiner med kommuneergoterapeuter og demensteam omkring hjelpemiddelformidling til personer med demens.

Takk til Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse for muligheten til å delta i prosjektet og til prosjektleder Torhild Holthe for veiledning i arbeidet med artikkelen.

¹ Individuell plan er et satsingsområde i stortingsmeldinga om samhandlingsreformen. Et satsingsområde utover de grupper som får det i dag.

Bente Wallander (tekst og foto)

Nominert til Den Store Psykologprisen

Spesialist i klinisk gerontopsykologi, Per Kristian Haugen fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, var i år en av tre finalister til Den Store Psykologprisen.



Fra utdelingen: Per Kristian Haugen (t.v.), helse- og omsorgsminister Anne-Grethe Strøm-Erichsen, prisvinner Arne Holte og juryens formann Tor Levin Hofgaard.

Av de 28 nominerte hadde juryen valgt ut følgende finalister: Tine Jensen, ekspert på emnet barn og traumer ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, Arne Holte, assisterende direktør ved Nasjonalt folkehelseinstitutt og direktør ved Divisjon for Psykisk helse og Per Kristian Haugen, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Arne Holte fikk prisen, som ble delt ut av helse- og omsorgsminister Anne-Grethe Strøm-Erichsen under en prisseremoni i Oslo Militære Samfund den 14. mars. Med prisen fulgte 100 000 svenske kroner. Fra juryens side ble det understreket at valgets kvaler hadde vært store.

– Årets finalister er alle kapasiteter innen sitt fagfelt, og har på hver sin

måte bidratt med vesentlig kompetanse i problemstillinger som er folkenære, relevante og konkrete i samfunnsdebatten, sier president i Norsk Psykologforening og juryformann Tor Levin Hofgaard. Arne Holte ble svært glad.

– Prisen innebærer en anerkjennelse av alle norske psykologers innsats. Det at helseministeren personlig utdeler prisen og uttrykker sin takk, er et viktig bevis på dette, mente han.

Nominasjonen av Per Kristian Haugen er også en anerkjennelse av spesialfeltet, gerontopsykologi. «Per Kristian har i over 30 år bidratt til å bygge opp feltet med klinisk og akademisk kunnskap. Han er blant Norges fremste eksperter på utredning av demens, og hans langvarige innsats er også viktig for psyko-

logers plass i tjenester for eldre. I dag er han en av de fremste i Norge når det gjelder psykisk helse i øvre del av livsløpet», het det i begrunnelsen.

Den Store Psykologprisen deles ut årlig av Pearson Assessment, i samarbeid med Norsk Psykologforening, for å fremheve og synliggjøre psykologers innsats for å forbedre menneskers livskvalitet samt ivareta menneskelige ressurser. Hensikten med prisen er å oppmuntre psykologer til å fremheve og synliggjøre egne og kollegaers ekstraordinære innsatser, og dermed også bidra til å øke kunnskapen om psykologers arbeidsområde blant folk flest.

REFERANSER til side 30–32

1. Rosness TA, Haugen PK, Engedal K. Når demens rammer unge. Tidsskr Nor Legeforen. 2011;12(131):1194-7.
2. Norsk ergoterapeutforbund. Retningslinjer for kunnskapsbasert hjelpemiddelformidling. 2011.
3. McCreddie C, Tinker A. Acceptability of assistive technology to older people. Ageing and Society. 2005;25:91-110.
4. Aketun S, Grut L, Holthe T, Bjørneby S. Hvor trykker skoen? Hvordan kan hjelpemidler og velferdsteknologi være en del av en helhetlig omsorgstjeneste for personer med demens. Oslo: GERIA, SINTEF, Aldring og helse 2011.
4. Marshall M. ASTRID – A Social and Technological Response to meeting the needs of Individuals with Dementia and their carers. A guide to using technology within dementia care. London: Hawker Publications 2000.
6. Nygård L. How can we get access to the experiences of people with dementia? Suggestions and reflections. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2006;13:101-12.
7. Eek A, Kirkevold Ø. Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2010-2011. Demensplan 2015. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse 2011.
8. Gausdal M, Michelet M. Demensteam – oppgaver og utfordringer. En undersøkelse av demensteam og demenskoordinatorers rolle i norsk demensomsorg i 2011. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse 2011.
9. Helsedirektoratet. Glemsk, men ikke glemt! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet 2007.
10. Helsedirektoratet. Individuell Plan. Veileder til forskrift om individuell plan. IS-1253. 2007.
11. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld 47: Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted til rett tid. 2008-2009.

Bente Wallander (tekst) og
Line Fuglehaug, Sykehuset Innlandet (foto)

Fjernet antidepressiva og fant flere nevropsykiatriske symptomer

Sverre Bergh disputerte 12. april over temaet «Neuropsychiatric symptoms in patients with dementia in Norwegian nursing homes – The course of the symptoms and discontinuation of psychotropic medication».



Disputerte: Sverre Bergh.

Det skjer noe med pasienter med demens som blir fratatt sine antidepressive legemidler. Tilstanden blir målbart dårligere! Flesteparten blir likevel ikke verre. Det var blant funnene Sverre Bergh dokumenterte da han disputerte ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål.

Sverre Bergh har siden 2006 vært tilknyttet Alderspsykiatrisk forskningssenter (AFS) ved Sykehuset Innlandet HF, de fem siste årene som doktorgradsstipendiat. Han var prosjektleder for DESEP-studien, en nasjonal multisenterstudie organisert av AFS i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. DESEP-studien skulle se på effekten av å seponere antipsykotika og antidepressiva hos sykehjemsbeboere med demens og APSD gjennom en randomisert placebokontrollert legemiddelstudie.

Til prøveforelesningen hadde Bergh fått oppgitt temaet *What is the role of cerebrovascular disease for depression in the elderly?*, eller Hvilken rolle spiller cerebrovaskulær sykdom for depresjon i eldre år?

– Flere studier har vist at det er en sammenheng mellom vaskulær sykdom og depresjon, og selv om studiene er uenige om hvilken årsakssammenheng det er mellom tilstandene peker de fleste studier på at cerebrovaskulær skade er en av flere tilstander som kan gi depresjon, sier han.

I bedømmelseskomiteen satt førsteopponent professor John O'Brien, Research Centre, Campus for Ageing and Vitality, Newcastle University, annenopponent professor Dag Aarsland, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo og professor Espen Bjertness, Institutt for helse og samfunn. Disputasen ble ledet av professor Lars Lien ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Professor Knut Engedal, Institutt for klinisk medisin og forskningsleder ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, har vært Sverre Berghs veileder.

Sverre Bergh mottok i 2011 Leon Jarners forskningspris for sine studier av effekten av å seponere antidepressiva hos pasienter med demens som har nevropsykiatriske symptomer men ikke en klinisk verifisert depressiv lidelse. D&A intervjuet Bergh i den anledning, og i tidsskriftets utgave nummer 1-2012 kan man lese en bredere presentasjon av hans forskning.

For tiden arbeider han med flere prosjekter ved Alderspsykiatrisk forskningssenter på Sanderud, Sykehuset Innlandet. Med Helse- og sosialdepartementet som oppdragsgiver skal han blant annet bidra til en stor datainnsamling knyttet til et utall variabler vedrørende demenssykdom.

– Her skal vi trekke inn symptomer, livskvalitet, fysisk aktivitet og helse-

økonomi fra pasienter som bor hjemme, pasienter som bor på sykehjem og pasienter som er utredet ved hukommelsesklinikker. Til planene hører å samle inn data fra «friske eldre» om det samme. Målet med dette prosjektet er å si noe om kostnader ved demens og effektiviteten av de ulike omsorgsnivåer og behandlinger som gis til personer med demens, forteller Sverre Bergh.

I den store forskningspakken ligger flere mindre prosjekter der Bergh deltar som forsker og/eller veileder. Her finner også hans post doc-prosjekt seg, en studie i genetiske variasjoner ved forskjellige demenssymptomer for 1000 sykehjemspasienter.

LES MER

Bergh S. Neuropsychiatric symptoms in patients with dementia in Norwegian nursing homes: the course of the symptoms and the effect of discontinuation of psychotropic medication. Det medisinske fakultet, UiO, 2012.

Wallander B. Leon Jarners forskningspris 2011: Fjernet legemidler i stedet for å gi nye. Intervju med Sverre Bergh. Demens&Alderspsykiatri 2012; 16(1):4-6.

Bergh S. Syv gode grunner til å seponere psyko-farmaka. Demens&Alderspsykiatri 2011;15(1): 20-22.

Av Bente Wallander (tekst og foto)

'ALLO 'ALLO!

Eldreomsorg på fransk

– *Hallo, nabo! Slik kan omsorgs-idealet for den franske organisasjon Fedosad oppsummeres. Her bor personer med demens i små enheter med en hjemlig stil, nært forbundet med et aktivt flergenerasjonsmiljø.*

Intergenerasjon er begrepet Fedosads daglige leder, Pierre Henry Daure, bruker for å beskrive det omsorgstilbudet organisasjonen har etablert i den franske byen Dijon. I et arkitekttegnet bolig- og omsorgskompleks er det lagt til rette for et levende miljø for alle, uansett hvilken livsfase de befinner seg i. Her skal nabolagets barn føle seg fri til å stikke innom en boenhet for å tegne eller male sammen med de eldste. En annen dag tar en beboer fra enheten for personer med funksjonshemming turen over til nabohuset for å lese for de små.



Stedets aktivtør har planlagt fellesaktiviteter med pappmasjé den dagen D&A besøker stedet. De eldre kvinnene morer seg med dukkene de har laget til de små. Med påskehøytiden rett rundt hjørnet er det også på tide å plukke delikat dekorerte egg frem fra en kurv. Men dette har ikke min energiske vert Pierre Henry Daure tid til å dvele ved. For ikke bare skal han vise rundt en lenge varslet gjest fra Norge, den franske ministeren for arbeid, sysselsetting og helse, Xavier Bertrand, har også uttrykt nysgjerrighet med hensyn til Fedosads kvaliteter. Det



AKTIV OMSORG: Pierre Henry Daure, daglig leder i den franske frivillige organisasjonen Fedosad.

overraskende ministerbesøket skal finne sted to dager senere og daglig leder må vise ministerens sikkerhetsstab rundt.

Mat er velvære

Snart «parkeres» jeg derfor i fellesarealet til en boenhet for 21 eldre beboere med funksjonshemning. Midt i det lyse, åpne rommet troner en stor, rund peis. Vinterstid pleier beboere og ansatte å samles rundt denne peisen for å riste kastanjer og hygge seg med litt varm, krydret vin. Fra det åpne kjøkkenet siver lukten av varmmat ut i rommet. Sennepsbyens ry som et sted for matelskere og -kjennerne synes å stemme bra.

– Vi er opptatt av å skape et hjemlig preg, og setter vår ære i å lage all mat selv fra bunnen av, forteller Pierre Henry Daure.

Mens vi nyter det lokalt pregede og tilberedte måltidet, understreker han franskmenns engasjement for mat og drikke. Det er ingen tilfeldighet at lunsjen består av fire retter, og at alt smaker

som om det ble servert på en Michelin-restaurant.

– Kvaliteten på maten har så mye å si for vårt velbefinnende og måltidene er en fin anledning for samtaler og erindring. Beboerne bidrar til noe av matlagingen, resten besørger vår fast ansatte kokk, understreker Daure.

Viktige kjæledyr

Boenhetenes daglige leder, psykiatrisk sykepleier Aline Petit, stepper for en stund inn som guide, mens Daure forsvinner med ministerens folk. På vår runde gjennom huset hører vi flere steder lyden av fuglekvisper, rislingen av vann fra et akvarium eller til og med mjauingen fra en katt. I stua svinser en livlig cocker spaniel rundt bena våre.

– Denne hunden kom egentlig flyttende sammen med en av beboerne våre, men i dag tror jeg alle på huset oppfatter ham som sin. Han overnatter på alle rom og vandrer rundt som han vil. Se her, vår kjære maskot har til og

med sin egen lille pilleeske. Dyr er så viktige for oss mennesker. Vi ser at det gjør mye for trivselen på stedet, sier hun.

Beboernes rom likner de vi finner på mindre boenheter i Norge, både med tanke på størrelsen, at de er enkle og at de er utstyrt med eget bad. Men i Frankrike anses fortsatt Fedosads enheter for personer med demens som spesielle, da de kun har plass til seks personer, hvorav en av plassene alltid gis til en beboer på temporær basis.

– Vi var de første her i landet som tilrettela for så små enheter, forteller Pierre Henry Daure idet han slutter seg til oss igjen.

Dagsenter alle dager

På vår videre rundtur i området får vi flere eksempler på *Hallo nabo!*-tankegangen. I den neste bygningen holder dagsenteret for personer med demens fortsatt åpent. Hit kommer både beboere som fortsatt har glede av et slikt tilbud



GODT LIV: – Her er det godt å være!



SENTRALE: Pierre Henry Daure (t.v.) og Fedosads styreformann Michel Thiry.



KOKER SELV: – All mat lages og serveres lokalt, forsikrer kokken.

og personer fra nærområdet. Dagsenteret er spesielt, sammenliknet med norske forhold, da det holder åpent alle uke-dager (også søndag) hele året (52 uker) fra morgen til kveld. En transportordning til og fra senteret er også etablert.

Ved å tilby gode støttetiltak her og i folks hjem mener vi at man kan utsette sykehjemsinnleggelsen for personer med en demenssykdom ganske betydelig. Men dette er fortsatt en ny måte å tenke på her i Frankrike, sier Pierre Henry Daure.

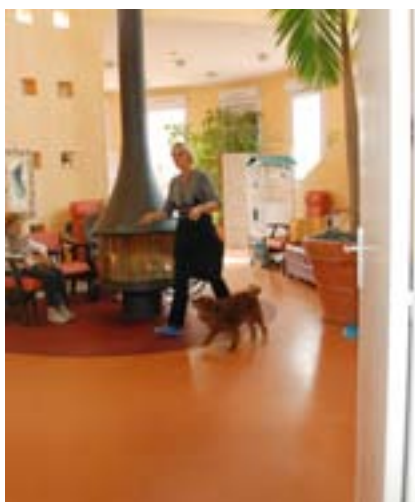
Brukerne av dagsenteret har aktive dager. De driver med kreative formings-sysler, har gymnastikk, blir lest høyt for og spiller spill. I et spesialutformet avslapningsrom er det lagt til rette for musikkterapi. De mange ørelappstolene er justerbare og utstyrt med benløftere, noe som er ekstra fint når brukerne skal få massasje mens de lytter til musikken.



VIKTIG: Osten nytes i Frankrike.

På vei over til organisasjonens hoved-kontor møter vi småbarn som sykler og leker på de smale stiene mellom husene. På et stort skilt ser vi igjen ordet Inter-generasjon.

– Begrepet er en god beskrivelse av vår intensjon for hele komplekset. På et ikke altfor stort område har vi både bo-liger, omsorgsboliger og et sykehjem med tre avdelinger og 62 plasser. Vi har i tillegg sørget for at det bor folk i alle aldre og livsfaser i de 76 tilliggende lei-lighetene. Ønsket om et hjemlig preg gjennomsyrrer alt vi gjør. På den måten håper vi at vi kan bidra til å gi folk et godt liv, også når de rammes av en de-menssykdom, forklarer Fedosads leder.



HUND: Dyrene er også velkommen.



AKTIVITØR: Påsken nærmer seg og disse damene har laget dukker og egg.

Fedosad

Den *franske frivillige organisasjonen* Fedosad ble stiftet i 1957 for å hjelpe vanskeligstilte personer hjemme. De fleste som mottok bistand fra Fedosad på den tiden var fattige og nødstedte eldre. Fedosad har siden utviklet sin aktivitet og er i dag en stor, profesjonell organisasjon med en rekke bo-, om-sorgs- og aktivitetstilbud for personer med store behov, deriblant personer med demens.

I starten ble de fleste tjenester gitt i hjemmene, men fra 1985 kunne man også tilby sykepleier- og pleietjenester. Frankrikes første *små, skjemede bofelles-kap* for personer med demens ble åpnet av Fedosad i 1988. Siden har de blitt mange flere.

I 2005 utviklet Fedosad sine tjenester til personer med demens. *Det første dagsenteret* (inklusive transport) for 13 personer med demens så dagens lys. Her kan man nå komme alle dager, hele året. I 2006 startet de en telefontjenes-te for personer som ønsker informasjon om Alzheimers sykdom og andre former for demens.

I 2006 kom en *tjeneste for små arbeider i hjemmet* – et fransk svar på frivillighetssentral. Helseministeriet la samme år ut en handlingsplan for de-mens. Som en følge av dette ble det etablert flere pilotsentra for folk med demens. Fedosad forsøker i dag å ha et helhetlig tilbud til familiene. De inviterer også til musikalske bistroer og Alzheimer-kafeer. Åtte til ti frivillige som foreningen skaffer, trår hver uke til for å drive disse.

Hjemmet *Den vakre skogen* er også etablert; et sted som kan gi støtte til de som har en demenssykdom og deres pårørende. Her samarbeider frivillige og profesjonelt ansatte om en rekke ulike aktiviteter. Man kan være på dagsente-ret hele eller halve dager, det finnes nattmottak, midlertidige boliger for familier og tilbud om besøk i hjemmet. Organisasjonen driver også samtale-grupper, gir tilbud om avlastning og man kan få psykologisk oppfølging.

Fedosad regnes i dag for å være *en profesjonell organisasjon*, som i sam-arbeid med blant annet universitetet i Dijon stadig utvikler nye og bedre tjen-ester for folk med store behov. Organi-sasjonen har mange fast ansatte, men mange av oppgavene løses fortsatt av frivillige.

Av Bente Wallander (tekst og foto)

Fokus på frivillighet

Ved Halden sykehjem utgjør de frivillige hjelperne en forskjell.

De besøker beboerne, beriker deres hverdag og bidrar for å bedre deres hukommelse og kondisjon.

Sammen om minnene het prosjektet som satte fokus på samarbeid mellom frivillige, personalet og pårørende i møte med sykehjemsbeboeren. «Aktiv bruk av minner i hverdagen» ble undertittel på prosjektet som startet opp ved Halden sykehjem i 2009, og utløste 1,4 mill. kroner i prosjektmidler over tre år. Prosjektet er støttet av Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering med Extra-midler. Søkerorganisasjon er Nasjonalforeningen for folkehelsen, ved Nasjonalforeningen Halden Demensforening.

Økt aktivitet

– Den største gevinsten ved prosjektet har vært økt frivillig innsats med utvidede aktivitetstilbud for sykehjemsbeboere i Halden. Fra oppstart på Halden sykehjem i 2009 har prosjektet gjort det mulig å øke fokus på alle de fire sykehjemmene i Halden, både når det gjelder frivillighet og aktivitetstilbud, sier Hilde Finsådal, som har ledet prosjektet sammen med trivselskoordinator Lisbeth Bjerke.

Da innsatsen ble oppsummert i april 2012, beskrev de frivillige ved Halden sykehjem resultatene av prosjektet slik:

- ◆ Tiltaket har vært et løft for Halden sykehjem
- ◆ Beboerne har fått et bredere aktivitetstilbud gjennom et organisert og systematisk program
- ◆ Større fokus på den enkelte beboer har gjort det enklere å tilpasse aktivitetene
- ◆ Økt kjennskap til beboerne har gitt økt respons tilbake til de frivillige
- ◆ Prosjektet har hatt smitteeffekt til de andre sykehjemmene i kommunen.

Mange interesserte

– Ved oppstart av prosjektet, tok vi utgangspunkt i en allerede god stab av frivillige ved Halden sykehjem. I tillegg gikk vi ut med annonse i avisa for å rekruttere flere. En inspirasjonssamling for frivillige, ansatte og andre interesserte i Halden kommune, ble startskuddet på

prosjektet. 50–60 personer deltok på samlingen den 17. mars 2009, forteller Hilde Finsådal.

– Utover våren inviterte vi ganske bredt til samlinger, studieturer og kurs. Hensikten var å skaffe oss faglig påfyll og inspirasjon til arbeidet, fortsetter hun.

– En gruppe på 8–10 nye og gamle frivillige + to kontakter i hver avdeling (til sammen seks) ble spesielt knyttet opp mot prosjektet. Tirsdag ble «prosjektdag», i første omgang med spesiell satsing på mimregupper og sittedans. Bakegruppe, malegruppe og mannsguppe er i neste omgang sprunget ut av prosjektarbeidet.

En rekke mennesker stiller hver uke opp for å gi beboerne på Halden sykehjem en litt annerledes hverdag. Så også den dagen D&A besøker stedet. Åtte ivrige hjelpere samles til en liten peptalk før aktivitetene tar til.

– De har glød, glede og hjertet på samme sted, det inspirerer oss sterkt. Men innsatsen til trivselskoordinator må ikke undervurderes. Hvis ingen dro i trådene,



SYNGER: Solveig Eilertsen Lian (t.v.) kan de gamle vårsangene.



FULL FART: Sittedans og ballongkast er populært.

ville tilbudene sklidd ut og blitt borte, tror Hilde Finsådal.

Varighet viktig

– Den største utfordringen er nok å få den frivillige innsatsen integrert i det vanlige arbeidet, medgir Lisbeth Bjerke.

Prosjektlederne håper nå at arbeidet som er så godt i gang kan bli videreført, også etter at den fireårige prosjektperioden tar slutt.

– Innsatsen fra de frivillige vekker nå interesse også ved de andre sykehjemmene i kommunen. Vi håper at ideen brer seg. Enhetsleder har tidligere sagt at den frivillige innsatsen ville ha utløst ti årsverk dersom vi skulle ha ansatt noen til å gjøre dette. Men vi tar ikke oppgaver fra de ansatte. Dette er en type arbeid som man ikke kunne ha løst på samme måte uten de frivilliges innsats, mener Hilde Finsådal.

Mimrer i lag

I prosjektet erkjente man tidlig behovet for et mimrerom. Et eget værelse ble innredet med tanke på minnearbeid. Gjenstander fra gamle dager er samlet over tid, nå rommer hyllene noe for enhver smak. Det er den pensjonerte sykepleieren Nel Hafsrød som har planlagt dagens mimremøte, hun har blant annet plukket med seg en stor og vårlig blomsterbukett. – Kan dere huske hva disse heter, spør hun rundt bordet.

– Å, ja, smiler Åse Pilhaug bredt når blomstene bare holdes nær nok øynene: – Det er jo Forsythia!

Mens kaffen og de nystekte vaflene nytes, springer samtalen lett fra ett vårlig tema til et annet.

Konfirmasjonen er noe de fleste forbinder med glede. Mange husker datoen, de fleste kan også beskrive i detalj klærne de bar og hvor mange gaver de fikk.

– Jeg hadde en lyseblå taftkjole, forteller Solveig Eilertsen Lian¹. – Og så fikk jeg et kamésmykke. Jeg har det på meg fortsatt, viser hun.

Telegrammene er en historie for seg. Antall og utseende huskes, det samme gjør stemningen som oppsto under høytlesningen for alle gjestene.

– Noen fikk til og med bundet dem inn som ei bok, sier en annen. Samtalen glir lett, selv om ikke alle har vært med i gruppa tidligere. Fra en av «ferskingene» kommer følgende kommentar på slutten av den timelange samlingen:

– Jeg er ikke så glad i store forsamlinger, men hit vil jeg gjerne komme flere ganger. Jeg ble så oppglødd av å være sammen med dere!

Humørskapende aktivitet

Hjelperne som skal bidra til beboernes fysiske aktivitet har vært tidlig ute, på avdelingene er to ulike sittedansgrupper nå i full sving.

Den første gruppen ledes av flere, deriblant Else-Kathrine Hveding, av de fleste kalt Tulle, og av Marit Saksæther. Til rytmen av gamle, kjente sanger får de et tyvetalls beboere med på dagens trim. De har en rekke øvelser på programmet, og etter responsen å dømme faller de i deltakernes smak. Samholdet i gruppen er åpenbart, den enorme gleden

¹ Solveig Eilertsen Lian døde kort tid etter at reportasjen ble innhentet. Bilder og sitater gjengis med de pårørendes samtykke.

når noen mestrer noe likeså. Lykkelige smil stråler mot oss fra folk som nok en gang får stive og støle kropper til å bevege seg i takt.

Instruktør Tulle er også fornøyd:

– Vi ler mye her på sykehjemmet, både før, under og etter besøkene. Jeg går så glad herfra, det sosiale er viktig for oss frivillige, understreker den engasjerte og pensjonerte høyskolelektoren.

– Jeg kom inn i dette som politiker, men oppdaget raskt hvor godt jeg likte å være sammen med eldre mennesker. Siden har de ikke blitt kvitt meg!

Trivsels- og aktivitetstiltak relatert til prosjektet

Sammen om minnene ved Halden sykehjem.

Mandager: Bakegruppe på kjøkkenet og mannsgruppe på mimrestua. I mannsgruppa kan de snakke om «mannfolkting».

Tirsdager: Mimregruppe på erindringsrommet og sittedans på en eller to av avdelingens fellesstuer. En tirsdag hver måned er Frivillighetssentralen inne med tilbud på hver avdeling.

Onsdager: Hyggekveld.

Torsdager: Bingo.

Fredager: Annenhver fredag malegruppe på mimrestua.

Hytteturer: Hvert år i juni arrangeres hytteturer for alle sykehjemsavdelingene i kommunen. En rekke frivillige bidrar, sammen med ansatte. Mange beboere får på den måten en sommeropplevelse med gode minner.

Kontaktbok: Prosjektledere har i samarbeid med andre ansatte laget kontaktbøker for å bedre dialogen mellom beboere, pårørende, ansatte og frivillige.

I tillegg kommer aktiviteter hvor frivillige er involvert på kommunens øvrige sykehjem.



KAN BLOMSTER: Åse Pilhaug.



FORSKJELLEN: Frivillige endrer beboernes hverdag.

Bente Wallander (tekst)

Oppskrift på minner

Sáme biebbmo vuorrasijda Samisk mat for eldre

Måltidene er gode erindringsarenaer for personer med demens. Maten vekker også minner. Demensforeningen i Tysfjord har derfor laget kokebok med tradisjonsretter.



TOK INITIATIV: Inga Karlsen.

Den tospråklige utgivelsen (bokmål og lulesamisk) «Sáme biebbmo vuorrasijda/ Samisk mat for eldre» med tradisjonsretter utkom første gang i 2008.

– Førsteopplaget forsvant raskt. Det er derfor med stor glede vi nå kan tilby en revidert utgave i samarbeid med Árran Lulesamiske senter, forteller Inga Karlsen, leder for Tysfjord demensforening.

Mat som medisin

Inga var selv en av initiativtakerne til kokeboken, som så vidt hun vet er den første i sitt slag, utgitt av en demensforening.

– Styret i Tysfjord demensforening var opptatt av hvordan vi skulle nå den samiske befolkningen. Det gjaldt personer med demens og deres pårørende, men også eldre generelt. Jeg er selv 78 år og har gjennom min jobb i helsevesenet erfart at når folk blir så gamle har de lett for å gå tilbake til sin barndom. Da

er de, språklig og på andre måter, hjemme hos seg selv. De første samtalene våre handlet om at eldre trenger et felles samlingspunkt og at samværet rundt et matbord kan være en god erindringsplass. Så begynte vi å snakke om maten i seg selv og ting man kjenner igjen fra tidligere i livet. I pakt med munnhellet som sier *Din mat er din medisin* fant vi så frem en rekke gamle oppskrifter. Noen viser vei til samiske spesialiteter, mens andre representerer norsk tradisjonsmat. Dette er særlig viktig i disse tacotider. Når mine barnebarn snakker om mat sier jeg; Taco, hva er nå det? Slik er det nok for de fleste som befinner seg på våre eldreinstitusjoner også.

Ivrige prøvekaniner

Demensforeningen i Tysfjord innledet kokeboken med flere kurs og samlinger for å innhente og teste ut aktuelle oppskrifter.



MANGE I SVING: All mat ble prøvelaget og -smakt.



VED KJELEN: Inga Karlsen.



FISKEKAKER: Koking i god kraft.

– Vi inviterte eldre folk fra kommunen og fra helseinstitusjonene og laget masse forskjellig mat som de fremmøtte fikk smake på. Vi laget blodkams (klubb) etter en ekte samisk oppskrift, men det var også populært med annen blodmat, som blodpølser og blodpannekaker.

Prøvesmakingen av blodmat fant for øvrig sted der jeg vokste opp og Norge er som smalest fra havet: i Hellmobotn i Tysfjorden. Vi hadde den første samlingen der på høsten for å kunne gå ut og plukke bær til trollkrem samtidig. Noen laget også Gáhkko (en type lompe/lefse), som vi stekte på min gamle hyttekomfyr. En annen dag tok vi for oss baking og ysting. Vi laget også varm mat, kleppmelk, raspeballe og flere gammeldagse retter. Folk var så glade! Og de eldre koste seg sånn, forteller Inga.

Lærer på 81 år

Foreningen inviterte til fire kurs totalt, noen ganger med så mange som 15-20 prøvekaniner/deltakere. Da det skulle lages fiskemølje ble det også bakt flatbrød.

– Vi måtte jo ha hjemmelaget flatbrød til mølja. Flatbrødlæreren var for øvrig 81 år gammel, minnes Inga.

Det kan virke som om Demensforeningen i Tysfjord er utstyrt med et ekstra aktivitetsgen.

– Vi er bare 11 medlemmer totalt, så dette har vært et tøft arbeid for oss, som folk har bidratt til på en rekke ulike måter. Jeg må bare rose demensforeningen for den jobben de ble med på å utføre. Det var ei som sa det slik, helt til slutt; Ho Inga var streng med oss, men vi må takke for det likevel. Nå har vi fått det til!

Bygdas egen eldregeneral

Inga Karlsen tåler godt å bli kalt streng, for det har hun vært før. Hun har jobbet som hjelpepleier i hele sitt yrkesaktive liv, har vært politisk engasjert og er nå utnevnt til leder i Sametingets eldreråd. I Tysfjords eldreråd er hun allerede inne i sin femte periode.

– Det er kanskje ikke så rart at noen kaller Inga for Eldregeneral. Hun kjenner eldreomsorgen. Jeg kan svinge den vaskekluten ja, fastslår hun.

Hun taler ofte Roma midt i mot, i pakt med Arnulf Øverlands dikt «Du må ikke sove»: *Du må ikke tåle så inderlig vel den urett som ikke rammer deg selv!* For tiden er hun særlig opptatt av situasjonen til de mange eldre med samisk bakgrunn som nå får plass på sykehjem.

– De har så få som forstår dem. Kjennskap til språket er ikke tilstrekkelig for å forstå de eldre generasjoners levesett.

Hurtiggáhkko

1 kg hvetemel
150 g grovmel
8 ts bakepulver
2 ts salt
150 g smør
1 liter kald melk
2-3 ss sirup

Bland alt det tørre, smuldre i smøret og ha i melk og sirup. Arbeid deigen raskt sammen. Lag flate kaker som stekes på begge sider på takke eller i stekepanne på ovnen. Det blir ca 12 – 15 kaker.



GÁHKKO: I heftet finner man mange oppskrifter på lefser/lomper. Alle foto privat.

Det kreves både språk- og kulturkompetanse av dem som skal gå inn i en flerkulturkontekst. Alle kommuner i Norges land med samisk bosetning må nå i større grad våge å vise likeverdig ansvar for landets egen minoritetsbefolkning. Her er det mye å ta fatt på, mener hun.



BLODPANNEKAKER: Steking på gammelt vis.



BÆR TIL DESSERT: Rensing av bær ute på tunet.

Kurs & konferanser 2012

MERITTERENDE KURS HØSTEN 2012

Dato	Tema	Sted	Påmeldingsfrist
5.-6. sept.	Konferanse – Dementsteam	Tromsø	25. juni
11.-13. sept.	Dementia Care Mapping, modul 1	Oslo	25. juni
28. sept.	Tilrettelagte dagtilbud for personer med demens	Molde	23. aug.
15. okt.	Konferanse – Tilbud til yngre personer med demens og deres pårørende	Oslo	10. sept.
15.-17. okt.	Geriatrici – Basiskurs	Trondheim	10. sept.
17. okt.	Angst og depresjoner	Hamar	10. sept.
24. okt.	Geriatrici for sykehusansatte	Oslo	19. sept.
29.-30. okt.	Temakurs for leger – Legemiddelbruk hos eldre	Oslo	24. sept.
5. nov.	Etablering og drift av dementsteam	Oslo	2. okt.
6. nov.	Utredning av demens i kommunehelsetjenesten	Oslo	1. okt.
15.-16. nov.	Konferanse for Hukommelsesklinikker	Oslo	10. okt.
16. nov.	Konferanse – Dagtilbud som en del av et helhetlig omsorgstilbud for personer med demens	Oslo	10. okt.
4.-5. des.	Demensdagene 2012	Oslo	24. okt.

Kursene varer fra en til tre dager. Se vår hjemmeside www.aldringoghelse.no for flere opplysninger angående kursene, påmelding og program.



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

For påmelding og mer informasjon:

www.aldringoghelse.no

33 34 19 50 – post@aldringoghelse.no



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

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



tidsskriftet@aldringoghelse.no

22 11 77 28 / 922 96 251

www.demensogalderspsykiatri.no



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

3
for
2



Merk av i kalenderen!

Demensdagene 2012

4.-5. desember

Demensdagene er det største årlige arrangementet i landet der demens er hovedsaken. Konferansen er tverrfaglig og åpen for alle faggrupper med ansvar for behandling av eller omsorg for personer med demens. Målgruppe er også planleggere, pleie- og omsorgssjefer og ansvarlige for utdanning og kompetanseheving.

Praktiske opplysninger om pris, sted og påmelding kommer i september på www.aldringoghelse.no



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Leon Jarners Forskningspris 2012

Leon Jarners Minnefond, opprettet i 1989, er en uavhengig stiftelse som arbeider for å fremme forskning om Alzheimers sykdom og andre demenssykdommer. Minnefondet deler ut en forskningspris på kr 50 000 til et forsknings- eller utviklingsprosjekt om demenssykdommer, personer med demens eller pårørende, som er utført eller under utførelse i Norge. Nærmere informasjon om søknad til prisen fåes ved henvendelse til Toril Utne: toril.utne@aldringoghelse.no

Leon Jarners forskningspris deles ut under Demensdagene.



Retningslinjer for publisering i Demens&Alderspsykiatri

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

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

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

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



D&A går i dybden – og i bredden

Kommer:

- Tannhelse
– vi glemmer uten tenner
- Å leve med demens midt i livet
- Marte Meo praktikerutdanning
– en evaluering

www.demensogalderspsykiatri.no
tidsskriftet@aldringoghelse.no

ISSN: 0809-3520

Medlem av



Demens&Alderspsykiatri utgis av



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

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

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

post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no

