



Tema: Grønn omsorg

Aktive dager på gården

side 29



s 4

Det står om
Liv og død



s 14

For åpenhet
og retningslinjer



s 17

Inn på tunet
med demens



s 37

Pårørende tema
i Litteraturhuset

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, professor, 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.
forskningsleder, Sykehuset Innlandet HF
Tlf. 96 88 35 35

Anne Marie Mork Rokstad
sykepleier, 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.demensogalderspsykiatri.no

Layout/trykk
BK Grafisk, Sandefjord (TAa)

Det redaksjonelle arbeidet er
avsluttet 25. juni 2013.

Fagpressen 

- 4 Folk i fokus: Liv Wergeland Sørbye
- 8 Landskonferansen i alderspsykiatri
- 9 Søker godkjenning som vitenskapelig tidsskrift
- 10 Retningslinjer for publisering av forskningsartikler i D&A
- 12 Kommentar til kronikken «Det hellige i medisin og omsorgsfag»
Odd-Roe Skogen
- 14 Vil må våge samtaler og styrke innsatsen. Intervju med helse- og omsorgsministeren
- 16 Anbefaler nasjonale retningslinjer
- 17 Borte bra, men hjemme best
Elin H. Aarø Strandli
- 21 Ut av institusjonen – Inn på tunet
Liv Bakke, Kjerstin Bjønnes, Lisbeth Haugan, Anne Britt Kjeldsberg, Elin H. Aarø Strandli
- 25 Omsorg med grønn profil i Vågå
Jorunn Heier, Tove Kleiven, Sarath Chandra Neththasinghe
- 29 Grønn brikke i urbant miljø
- 32 Kulturell tilpasning av Rowland Universal Dementia Assessment Scale
Nafeesa Akhtar, Naserana R. Sarwar
- 36 TV-aksjonens høye beskytter: H.M. Kongen
- 37 Stor interesse for demens på Litteraturhuset
- 39 Bokanmeldelse: Rehabilitering ved demenssygdom
Torhild Holthe
- 40 Møteplass for mestring



Forsiden:
Jon Ivar Bakke og Ole Fyrand
på Skjerven gård.
Foto: Bente Wallander



Omsorg i utvikling

*G*rønn omsorg er et tema for denne utgaven av Demens & Alderspsykiatri. Gjennom fagartikler og reportasjer presenteres ulike *Inn på tunet*-tilbud til personer med demens. Gårdstunet kan, som artiklene viser, være gode arenaer for opplevelse og livsutfoldelse. Birgitta Fyrand beskriver virkningene av den «grønne medisinen» hennes ektemann Ole mottar slik: «Det er som om de stimuli han får i løpet av dagen bidrar til å trekke frem hans forståelse.»

God omsorg er et hovedanliggende for Det Nasjonale rådet for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Rådet har i vår anbefalt Helsedirektoratet å utarbeide helhetlige nasjonale faglige retningslinjer for utredning og diagnostikk av personer med demens. Behovet for å styrke forskningsinnsatsen på området ble påpekt. Rådet mener også at det er behov for å videreutvikle kvalitet og likeverdige tilbud innen forebygging, utredning, diagnostikk, behandling og tjenester til personer med demens. Dette er positivt, ikke minst med tanke på de store forskjellene i tilbud og kvalitet på tjenester som personer med demens og deres pårørende i dag kan oppleve rundt om i landet.

Forskningsbasert omsorg er et kvalitetsbegrep. Fag- og forskningsstoff om demens og alderspsykiatri har alltid vært høyt prioritert i D&A. Ved å søke godkjenning som publiseringskanal for vitenskapelige artikler vil vi utvikle tidsskriftet ytterligere. Med dette ønsker vi å presentere vitenskapelige bidrag til utviklingen av norsk alderspsykiatri og demensomsorg.

Bente Wallander

bente.wallander@aldringoghelse.no



Bente Wallander (tekst og foto)

Et Liv med døden

Liv Wergeland Sørbyes karriere er spunnet rundt en tråd av død. Professoren med det livsbejaende navnet har utallige publikasjoner om sorg og omsorg ved livets slutt på samvittigheten.

Navn: Liv Wergeland Sørbye
 Alder: 66 år
 Familie: Gift med Øystein.
 Tre barn og åtte barnebarn
 Bor: Bærum
 Stilling: Professor ved Institutt for sykepleie og helse, Diakonhjemmet høyskole, Oslo

Liv Wergeland Sørbye så dagens lys på Nøtterøy i 1947. Familien flyttet senere til Stokke, og den vesle jenta vokste opp rett ved den store frukthagen til Gjennestad gartnerskole, der foreldrene arbeidet.

Døpenavnet fremstår i ettertid som mer passende enn noen kunne ane, for Liv har alltid vært opptatt av livet, og da særlig dets siste dager og timer. Til sine kjernetemaer regner Sørbye etikk, sorg og omsorg ved livets slutt.

I 2009 forsvarte hun sin doktorgrad over temaet «Grunnleggende sykepleieutfordringer i hjemmetjenesten. En komparativ studie over 11 steder i Europa» (1).

– Vi så blant annet nærmere på hvordan man forholder seg til etiske spørsmål som dukker opp ved behandling av og omsorg for personer med demens.

Ernæring var et annet viktig tema for meg, forteller Liv Wergeland Sørbye, som i dag er professor ved Diakonhjemmet høyskole.

Utteksling med varig virkning

Historien om stokkejentas karriere startet med et utvekslingsår i USA i 1965.

– Engelsk var ennå ikke så utbredt hjemme i Norge, så da jeg begynte å studere sykepleie kom jeg tidlig med på internasjonale konferanser, rett og slett fordi jeg våget å snakke engelsk. Det var nok også året i USA som gjorde at jeg valgte sykepleien. Jeg ble glad i å reise, og tenkte at jeg som sykepleier jo kunne jobbe hvor som helst i verden, forteller Liv Wergeland Sørbye.

Nå skulle det ikke bli noe utenlandsarbeid på Liv, men hun har reist mye i jobbsammenheng. I 1973 ble hun valgt

som den første lederen av sykepleierforbundets etiske råd. Arbeidet med yrkesetiske retningslinjer kom i gang på samme tid.

– Det skjedde mye i disse årene, både her til lands og internasjonalt. Før trodde man jo at sykepleiere alltid var snille. Reitgjerdet- og Nettet-sakene bidro til at Sykepleierforbundet følte behov for et eget etisk råd, men arbeidet med de norske retningslinjene tok tid. De ble først godkjent ti år senere, i 1983, minnes hun (2).

Studie ved livets slutt

Som nyutdannet sykepleier reiste Liv Wergeland Sørbye til Bergen for å studere videre. Her tok hun pedagogikk mellomfag, kristendom mellomfag og grunnfag i psykologi. I 1974 vendte hun så nesa mot Oslo, og i hovedstaden møtte hun professor Peter Hjort.

– Hjort hadde reist rundt en periode etter at han måtte slutte ved Universitetet i Tromsø, og det var under et opphold ved et hospits i England at han ble klar over at omsorg ved livets slutt var ett av de temaene det var gjort minst på. Det til tross for at det angår alle mennesker. Han ville gjøre noe på dette i Norge, på et sted han antok ikke var for ille, og valgte Diakonhjemmet, forteller Liv.

– Det var forresten min mann Øystein, den gang turnuskandidat, som tipset professor Hjort om at jeg var opp tatt av disse temaene i forbindelse med en hovedfagsoppgave i kristendom og jeg ble innkalt til intervju. Forskning virket litt skremmende, men professor Hjort sa: «Det viktigste er om du har lyst til å gjøre dette. Det andre kan du lære.» Jeg innledet mine studier om omsorg ved livets slutt i 1977 her på Diakonhjemmet, og hadde Hjort som veileder i to perioder, fra 1976 til -80 og fra 1987 til -90. I 2007 ble studien gjennomført for fjerde gang, denne gang med en ung PhD-student Simen A. Steindal.

Positivt i palliativ pleie

Da debatten om folk som døde alene kom opp via media i fjor, hadde Liv Wergeland Sørbye og hennes samarbeidspartnere dermed mye å bidra med.

– Vi hadde brukt det samme instrumentet og de samme spørsmålene hvert tiår, totalt tre ganger, og beskrevet end-

ringene. Etter å ha gjennomført den samme undersøkelsen for fjerde gang vet vi, kort fortalt, at vi ikke har blitt noe flinkere til å snakke om døden. Men vi har blitt mye bedre på smertelindring. Tidligere var man veldig redd for å bruke morfin. Da jeg startet i yrket kunne det stå i sykepleienotatene at «pas ba om smertelindring, vi klarte å utsette det to timer til». Man kunne også si ting som «Vil du at moren din skal bli narkoman, eller?» Nå gir vi pasientene morfin helt til de dør. På det området er det stor endring i positiv retning, konstaterer Liv.

Smertelindring var et tema, også for det første omsorgsrådet (Rådet for omsorg for alvorlig syke og døende), som Liv Wergeland Sørbye var med og startet i 1984.

– Vi oppdaget blant annet at apotekene i mange kommuner ikke hadde morfin, husker hun.

Liv var med og arbeidet med sin første NOU i 1984, under ledelse av Inge Lønning (NOU 1984:30). Det ble da etablert et omsorgsråd for palliativ omsorg, nært knyttet opp mot Den norske kreftforening. Liv er fortsatt aktiv i sammen slutningen *Norsk palliativ forening*, som også arbeider internasjonalt og er utgiver av tidsskriftet *Omsorg; Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*.

InterRAI

Wergeland Sørbyes første forskningsarbeid i hjemmetjenesten var en omfattende kartlegging i bydelen St. Hanshaugen/Ullevål i 1997.

– Da var jeg en del av et internasjonalt nettverk som benyttet Recipient Accessment Instrument (RAI). Hele Norge har jo satset på geriativ IPLOS, eller Gericar som det først het, men så lenge helseholder, håper jeg inderlig at jeg får lov til å fortsette å jobbe med RAI; dette fantastiske internasjonale verktøyet. Det gir en helhetlig vurdering av eldres behov og skaffer gode data så vi kan sammenlikne oss med andre land. Ved å få god kunnskap kan vi også skreddersy omsorgen så personer med demens kan være lenger hjemme og få det bedre på institusjon, mener Liv, som selv er Fellow i InterRAI.

På rett hylle

Liv Wergeland Sørbye setter stor pris på sitt arbeidssted, Diakonhjemmet høgskole.

– Jeg har vært heldig som har fått være her i mer enn 30 år, kun avbrutt av stipendiatstillinger tilknyttet *Gruppe for helsetjenesteforskning*. Og så har jeg vært heldig og fått mange prosjekter. Det er viktig å søke eksterne midler selv om du har FOU-tid. Det er ikke mye du får gjort på en 25 prosent stilling. *Rådet for demens* (Nasjonalforeningen for folkehelsen) finansierte for eksempel en undersøkelse om ernæring i sykehjem. Vi ville finne ut om sykehjemspasientene var dårligere ernært enn personer med demens. Resultatet var positivt – vi fant ingen forskjeller. I dag kan mye tyde på at de hjemmeboende kanskje er verre stilt.

Doktorgraden min gikk på noe av det samme. Som eneste norske i det europeiske forskningsprosjektet valgte jeg å konsentrerte meg om typiske og helt grunnleggende sykepleietemaer. Det kom blant annet frem at en veldig stor andel mottakere av hjemmesykepleie bruker bleier. Analysen viste at mange føler seg bundet til hjemmet på grunn av inkontinens. De våger ikke å gå ut.

Med midler fra Nasjonalforeningen for folkehelsen har Liv Wergeland Sørbye også sett nærmere på situasjonen til eldre hjemmeboende personer med demens.



BLÅ TANKE: Liv Wergeland Sørbye fikk dette ikonet, som er laget av Kirkens Kulturverksted, i gave etter doktorgradsdisputasen.

Underernærte og overvektige

Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre hjemmeboende dreier det seg om i prosjektet *Matlyst gir livslyst – livslyst gir matlyst*.

– Den siste tiårsundersøkelsen viser at vi i Norge har både flere underernærte og flere overvektige enn for ti år siden. Vi har jo hatt lite fedmeproblemer tidligere, sammenliknet med for eksempel Danmark. Jeg tror en av forklaringene på dette er at det er vanskeligere å få hjemmesykepleie i dag. Pasientene blir generelt sett skrøpeligere. Dette er betenkelig, ikke minst sett i sammenheng med samhandlingsreformen. Samtidig støter man på så mye ufornuftig tidsbruk. I dag har de fleste mobiltelefon med seg på jobb. Ved hjelp av programmer som Skype kan man via telefonen snakke med arbeidsstedet sitt «ansikt til ansikt». Men den nye teknologien blir ikke brukt. De ansatte må for eksempel bruke mye reisetid for å delta på en rekke møter.

Søker helhet

Gjennom prosjektet *I trygge hender* er det de siste årene blitt satset mye på forebyggende tiltak i forhold til fall, urinveisinfeksjoner, bruk av medikamenter og trykksår.

– Men man ser ofte ikke helhet. Mange av de eldres plager henger sammen og mange atferdsproblemer kan skyldes smerte og medikamenter. Jeg slår gjerne noen ekstra slag for det tidligere omtalte RAI-skjemaet, der man

registrerer både psykososiale data, medikamenter, sykdommer og ernæring. At vi her i landet har satset på IPLOS har sinket forskning i den norske kommunehelsetjenesten i hvert fall i 15 år. En av lærebøkene vi bruker i geriatri viser til 34 forskjellige skjemaer! De kan ikke automatisk analyseres mot hverandre. Et eksempel fra IPLOS er spørsmålet «Kan pas spise selv?» Man spør ikke om pasienten får i seg tilstrekkelig med mat! Det har heller ingen relevans å spørre pasienter som bor på sykehjem hvordan de får utført handlingen sin. Jeg skulle ønske at flere sykehjem ble interesserte i å bruke et internasjonalt mer helhetlig vurderingsskjema, sier Liv Wergeland Sørbye (3).

Menneskeverd under press

I 2012 fikk Liv Wergeland Sørbye en forespørsel fra tidsskriftet *Omsorg* om å se på eksistensielle utfordringer ved livets slutt i hjemmet.

– Jeg skrev en review-artikkel på bakgrunn av andres forskning om dette. Ett av funnene er at Norge er det land i verden hvor færrest dør hjemme. Hvorfor er det slik? Vi har jo den beste hjemmesykepleien i Europa, med dyktige kreftsykepleiere og annen ekspertise på området. Vi har samtidig relativt få leger som går hjem. Som gammel er du hjemme så lenge som mulig, men våger ikke døden. Hva er viktig? Jo, det er etter min mening å våge å være hjemme, også det siste døgnet.

Kunsten å dø

Da Liv fylte 60 ble det invitert til et seminar med tittelen «60 år med Liv – 30 år med døden». – Der snakket blant andre professor Inge Lønning. Han reagerte på at vi bruker du i begravelser. «Man sier ting til folk som man ikke våger i si til dem mens de lever», mente han. Kanskje er det slik? Kunsten å dø; *Ars moriendi*, var jo tidligere en egen genre i europeisk litteratur. Døden er et fryktelig vanskelig tema for de fleste, og dette har endret seg lite i løpet av de siste 30 år. I en studie utført for Kommunenes interesseorganisasjon (KS) fant vi samtidig at de familiene som hadde valgt hjemmedød for sine kjære var svært fornøyde. Tidligere studier viser stor variasjon i andelen hjemmedøde i de ulike kommunene.

Det krever en holdningsendring, ja, men det er mulig å forandre en slik situasjon. Enkelte kommuner, som i følge tall fra undersøkelsen hadde en lav andel hjemmedøde, har i ettertid lagt forholdene bedre til rette.

Mange utgivelser

Liv Wergeland Sørbye er et skrivende menneske, og bokhyllene i det lille kontoret med det vide utsynet vitner om at professoren har havnet på rett hylle her i livet. Den travle forskeren står bak en rekke utgivelser som medforfatter eller forfatter. Til disse hører *NOU Pleie og omsorg for alvorlig syke og døende mennesker* (1984) og *NOU Livshjelp fra 1999*. Hun har skrevet læreboken *Trygghet ved livets slutt* (1990), og sammen med Randi Bratteli boken *Sorgen og livet* (1989). Liv er også bokanmelder i tidsskriftet *Sykepleien*.

– Mitt engasjement på dette feltet ble innledet så tidlig som i 1978, med et kurs jeg utviklet for Folkets Brevskole, Norsk Kommuneforbund, Den Norske Legeforening og Universitetsforlaget. Utgivelsen *Omsorg for døende* kom i 1982, som et resultat av dette arbeidet. Siden har det utviklet seg til utstrakt forsknings- og informasjonsvirksomhet.

Broren inspirer

At hennes bror Helge har Downs syndrom har gitt Liv en særlig interesse for temaer relatert til personer med en psykisk utviklingshemning. Hun har blant annet skrevet en elektronisk bok for Samordningsrådet for utviklingshemmede (SOR) om hva kommunalt ansatte bør vite når de skal ha med seg personer med psykisk utviklingshemning på ferie.

– Jeg brukte min bror som rollefigur. En gang han skulle på tur med meg opplevde vi at ledsagerbeviset ikke var sendt med. Han hadde heller ikke identifikasjonspapirer med seg. I hans tilfelle ser man heldigvis hva lidelsen består i, og siden han var med meg fikk han lov til å reise. Men alt var egentlig feil. Slik kan man ikke ha det, mener Liv.

Reising var et tema, også for det prosjektet Liv gjennomførte i Spania i 2003, 220 utflyttede nordmenn ble intervjuet på Solkysten.



SKRIVENDE MENNESKE: Den travle forskeren står bak en rekke utgivelser som forfatter eller medforfatter.

– Vi reiste ned med et team for å gjennomføre en kartlegging av hvilke behov nordmenn i Spania har for hjemme-sykepleie, rehabilitering, heldøgnsomsorg, omsorg ved livets slutt og diakonale utfordringer. Prosjektet var forhånds-annonsert, både i den norske klubben og den norske avisen. Det var tydelig at du kunne få problemer hvis du begynte å bli dement. For mange er det også veldig dyrt å komme seg hjem. Vi fant få enslige der. Det var viktig å ha en partner for ikke å føle seg alene.

Død og etikk – alltid

Når 66-åringen ser seg tilbake, er det deltakelsen i InterRai-fellesskapet hun ønsker å trekke frem.

– Det har vært det mest lærerike av alt jeg har gjort. Å være en del av en forsamling dyktige fagfolk fra andre land som speiler hverandre, og der man ser Norge i forhold til andre land. Jeg tror at det er utrolig viktig! Se bare hva finnene får til, med små midler, mens vi syter og klager her hjemme. I Norge har vi lenge hatt så lav arbeidsledighet at det ikke er attraktivt nok å jobbe i sykehjem. Den største utfordringen i Europa er nå mangel på kvalifiserte personer. Vi ser derfor en veldig omsorgsforflytning. Blant italienerne er det for eksempel veldig få som ender på institusjon, der leier de i stedet inn folk fra Balkan som jobber svart i hjemmene. Tyskerne bruker polakkene og nordmenn leier svensker, både til private og offentlige omsorgstjenester. Vi vet at i USA er dette allerede et problem. Når det gjelder palliativ omsorg ønsker ikke de som har forsikring å betale for uautorisert personell. Men det finnes ikke tilstrekkelig mange autoriserte sykepleiere. Det har vært et tema i forhold til aktiv dødshjelp også. Man har ikke råd til å få pleie lenge nok.

Demens et dilemma

Liv har sittet to perioder i regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskning.

– Det har lært meg veldig mye om hvilke prosjekter som skal inn, særlig i forhold til demensforskning og de sterke kravene til informert samtykke. Jeg tror man er blitt flinkere til å se på hva som kan skade og hva som ikke kan skade, men dette med å si hva som er best for

en person med demens er fryktelig vanskelig. For hvor går grensene? Hva er det å være samtykkekompetent, og hva er det å være kognitiv intakt? Vi samtykker jo i veldig mange andre ting i dagliglivet. På dette området tror jeg vi har blitt flinkere til å se hva som faller inn under helseloven og hva som er kvalitetsforsikring.

Forskeren har også sittet i ulike helse-relaterte utvalg og redaksjoner, deriblant i redaksjonskomiteen for *Geriatrisk sykepleie*, *Sykepleien Forskning* og det internasjonale tidsskriftet, *Maturitas*. *The European Menopause Journal*, der alle artikler er relatert til temaet midtlivshelse. Hun har vært medforfatter i boka *Medical problems in Women over 70* (2007), og hun var redaktør av *Norske virkeligheter – diakonale utfordringer. 10 år med DIAFORSK*, som ble utgitt i forbindelse med at forskningsavdelingen på Diakonhjemmet høyskole fylte ti år.

Elsker å stå på ski

Hennes sterke faglige engasjement har også tatt kreative veier. Hun var en aktiv bidragsyter til *Døden på norsk* – en utstilling som fikk stor oppmerksomhet, blant annet på grunn av en barnekiste som ble sendt rundt i landet.

Med så mye travelhet i arbeidshverdagen kunne man tro at Liv Wergeland Sørbye tar det helt med ro på fritiden. Men den gang ei.

– Jeg er mye sammen med barnebarn, vi har en hytte som brukes ofte, for jeg elsker å gå på ski. Og så strikker jeg mye, sier hun smilende.

Som aktiv politiker for Kristelig Folkeparti gjennom 12 år har Liv Wergeland Sørbye også sittet i Bærum kommunestyre, formannskap og styret for Akershus Energi.

– Gjennom mitt politiske engasjement får jeg et innblikk i hvordan kommunen fungerer, ikke minst i forhold til helseplanlegging, og hvordan politikerne ønsker at det skal fungere. Jeg synes at det har vært en fin kombinasjon, avslutter hun.



AKTIV FRITID: Liv Wergeland Sørbye er har mye å henge fingrene i også på fritiden.

REFERANSER

1. Sørbye, LW. Frail homebound elderly: basic nursing challenges of home care : a comparative study across 11 sites in Europe. Doktoravhandling. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 2009.
2. Sykepleie : yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere : tenkningsgrunnlag for sykepleietjenesten, målsetting for sykepleietjenesten, definisjon av egenomsorg, definisjon av helse : normalinstrukser for: off. godkjent sykepleier, avdelingssykepleier, oversykepleier, øverste leder av kommunens sykepleietjeneste. [Oslo] : Norsk sykepleieforbund 1983.
3. Grue, EV. The Minimum Data Set Resident Assessment Instrument (MDS RAI): - interRAI et dokumentasjons- og vurderingssystem. Geriatrisk sykepleie 2011; 3(1): 9-12.

Bente Wallander (tekst og foto)

Landskonferansen i alderspsykiatri

Det var stor interesse for Landskonferansen i alderspsykiatri, som gikk av stabelen i Sandefjord 15.-17. april 2013.

Foredragene var i år fordelt på fire fagbolker: Eldre før og nå, Samhandling – betydning for alderspsykiatriske pasienter, Triste eldre – depresjon, eksistensiell krise eller apati? samt Forskning i alderspsykiatrien.

Sykehusdirektørene Bess Margrethe Frøyshov fra Telemark og Stein Kinserdal fra Vestfold åpnet årets konferanse. Astrid Nøklebye Heiberg kåserte deretter over temaet: Alderdom hva betyr det?

– Jeg er opptatt av hvordan vi opplever det å bli gammel, på godt og vondt, fortalte hun, og gikk spesielt inn på temaet ensomhet: – Som på mange måter er et langsiktig resultat av våre tidligere liv, dersom vi ikke har vært opptatt av å forebygge dette, ved å være aktive i livet og skaffe oss gode nettverk.

Samhandling ett år etter

Fylkeslegen i Vestfold, Svein Lie, hadde mange tanker om temaet Samhandling – betydning for alderspsykiatriske pasienter, Hvordan har det gått etter et år med samhandlingsreformen?

– Utfordringene er fortsatt mange, og medfinansieringen tynger mange kommuner. Det er derfor litt tidlig å besvare det store spørsmålet, om man klarer å yte forsvarlige tjenester, mente han.

– Det viktigste nå er at vi klarer å lede reformen godt. Vi har ikke noe alternativ hvis vi skal bevare en velferdsstat. Personlig tror jeg at samhandlingsreformen er bra, konkluderte han.

Sterkt faglig

De faglige innleggene var for mange – og gode – til å gjengis rettferdig på én side. Blant temaene var selvmord og selvmordsrisikovurderinger hos eldre, kjennetegn på apati og depresjon kontra demens, miljøbehandling ved depresjon og antikolinerge legemidler – hvor farlige er de egentlig.

Empatiens byrde

Psykolog Henrik Brogaard fra Danmark tok for seg eksistensielle spørsmål i sykehjem. Brogaard innledet sitt foredrag med å minne om hvilke utfordringer syke, eldre sykehjemsbeboere sliter med.

– De fleste har lidd mange tap. De har mistet mange av sine kjæreste og «stjernene på den kulturelle himmelen er gået ud». Som en 102-årig sykehjemsbeboer beskrev det: «Det er det merkelige ved å bli gammel. Alt og alle man kjenner forsvinner og jeg er ikke lenger noe for noen». De pårørende har sine ting å slite med. Pleiehjemmenes rom preges derfor ofte av mørke sinnstemninger, som tristhet, motløshet og apati. Medarbeidernes utfordringer kan i en slik situasjon bli mange. Empatiens byrde er jo å merke de eldres angst, tristhet og frykt. Man kan lett bli smittet. Vi får alle en gang nok, og det er lett å glemme sine tidligere idealer og følelse av meningsfullhet. Det vi kan gjøre i en slik situasjon er som Sokrates anbefalte,



FRA DANMARK: Psykolog Henrik Brogaard.

å lære oss selv å kjenne. Først da kan man hjelpe andre. For når vi kikker virkelig dypt inn i eldre menneskers lidende øyne, er det jo som å se i fremtidens speil. Den personen du sitter overfor kan være meg selv om 20, 30 eller 40 år. Kvaliteten på de menneskelige relasjoner vil alltid være det viktigste i livene våre.

Én vinner

Konferansens utstilling av åtte postere ble godt besøkt av de drøyt 200 konferansedeltakerne. Sammen med fagjuryen stemte de frem én felles postervinner: Kari Margrethe Kepple fra alderspsykiatrisk avdeling, Gaustad, Akershus Universitetssykehus. Hun mottok prisen for sin presentasjon av posteren *Implementering av samhandlingsmodellen SAMSA for kompetanseutveksling mellom sykehjem og alderspsykiatriske avdelinger, et multiprosjekt*.

I fagjuryen satt Terje Johannessen, seksjonsoverlege, Nordlandssykehuset, Tone Nordmark, seksjonsleder, Sykehuset Østfold HF, div. for psykisk helsevern og Herborg Vatnelid, psykologspesialist, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus.

STOR INTERESSE: I overkant av 200 deltakere fant veien til årets landskonferanse.



Bente Wallander (tekst)

Søker godkjenning som vitenskapelig tidsskrift

Demens & Alderspsykiatri (D&A) søker seg fra 2013 godkjent som publiseringskanal for vitenskapelige artikler.

D&A skal være et aktuelt fagblad for alle som arbeider innenfor, eller er engasjert i, norsk alderspsykiatri og demensomsorg.

— Vi ønsker nå å utvikle bladet ytterligere, og samtidig gi et nytt tilbud for publisering av forskningsartikler innenfor disse fagfeltene i Norge. Med innføringen av fagfellevurdering (peer review) håper vi at D&A vil bli en interessant publiseringskanal. Ved å stimulere forfattere til å skrive forskningsartikler for oss, vil vi også bidra til kunnskapsformidling, faglig engasjement og debatt, sier tidsskriftets vitenskapelige redaktører, professor Øyvind Kirkevold og postdocstipendiat Sverre Bergh.

Den vitenskapelige redaksjonen består, foruten Kirkevold og Bergh, av forskningsleder Geir Selbæk, PhD, og professor Knut Engedal.

D&A vil følge de kriterier for publisering i et nivå 1-tidsskrift innenfor området medisinske fag som fremgår av kapittel fire i Universitets- og høskolerådets (UHR) rapport *Vekt på forskning* (2004). Publisering av artikler i nivå-1 tidsskrift, vil gi institusjonen der forfatterne av artikkelen er ansatt publikasjonspoeng innenfor den forskningsbaserte delen av finansieringssystemet i sektoren.

Den vitenskapelige redaksjonen vil vurdere mottatte forskningsartikler og sende dem til videre vurdering hos eksterne fagfeller med særlig kompetanse og forskererfaring på de aktuelle fagområdene. Den nye ordningen skal sikre en høy vitenskapelig, faglig og etisk standard på det som publiseres.

Vitenskapelige artikler skal merkes og samles i en egen seksjon, slik at de lett kan skilles fra det øvrige innholdet i bladet.

Retningslinjer og rutiner for fagfellevurdering i D&A ligger på nettsiden www.demensogalderspsykiatri.no. De står også på trykk i dette nummer av tidsskriftet.

Andre fagartikler vil, som tidligere, bli lest og vurdert faglig av minst to medlemmer av tidsskriftets redaksjonskomité. Populærvitenskapelig innhold og redaksjonelt produserte artikler om temaer relatert til demens og alderspsykiatri skal fortsatt ha sin naturlige plass i tidsskriftet.

Tidsskriftet Demens & Alderspsykiatri er indeksert i SveMed+.

D&As vitenskapelige redaksjon



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



Geir Selbæk
Ph.d., forskningsleder
Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet HF



Øyvind Kirkevold
Dr.philos, professor
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet HF, Høgskolen i Gjøvik
Avdeling for helse, omsorg og sykepleie



Sverre Bergh
Cand.med, ph.d., postdoc-stipendiat
Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet HF og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Retningslinjer for publisering av forskningsartikler i D&A

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

Fagfellevurdering

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

Generelt

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

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

Oversendelse av manuskript

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

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

1. Overskriftsside

Tittel på artikkelen.

Forfatterens (forfatterne) for- og etternavn.

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

Forfatterens (forfatterne) stilling og arbeidssted.

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

Antall figurer og tabeller i artikkelen.

2. Sammendrag

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

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

Maksimalt 250 ord.

Etikk

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

Forfatterskap

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

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

Interessekonflikter

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

Referanser

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

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

REFERANSER

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

Eksempler

Tidsskriftartikkel med fortløpende paginering:

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

Tidsskriftartikkel hvor hvert nummer er paginert for seg:

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

Supplement til tidsskrift:

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

Bok:

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

Kapittel i bok med flere forfattere:

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

Rapport:

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

Offentlig publikasjon:

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

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

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

Avhandling:

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

Avisartikkel:

Hansen TE. Avsporing fra smittevernetaten. Bergens Tidende 10.9.2007.

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

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

Demensdagene 2013

3.–4. 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

Merk av i kalenderen!



Odd-Roe Skogen, pensjonert geriater



Faksimile av Eivind Melands kronikk
«Det hellige i medisin og omsorgsfag»
i D&A nr. 4-2012.

Kommentar til kronikken «Det hellige i medisin og omsorgsfag»

Eivind Meland har i sin kronikk gitt oss en tankevekkende moralfilosofisk analyse av den «mangel på ærefrykt og bevissthet om integritet og selvbestemmelse» som kan oppstå som følge av «den ensidige forankringen i kunnskap og prosedyrer som våre praksiser nå så ensidig knyttes til».

Eivind Meland foreslår at vi gir «det hellige» plass som en motvekt eller alternativ polaritet. Kronikken er knyttet solid opp mot en rekke litteraturhenvisninger og personlige vurderinger og tar utgangspunkt i det en må kunne kalle en geriatrik kasuistikk. Som geriater stiller jeg meg noe undrende til denne kasuistikken ut fra følgende betraktninger:

En må formode at den 83 år gamle kvinnens opplevelse og beskrivelse av situasjonen er innholdsmessig rett referert. Jeg reagerer på den omfattende demensutredning som er satt i gang hos denne kvinnen som i høyeste grad fremstår som intellektuelt velfungerende og personlighetsmessig adekvat. Det er nærliggende å spørre om en slik utredning er knyttet opp mot fallproblematikken som en rutinemessig prosedyre, og den påfølgende krenkende oppførsel av «pleie- og omsorgsteamet» ved hjemmebesøk det samme, både i forhold til fall, men kanskje også til funn ved demensutredningen. Jeg skulle i tillegg gjerne ha visst hva det konkret er denne kvinnen har reagert på under sine institusjonsopphold, som bakgrunn for det generelle

utsagnet hennes: «Det er ikke krenkelsen og mitt forsvar som er poenget. På institusjonene som jeg har vært på i det siste, har jeg erfart at alle de andre finner seg i slik behandling. Det er ingen som protesterer. Det er det jeg synes er så skremmende.»

Ja visst er det skremmende. En kan undre seg over at krenkelser stadig skjer til tross for at det gang på gang blir påpekt de nødvendige prinsipper for god omsorg/behandling. Jeg finner her å ville sitere fra Margareth Bondevik (1): «Mottakerens opplevelse av respekt for hans eller hennes personlige integritet kan best ivaretas ved at tjenesteytere, den hjelpetrengende og eventuelt pårørende sammen blir enige om premissene for den hjelp som skal ytes. Pleie og omsorg som ytes i pasientens hjem innebærer andre krav og utfordringer enn når pasienten er på institusjon». Det er her også grunn til å merke seg en uttalelse av Marie Aakre (2): «Objektivisering av mennesker og standardisering av tjenester øker manges lidelser».

Jeg er fullt og helt på linje med Meland i hans innledende beskrivelse av

helse- og omsorgsfagenes kliniske hverdag. Og dette gjelder i særdeleshet geriatri. La meg i denne sammenheng sitere følgende sentrale avsnitt i kronikken: «Det ligger i disse fagenes natur å arbeide i et spenningsfelt mellom teknikk og prosedyrer på den ene siden og eksistensielle utfordringer på den annen side. I slike fag er det derfor nødvendig å utvikle sensitivitet og refleksjon om hvordan vi kan begå feil både ved overdreven tro på prosedyrer, men også ved å unnlate å anvende teknikk og prosedyrer der det er berettiget».

Som botemiddel mot «henvisning på automatikk til utredninger og tester uten bevissthet om at vi samtidig gjør noe med medmenneskers selvforståelse og identitetsfølelse» ser forfatteren for seg at ærefrykten for vår nestes integritet vil styrkes ved å «rehabiliterer «det hellige» og respekten for det hellige». Meland ser imidlertid «faren for at en slik ærefrykt utvikles til et dogme med et tabuisert forhold til utredninger og behandlinger. For å unngå dette forsøker forfatteren på flere steder å avmystifisere begrepet «det hellige». Jeg synes han bare delvis klarer det og svekker sin troverdighet særlig ved passasjen: «Det opprørende i historien over er fra et sekulært ståsted bruddet på integritetens grenser, men i mitt perspektiv er det også et hellighetsbrudd ved at det krenker kvinnens mulighet for spontan mestring av sin hverdag, og vanskeliggjør livets evne til spontane helbredskrefter. Det vanskeliggjør livets evne til spontane «åpenbaringer» som gir oss mestrings-evne på måter som vi ikke kan planlegge eller tvinge frem med vår rasjonalitet».

Personlig er jeg åpen for Det hellige i menneskers liv. Men jeg kan ikke se at det er en allmenngyldig forutsetning å implementere eller betinge det hellige for utøvelse av ens medisin og omsorg med en høyverdig moral som ivaretar individets autonomi og integritet.

Melands analyse av dagens terapeutiske kultur er interessant med kjente begreper som «helse erstatter frelse» og med behov for en terapeutisk ekspertise som med sin medikalisering sykkeliggjør individet og skaper en selvforsterkende prosess. Som eksempel nevnes at «i alders- og sykehjemsmedisinen og i omsorg for eldre vet vi at

raske og effektive tjenester lett fører til utarming av selvomsorgsevnen. Rehabiliterende og mestringsfremmende innsats er ofte mer ressurskrevende også ved at det krever en omstilling i måten å gi omsorg på». Dette er faktaopplysninger som vi i geriatrien er fullt klar over og arbeider aktivt for å motvirke. Men har dette noe med fravær av det hellige i medisinen å gjøre, slik forfatteren synes å mene?

Artikkelforfatteren presenterer så en interessant «mannjevning» mellom humanistene og de troende med hensyn til utviklingen av dagens terapeutiske kultur og proklamerer et felles ansvar «for å finne frem til en dialog og en felles forståelse der tilhørigheten og det spontane i hellighetsdimensjonen aksepteres som grunnleggende i den måten vi forstår livet på». Han mener å få bekreftelse på en pågående utvikling i denne retning ved å vise til at allmennreligiøse strømninger er på veg vei inn i fagene våre og i yrkesutfoldelsen. Meland presenterer her viktige terapeutiske prinsipper, men virker ikke overbevisende i sin argumentasjon.

Avslutningsvis understreker Meland at kronikken «ikke er noen oppfordring til å bruke helsevesenet som arena for å fremme terapeuters livssynsmessige og ideologiske preferanser». Men «vi mangler forståelse av at moral og hellighet er deler av spenningsfylte og komplementære motsetningsforhold». Hans avsluttende oppfordring er at «vi må gjenoppdage betydningen av «komplementaritet» (for eksempel Taoismens «Yin og Yang») som viktig beskyttelse mot dogmatisk tilstivning og fundamentalisme». Jeg er redd for at dette er lite overførbar kunnskap og holdning til en norsk omsorgssituasjon.

Melands kronikk er vel verdt å arbeide seg igjennom for alle med virke i medisin og omsorgsarbeid. Imidlertid tror jeg tittelen gjør at mange dessverre lar være å lese den. Og skulle de som i kronikken får betegnelsen humanist eller sekulær person lese den, er jeg redd for at de lett kan få opplevelsen av å være diskvalifisert til omsorgsyrkene. Det ville i så fall jeg, som kaller meg kristen, være sterkt uenig i at de er. Men også de kristne «får sitt pass påskrevet»: «Det er nemlig ikke bare overmotet i den seku-

lære humanisme som har ført oss inn i den terapeutiske kultur, men også de pietistiske strømningene i kristentroen». Det er en sterk påstand.

La meg avslutte med et sitat fra Marie Aakre (3): «Helse- og omsorgstjenestens oppdrag er kontinuerlig å fremme det gode, det rette og det rettferdige for dem som trenger det aller mest, mennesker med lite makt og truet verdighet». Jeg er overbevisst om Melands gode intensjoner i en slik sammenheng, men stiller meg altså spørrende til hans tanker og anbefalinger til forbedring av den «ukultur» som dessverre for ofte påvises i yrkesutøvelse innenfor helsefagene.

■ oddroes@gmail.com

REFERANSER

1. Bondevik, M. Sykepleie til eldre – grunnleggende prinsipper. Tverrfaglig geriatri. En innføring. Fagbokforlaget. Bergen, 2012.
2. Aakre, M. Makt og verdighet i eldreomsorgen. Tverrfaglig geriatri. En innføring. Fagbokforlaget. Bergen, 2012.
3. Aakre, M. Makt og verdighet i eldreomsorgen. Tverrfaglig geriatri. En innføring. Fagbokforlaget. Bergen, 2012.

Bente Wallander (tekst og foto)

Jonas Gahr Støre om demens:

– Vi må våge samtalene og styrke innsatsen



En undersøkelse viser at det fortsatt er for lite åpenhet og for mye skam knyttet til demens. Helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre oppfordret til åpenhet og økt innsats under lanseringen av Helsedirektoratets informasjonskampanje «Ta samtalen».

Hvordan skal man gå frem dersom en mistenker at en av sine nærmeste har utviklet demens? Hva skal en si, og hvor kan man eventuelt søke hjelp? Helsedirektoratet har i vår kjørt kampanjen «Ta samtalen», for å nå personer med begynnende demens og deres pårørende. Målet har vært at man skal våge å snakke sammen om demens, og at man ved mistanke om demenssykdom oppsøker fastlegen for utredning og diagnostisering så tidlig som mulig.

– På den måten kan flere planlegge og legge til rette for gode dager, også med demens. Det er ikke tvil om at demenssykdommene i stor grad endrer livene til både den som er syk og deres pårørende. Med tidlig utredning blir det lettere å forholde seg til symptomene. Tidlig utredning er også viktig for å utelukke andre sykdommer, understreket helsedirektør Bjørn Guldvog.

Fortsatt tabubelagt

Helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre viste i sin tale til en undersøkelse som Opinion Perduco har gjort for Helsedirektoratet.

– Kartleggingen sier at det fortsatt er for lite åpenhet og for mye skam knyttet til demens. Pasienter og pårørende kommer for sent i kontakt med helsetjenesten og får informasjon og hjelp for sent. Vi må derfor lette på sløret rundt temaet demens. Med åpenhet kan flere takle sykdommen på best mulig måte. Vi må også gi akt på de pårørende og den innsats de yter. En sykdom som demens har et stort nedslagsfelt, sa Jonas Gahr Støre.

Han roste samtidig de frivillige for det arbeidet som gjøres, og anerkjente spesielt sitt vertskap for anledningen; Nasjonalforeningen for folkehelsen, for deres bidrag til større bredde i demensomsorgen.

Avventer lokale initiativ

– Ønsket om tidlig diagnose er vel og bra, men i dag finnes det ingen planer når det gjelder spesialisthelsetjenestens rolle i demenssatsingen. Det finnes ingen krav til bemanning av en hukommelsesklinikk og det sies ikke noe om hvilke pasienter klinikkene skal ta imot, med mer. Har regjeringen noen ideer om hvordan dette bør være?

TREGE KOMMUNER: – Vi jobber med å utvikle antall dagaktivitetstilbud. Kommunene har rett nok vært litt trege i starten, men det kommer seg nå, mente helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre.

– Veldig mange sykehus har etablert den type tilbud, og til nå har tanken vært at de gjør det etter lokale behov og forhold, det kan jo variere veldig. Sam-



MÅ UTREDES: Helsedirektør Bjørn Guldvog understreket viktigheten av tidlig utredning og behandling.

arbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten som vi ønsket å styrke gjennom samhandlingsreformen, er nå i bevegelse. Men jeg vil ikke utelukke at



STERK HISTORIE: Turi Wang Ljungquist fortalte om sine erfaringer som pårørende til en mann med demens.

det, når vi får et mer avklart forhold mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, vil være naturlig å komme med litt mer detaljerte retningslinjer for hvordan de tilbudene skal se ut. Men jeg tror at man skal legge vekt på det lokale, og sykehusenes egen utvikling av disse tilbudene.

Langt frem til lovfestet rettighet?

– For personer som får en demensdiagnose er dagaktiviteter et ønsket og viktig tilbud, både av hensyn til personen selv og de pårørende. Dagaktiviteter ivaretar og stimulerer den friske delen av hjernen og bidrar til økt livskvalitet. Aktivitetene kan også bidra til utsatt innleggelse i sykehjem. Når vil Regjeringen gjøre dette til en pålagt tjeneste for kommunene?

– Det er jo vår visjon at det skal bli det, men vi har ingen dato. Det har vært en jobb å få kommunene til å utarbeide dagaktivitetstilbud og komme i gang med å benytte seg av den tilskuddsmuligheten som er der, så det har vi strevet med. Men vi opplever nå inn i 2013 at det begynner å bli en akselerasjon, at kommunene ser at dette er en mulighet de kan benytte seg av. Jeg vil ikke fastslå noen dato, men at vi kommer til å gå til det skrittet å lovfeste retten til dagaktivitetstilbud: Ja! Men vi må komme litt lengre i arbeidet først, svarte Jonas Gahr Støre.

Enhetlig tilnærming

– Sverige har vedtatt nasjonale retningslinjer for diagnostikk, utredning, omsorg og behandling av personer med demens og deres pårørende og i Danmark er liknende retningslinjer nå ute på høring. Vil Norge utarbeide tilsvarende?

– Jeg tror at det er et naturlig skritt å ta, fordi det å ha veileder og retningslinjer, sikrer, i hvert fall langt på vei, en mer enhetlig tilnærming rundt om i landet. Vi vil lytte til anbefalingen fra Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, som vil diskutere dette ut fra flere hensyn. Det er naturlig at det går i den retningen, vi må bare ta det i den rekkefølgen, avsluttet Jonas Gahr Støre.



DEMENS PÅ SCENEN: Charlotte Frogner, som har spilt rollen som demenssyk skuespiller i Det Norske Teatrets oppsetning «Evig ung», deltok i lanseringen av Helsedirektoratets kampanje «Ta samtalen».

Bente Wallander (tekst og foto)

Anbefaler nasjonale retningslinjer

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten gikk i april måned inn for å anbefale at det skal utarbeides nasjonale retningslinjer for utredning og diagnostikk av personer med demens. Rådet anbefaler også økt innsats på demensforskning.

Det var fag- og forskningssjef Knut Engedal ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse som i 2012 fremmet forslag til utarbeidelse av slike retningslinjer. Rådet besvarte Engedals henvendelse med følgende vedtak:

«Tjenester til personer med demens og deres pårørende er den mest omfattende omsorgstjenesten norske kommuner har ansvaret for, og det er av stor betydning at arbeidet med å sikre god kvalitet i disse tjenestene forankres og forsterkes i kommunene. Det er også behov for å tydeliggjøre oppgaveansvarsfordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten mener at det er behov for å videreutvikle kvalitet og likeverdige tilbud innenfor områdene forebygging, utredning, diagnostikk, behandling og tjenester til personer med demens. Ulike faglige normerende dokumenter kan være egnet for de ulike delene av fagområdet. Rådet anbefaler derfor at Helse- og omsorgsdepartementet i nært samarbeid med berørte parter utarbeider en kombinasjon av helhetlige nasjonale faglige retningslinjer og andre virkemidler for dette området. Det er behov for å styrke forskningen på området.»

Grundig undersøkt

I saksfremlegget til Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten blir det blant annet vist til Statens helsetilsyns fireårige satsing (2009-12) på tilsyn med tjenester til eldre. Tilsynet hadde innenfor demensområdet rettet seg spesielt mot kommunens hjemmetjeneste og fastleger. Målgruppen for tilsynet var hjemmeboende eldre med vedtak om helse- og

sosialtjenester. Man ville undersøke kommunenes tiltak for å sikre at:

- ♦ brukere med en mulig demenssykdom ble identifisert og fulgt opp
- ♦ det ble tilrettelagt for og ivarettatt nødvendig samarbeid med fastlegene ved utredning og oppfølging av brukere med demenssykdom
- ♦ individuell tilrettelegging, brukermedvirkning og kontinuitet ved tjenesteytelsen ble ivarettatt
- ♦ endrede behov for tjenester til eldre med demenssykdom ble identifisert og fulgt opp.

Nedslående funn

«Funn som ofte gikk igjen», sies det, «var at kjent og innarbeidet praksis på området var mangelfull, at det var uklare ansvarsforhold og mangelfull opplæring og organisering, samt at dokumentasjonen var mangelfull og spredd på ulike steder. Vurdering av risiko og læring av egne feil ble forsømt, og samarbeidet med fastleger var lite strukturert.»

Helsetilsynet oppsummerte svakhetene i tjenestene slik: «Innenfor alle tilsynstemaene er det gjort funn som har vist at mange kommuner til dels har en betydelig vei å gå når det gjelder å sørge for tydelig ansvars- og oppgavefordeling, nok personell med rett kompetanse til å utføre oppgavene, nødvendige føringer for hvordan oppgavene skal gjennomføres, tilstrekkelig opplæring og gode systemer for dokumentasjon, muligheter for å melde fra når noe går galt og hjelp til å forebygge at dette gjentar seg. Dette er nødvendig for å sikre at skrøpelige eldre med til dels omfattende behov for medisinsk behandling og omsorg, får den hjelpen de har behov for og rettmessig krav på.»

NATURLIG SKRITT: – Jeg tror at nasjonale retningslinjer er et naturlig skritt å ta, sa helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre. To uker senere gikk Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten inn for det samme.





Elin H. Aarø Strandli, prosjektleder,
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse



” Ja, jeg synes jo ikke det er nødvendig å overnatte der borte, hvis jeg skal si det helt ærlig da. Jeg synes det er allright å komme og gå. Komme om morran og dra igjen om ettermiddagen. Men det gjør meg ikke noe heller å overnatte der borte. Det er allright det. Det er ja, landlige omgivelser og sånn.

Ja da, det er greit, men det er dette med at borte bra, men hjemme best naturligvis, når det gjelder å sove og sånn. ”

Borte bra, men hjemme best!

Erfaringer fra prosjekt «Gårdstreff med overnatting»

Hva er Inn på tunet:

- ♦ Inn på tunet er tilrettelagte og kvalitetssikrede tjenester på gårdsbruk. Tjenesten skal gi mestring, utvikling og trivsel.
- ♦ Gårdsbruk er en eiendom som benyttes til jord-, skog-, eller hagebruk. Aktivitetene i tjenestetilbudet er knyttet opp til gården, livet og arbeidet der og tilpasset ulike målgrupper.
- ♦ Gårdsbruker og kommunen inngår forpliktende samarbeid om tilbudet. Eksempler på brukergrupper er skoleelever, personer med funksjonshemninger, personer med behov for arbeidstrening og personer med demens.

Mer informasjon om Inn på tunet finner du her:
<http://matmerk.no/inn-pa-tunet/>

Ved utgangen av 2011 avsluttet Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (NKAH) et treårig prosjekt *Gårdstreff med overnatting*. Bakgrunnen for prosjektet var å møte behovet for avlastning for pårørende til hjemmeboende personer med demens, med å utvikle alternative avlastningsplasser.

Et alternativ til tradisjonell avlastning på sykehjem

Et dagaktivitetstilbud er som oftest gitt etter vedtak ut fra brukers behov, men kan også være begrunnet i pårørendes behov for avlastning. Tradisjonelt skjer avlastning på døgnbasis i sykehjem (1). Slike avlastningsopphold har som regel en varighet på én til fire uker. Dette kan være et godt tilbud for personer med demens som har behov for et høyere omsorgsnivå, og som er på vei til å bli institusjonstrengende. For personer som er i en tidlig til moderat fase av sykdomsutviklingen kan tilbud i sykehjem være lite tilfredsstillende fordi det oppleves å være preget av pasienter som er sikere og mer skrøpelige enn dem selv.

Avlastningstiltak gis for å forebygge stress og sykdomsutvikling hos pårørende (2). Mangel på tilrettelagte tilbud kan muligens medvirke til at mange pårørende

kvier seg for å gi fra seg omsorgsansvaret til hjelpeapparatet. Mange pårørende venter for lenge med å nyttiggjøre seg av dagaktivitetstilbud, enten fordi de ikke vil sende sine kjære fra seg eller at vedkommende selv ikke vil (3). Dersom tilbudet tilrettelegges ut fra brukerens eget funksjonsnivå, behov og interesser, kan dette gjøres så fleksibelt at pårørende og personen selv ønsker å benytte tilbudet tidligere i sykdomsforløpet.

Presentasjon av prosjektet

Prosjektet ble finansiert av Innovasjon Norge og NKAH, og er en videreutvikling av *Inn på tunet* dagaktivitetstilbud (4) til døgntilbud tilrettelagt for hjemmeboende personer med demens og deres pårørende. Døgntilbud gjelder i denne sammenhengen etablering av overnattingsmuligheter på en gård, der det allerede eksisterer et dagaktivitetstilbud. Gårdsbruker har driftsavtale med kommunen, og kommunen er ansvarlig for å sikre kvaliteten på tilbudet. Tilbudet er beregnet på hjemmeboende personer med demens som er brukere på det samme dagaktivitetstilbudet, og derfor er godt kjent med omgivelsene. Brukerne tilbys enerom med tilgjengelig bad/dusj og toalett.

Rekruttering av kommuner

Arbeidet med å rekruttere kommuner ble gjort i samarbeid med fylkesmanns-embetene ved skriftlig informasjon og møtevirksomhet i flere fylker. Samarbeidet mellom Fylkesmannen og NKAH har vært til stor nytte i markedsføring av prosjektet på nasjonalt nivå til kommuner som hadde etablert eller ønsket å etablere dagaktivitetstilbud. I tidsrommet 2007 til 2010 har det vært samarbeidet med de fleste fylkesmenn om rekruttering av kommuner. Totalt har det vært kontakt med 34 kommuner. I tillegg kommer kontakt med gårdbrukere som ønsket tilbud, men som ikke hadde driftsavtale med kommunen.

Det var i rekrutteringsperioden til prosjektet (2007-2009) fem etablerte dagaktivitetstilbud innen *Inn på tunet*. Nasjonal kartlegging av kommunenes tilbud til personer med demens utført i 2010, viste at antall *Inn på tunet*-dagaktivitetstilbud hadde økt fra fem i 2007 til 26 ved årsskiftet 2010-2011 (5).

Drift av dagaktivitetstilbud var en forutsetning for prosjektdeltagelse, i tillegg til administrativ og politisk forankring. Noen kommuner har hatt nok med å etablere dagaktivitetstilbud før de har innsett muligheten til å satse på videreutvikling til døgntilbud.

Kommuner som i utgangspunktet ønsket å delta oppgav følgende årsaker til at de trakk seg fra prosjektet:

- ◆ Kommunens økonomiske situasjon
- ◆ Gårdbrukeren kunne ikke ut fra hjemmesituasjonen tilrettelegge for døgntilbud på ønsket tidspunkt
- ◆ Utfordringer med å rekruttere brukere til dagaktivitetstilbudet
- ◆ Pårørende til brukere og brukere av dagaktivitetstilbudet hadde ikke behov for avlastning/tilbud på døgnbasis
- ◆ Press på annet utviklingsarbeid i kommunen.

Horten kommune i Vestfold har som eneste kommune, deltatt i prosjektet. Tilbudet ble tilrettelagt på Freberg gård. Gårdbruker var i prosjektperioden ansatt i kommunen som daglig leder av døgntilbudet (dagaktivitets- og overnattingstilbudet). Døgntilbudet var en del av den kommunale omsorgskjeden til hjemmeboende personer med demens og deres pårørende. Det var kun brukere av dagaktivitetstilbudet som fikk tilbud om helgeopphold.

Innsamling av data

Det ble samlet inn data om kommunens kriterier for kvalitetssikring og om driften av tilbudet. Ved prosjektstart ble det innhentet demografiske data, bakgrunnsdata, demensdiagnose og data om brukers funksjonsnivå. Bakgrunns-

og demografiske data ble innhentet fra pårørende.

Ved prosjektets slutt ble det foretatt intervju av tre brukere og fire pårørende om opplevelser av og erfaring med døgntilbudet. Intervju ble gjennomført i eget hjem, og brukere ble intervjuet dagen etter deltagelse på overnattingstilbudet.

Noen erfaringer

Gårdstreff med overnatting var, i prosjektperioden, administrativt underlagt Indre Havn sykehjem. Faglig ansvarlig for driften var enhetsleder ved sykehjemmet, som også var budsjett- og personalansvarlig for tilbudet. Kommunen mente at den organisatoriske tilknytningen hadde stor betydning ved oppfølging av bruker og eventuell flytting til et høyere omsorgsnivå senere i sykdomsforløpet.

Demenskoordinator i kommunen hadde en sentral rolle i prosjektsamarbeidet med NKAH og var tilknyttet både hjemmesykepleien og Indre Havn sykehjem. Demenskoordinators funksjon ble vurdert å være nyttig i forhold til å rekruttere brukere til dagaktivitetstilbudet og dermed indirekte til døgntilbudet.

Inntakskriteriene var at brukerne skulle ha en demensdiagnose, være i en tidlig fase av sykdomsutviklingen, og de måtte kunne gå selv, også i trapper. Når bruker ble for dårlig fungerende til å

BAKGRUNN

Nye muligheter ved bruk av nye arenaer

I 2000 arrangerte Fylkesmannen i Vestfold, landbruksavdelingen og Nasjonalt senter for Natur-Kultur-Helse (NaKuHel) en to dagers konferanse med tema «Hvordan kan landbrukets mangfold være en ressurs i eldreomsorgen?»

Da hadde *Inn på tunet* (Grønn omsorg) allerede i flere år hatt tilrettelagt arbeidstilbud for personer med psykiske lidelser. Erfaringene var så positive at både Horten kommune, som da

jobbet med «Tiltakskjede for demente», og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse så en mulighet til også tenke *Inn på tunet* innen eldreomsorgen.

Fra før var en av utfordringene å finne meningsfylte aktiviteter som også fristet menn i en tidlig fase av sykdommen. For mange av dem var terskelen for å ta imot et aktivitetstilbud på et sykehjem for høy. De opplevde seg selv som ikke «så» syke og

for mange var det for stillesittende og håndarbeidspregede aktiviteter.

I 2001 fikk Horten kommune utredning og tilretteleggingsmidler (BUMidler) fra Fylkesmannen i Vestfold til å utvikle og etablere et dagtilbud for yngre eldre personer med demens i en tidlig fase.

I 2002 fikk Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse prosjektmidler fra Innovasjon Norge for å utarbeide modeller for samarbeid mellom

være på Freberg gård, samarbeidet gårdbruker med demenskoordinator, institusjonstjenesten og hjemmesykepleie for å sikre en god overgang til et høyere omsorgsnivå.

Gårdbruker/daglig leder, som var utdannet omsorgsarbeider, samarbeidet med demenskoordinator om å legge til rette for fire overnattingshelger høsten 2011. Hensikten med overnattingstilbudet var å legge forholdene til rette for mestringsopplevelser, trivsel og stimulering. Dagsrytmen på dagaktivitetstilbudet ble videreført til døgntilbudet. Måltider ble spesielt vektlagt, hvor opplevelsen av å være inkludert i storfamilien var en aktivitet. Andre aktiviteter kunne være spaserturer, kjøreturer, deltagelse på underholdningskvelder i regi av sykehjemmet, spill, lesing og musikk. Tilbudet ga mulighet for observasjon av brukers evne til ivaretagelse av hygiene og observasjon av atferd og søvnrytme.

Fire brukere deltok på to overnattingshelger hver. Brukerne var i tidlig til moderat fase av sykdomsutviklingen. Hjemmebaserte tjenester bistod ved behov for sykepleietjenester. Ved akutte, uforutsette hendelser skulle gårdbruker kontakte vakthavende sykepleier ved Indre Havn sykehjem. Demenskoordinator, med ansvar for veiledning, var regelmessig til stede på tilbudet. Det ble gitt tre til fire timer veiledning per måned. I tillegg var gårdbruker på faste samarbeidsmøter hver måned med ansatte på

dagsenter i institusjonen. Overnattings-tilbudet var åpent for brukere fra fredag kl. 16.00 til søndag kl. 16.00. Ansatte startet arbeidet kl. 15.00 på fredag og avsluttet kl. 16.00 på søndag. Døgnet var delt opp i følgende vaktordning: Dag fra kl. 08.00 til 16.00, kveld fra kl. 16.00 til 23.00, og hvilende nattevakt fra kl. 23.00 til kl. 08.00.

Etter at de pårørende hadde søkt om avlastning tok de ansatte, i samarbeid med demenskoordinator, beslutning om hvilke brukere som skulle få hvilke helger. I prosjektperioden har det vært de samme fire brukerne som har fått to overnattingshelger hver.

Brukers opplevelse av overnattingstilbudet

Alle brukerne sa at de trivdes med tilbudet og at dette i høy grad var knyttet til det sosiale livet og de personene som var til stede. Kontakten med familien på gården, ikke minst deres to barn, var en viktig del av dette. Alle brukerne sa at de kunne tenke seg å anbefale til andre å overnatte på gården.

Jeg gikk til sengs og sovna momentant, sov hele natta. Det samme har jeg gjort to ganger, og det er så deilig altså. Jeg synes det var veldig fint. Det var laga til et sånt lite hus kan du si som dem brukte bare til dette å sove. Det fikk jeg lov til å bruke, så der har jeg bodd nå i disse dagene.

Det er jo andre som kan bruke det da, men det var veldig fint å ligge der å sove.

Senga er god å ligge i!

Det kom frem at brukerne ønsket seg flere aktivitetsmuligheter. Dette var spesielt i forhold til fysisk utfoldelse. Spesielt ble nevnt arbeid med ved og annen form for «styrketrening».

Pårørendes erfaring med overnattingstilbudet

Pårørende var først og fremst opptatt av kommunikasjon og informasjon mellom hjem og tilbud, egen opplevelse av avlastning, og brukers aktivitetsmuligheter.

Følelsen av at det var trygt å gi fra seg omsorgsansvaret var en viktig forutsetning for at de opplevde tilbudet som avlastende. Alle pårørende hadde et tydelig engasjement i hvordan bruker hadde det og hvordan tilbudet fungerte. Temaet aktivitet var gjennomgående hos alle informantene. Pårørende foreslo mer turgåing uansett vær- og føreforhold, og treningsgruppe for å opprettholde eller forbedre fysisk funksjonsevne. Videre mente de at det burde legges til rette for flere aktiviteter ut fra den enkeltes interesser. De ønsket at bruker skulle ha gode opplevelser og bruke seg selv ut fra de ressursene den enkelte hadde.

Noen pårørende opplevde helgeavlastningen som en mulighet for alenetid

landbruk og pleie- og omsorgssektoren, utvikle veiledningsmateriell og publisere erfaringene. Fem kommuner i fem fylker var med i prosjektet. Prosjektleder var Elin H. Aarø Strandli og resultatene er publisert i rapporten «Den beste dagen på mange år... Dagtilbud for personer med demens i Grønn omsorg».

I *Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2010-2011* (Arnfinn Eek og Øyvind Kirkevold) viser

det at det i 2011 var 26 dagtilbud innen *Inn på tunet* (Grønn omsorg)

Suksesskriterier

Personlig egnethet hos gårdbruker er svært viktig. At gårdbruker «ser» hver enkelt som kommer på gården, evner å utnytte gårdens mangfold av aktiviteter knyttet til årstider og høytider. Og ikke minst bruker skog og utmark til turer og fysisk trening.

I tillegg er det viktig at tilbudet er godt forankret både i politisk ledelse og i administrasjon. Slik at det er tydelig hvem som har ansvar for hva og ikke sammenblanding av roller. Dette må formuleres i en skriftlig samarbeidssavtale mellom gårdbruker og kommune.

og påfyll. Tilbudet ga pårørende mer frihet til å gjøre ting for seg selv. En av de pårørende beskrev alenetiden som en oppvekker – «det rusker litt opp i meg» og det ble trukket frem at tilbudet ga muligheten til å kjenne på egne behov. Tilbudet gjorde det mulig å planlegge og gjennomføre besøk til familie og venner.

Det kom frem at det i enkelte tilfeller ikke var aktuelt for pårørende å be andre familiemedlemmer om hjelp og avlastning. Især var det utelukket å spørre egne barn som hadde omsorgsoppgaver på døgnbasis. Pårørende mente at dette ville ha den stikk motsatte effekten. Dette fordi disse hadde andre omsorgsoppgaver og i tillegg var i arbeid. Positive faktorer for at opplevelsen av avlastning ble reell, var at tilbudet var kommunalt, med ansatte som fikk betalt for arbeidet, og at bruker og pårørende var trygge på tilbudet. Tilbakemeldinger fra pårørende viste at deres opplevelse og nytte av avlastningen var nært knyttet til brukers opplevelse av trygghet ved å være der.

Det å ha omsorg for en person med demens kan gi lite rom for fellesskap og impulser utenfra. Tilbudet *Gårdstreff* var for noen av de pårørende en arena for kontakt med andre pårørende. De fleste pårørende mente at det å ha ansvaret for transporten til og fra overnattingstilbudet var uproblematisk. Flere mente at kjøring til og fra ga en god mulighet til å bli nærmere kjent med tilbudet. Kaffe- og treff ved kjøring og henting i forbindelse med helgeovernatting ble trukket frem som positivt. Tiden ved henting var betydningsfull for formidling av opplevelser og aktiviteter gjennom helgen mellom ansatte, brukere og pårørende. I de situasjonene der dette møtet ikke fant sted, sa pårørende at de savnet det. En bedre informasjonsflyt om helgens program mellom hjem og tilbudet ble etterlyst. Noen skrevne linjer om aktiviteter, hva som hadde vært på menyen, navn på personer som hadde vært endel av

tilbudet og liknende kunne vært et «verktøy» som pårørende kan bruke for å hjelpe personen med demens til å huske. Der denne informasjonen uteble var skeliggjorde dette kommunikasjonen i hjemmet som igjen var gjenstand for irritasjon hos både bruker og pårørende.

Erfaringer så langt viste at det var viktig med en forsiktig tilnærming slik at brukeren fikk en gradvis tilvenning til tanken om å være borte fra hjemmet om natta. Demenskoordinatoren deltok i samtaler underveis sammen med bruker og pårørende i denne tilvenningsprosessen. Dette ble evaluert som positivt. Det var ektepar som fortalte om en gjensidig avhengighet i relasjonen og med et klart ønske om å ha hverandre når kvelden kom. Det var uvant å skille lag etter mange år med netter, side om side.

Det var pårørende som uttrykte tilfredshet med denne type tilbud fremfor et tilbud på institusjon. I intervju med pårørende kom det frem at *Inn på tunet*-tilbudet tilrettela for en mer personsentrert tilnærming enn det sykehjemmet hadde mulighet for å gi. Det ble uttrykt bekymring ved kommunens utfordrende økonomiske situasjon som kunne føre til at tilbudet ikke ble etablert permanent etter endt prosjektperiode. Det ble også uttrykt ønske om større fleksibilitet i åpningstiden. Ett eksempel var å hente på et senere klokkeslett grunnet utfordring med sprik i tid mellom helgetilbudets stengtids og pårørendes ankomst fra weekendopphold.

Der pårørende opplevde stor grad av omsorgsbelastning var ikke dette tilbudet tilstrekkelig til å dekke behovet for avlastning. Utfordringen var i løpet av en helg å omstille seg mentalt fra omsorgsoppgaven til å bare ha fokus på seg selv og sine behov.

Konklusjon

Mye tyder på at det er behov for å etablere flere typer avlastningsmuligheter i demensomsorgen. Disse skal kunne tilby noe annet enn tradisjonelle avlast-

ningsopphold i sykehjem, med individuelt tilpassede aktiviteter, og være en aktiv sosial møteplass for brukere med demensdiagnose og som er i tidlig til moderat fase av sykdomsutviklingen. Samtidig skal det være avlastning for pårørende over et tidsrom på for eksempel ett til tre døgn. En av suksessfaktorene for å lykkes kan være at denne type tilbud tilrettelegges i naturlige omgivelser, vekk fra institusjonsomsorgen.

Gårdstreff med overnatting er en modell som er forsøkt i Horten kommune, og som har gitt mange verdifulle erfaringer. Kommunen drifter tilbudet som et prosjekt i samarbeid med Fylkesmannen i Vestfold og NKAH ut 2013.

Det er ønskelig å videreføre prosjektet *Gårdstreff med overnatting* for å innhente erfaringer fra flere kommuner og landsdeler. Derfor er NKAH interessert i å komme i kontakt med kommuner som ønsker deltakelse. Grunnlaget for å rekruttere kommuner til et nasjonalt prosjekt er større i dag enn i 2009. Interesserte kan ta kontakt med undertegnede.

■ elin.strandli@aldringoghelse.no

REFERANSER

1. Westerberg TH. (red) Gode tilbud i demensomsorgen – demensteam, dagsenter og pårørendeskoler. Kartlegging 2007. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse, 2009.
2. Zarit SH. Respite Services for Caregivers. Issue brief prepared for the U.S. Administration on Aging, 2001.
3. Ulstein ID. Familien til personer med demens. Omsorg 2008; 25 (1): 29-33.
4. Strandli E H Aa. Den beste dagen på mange år..., dagtilbud for personer med demens i Grønn omsorg. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse, 2007.
5. Eek A, Kirkevold Ø. Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens, 2010-2011, Demensplan 2015, Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse, 2011.



Liv Bakka, ergoterapeut med videreutdanning i aldersdemens, Nøtterøy kommune
 Kjerstin Bjonnes, sykepleier med master i helsefremmende arbeid, Nøtterøy kommune
 Lisbeth Haugan, rådgiver, Fylkesmannen i Vestfold, Landbruksavdelingen
 Anne Britt Kjeldsberg, leder LIFT-avdeling, Nøtterøy kommune. Tidligere institusjonsleder ved Bjonnesåsen bo- og behandlingssenter, Nøtterøy kommune
 Elin H. Aarø Strandli, prosjektleder, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse



Ut av institusjonen – Inn på tunet

Bedre søvn, mindre vandring og bruk av antidepressiva var noen av effektene som ble observert etter at sykehjemsbeboere og hjemmeboende personer med demens i omsorgsbolig fikk delta i aktivitetstilbudet Inn på tunet. Deltakernes funksjonsevne ble målt over tid, 1,5 til 2 år, og ble funnet å være uforandret eller noe bedret.

Prosjektet *Ut av institusjon – Inn på tunet* (2007-2010) var et samarbeidsprosjekt mellom Fylkesmannen i Vestfold, Støyten gård og Nøtterøy kommune. Målgruppen for prosjektet var sykehjemsbeboere og personer med demens i omsorgsbolig. Inntakskriteriene var at deltakerne skulle ha symptomer på atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD). Målet med prosjektet var å evaluere om beboere med APSD kunne få en bedre hverdag med tilbud på et gårdsbruk. Denne artikkelen presenterer erfaringer fra prosjektet som ble innhentet på dagaktivitetstilbudet på Støyten gård, Bjonnesåsen bo- og behandlingssenter og Bjonnes-toppen omsorgsbolig.

Bakgrunn

I Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006), *Mestring, mulighet og mening* (1) annonseres en helhetlig demensplan som strekker seg frem mot 2015. Planen nevner spesielt kultur, aktivitet og trivsel som sentrale og grunnleggende elementer. Det nevnes at kommunale omsorgstjenester kommer til kort i forhold til det sosiale og kulturelle området, og at dette spesielt gjelder i sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger.

Forskrift til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2) er å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at det bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom.

Demensplan 2015 – Den gode dagen etterlyser behovet for å utvikle organisering og tilrettelegging av tjenester (3). Det kan være begrenset med muligheter for beboere i institusjon til å få dekket egne behov i forhold til aktivitet og fysisk utfoldelse i et institusjonsmiljø. Knapphet på bemanning, institusjonens arkitektoniske utforming, og en omsorgskultur hvor fokus på sykdom er mer dominerende enn fokus på ressurser, trivsel og deltakelse i egen hverdag, kan være mulige årsaksfaktorer.

Nøtterøy kommune hadde ikke erfaring med *Inn på tunet*-tilbud tilrettelagt for brukere av helse- og omsorgssektoren før prosjektstart. Litteratursøk nasjonalt og internasjonalt viste ingen studier med systematisk datainnsamling på personnivå, slik vi ville gjøre i forhold til målgruppen for dette prosjektet.

Bjonnesåsen bo- og behandlingssenter innførte begrepet KADL som en forkortelse for «kulturelle aktiviteter i dagliglivet». Bakgrunnen var ønsket om å utvikle ikke-medikamentelle tilnærmings-



AKTIVE DAGER: Kaninstell på Vittersø gård.
(Foto: Fylkesmannen i Vestfold)

måter og behandling for personer med demens i skjermet enhet. Dette ble starten på prosjektet i Nøtterøy kommune.

I løpet av prosjektperioden (2009) ble det etablert kontakt med en mastergradsstudent ved høyskolen i Vestfold, Master i helsefremmende arbeid. Formålet med studiet var å få kunnskap om brukernes livskvalitet i et «her og nå» perspektiv (4). Dette ble gjort ved å utforske brukernes affektive opplevelser under aktivitet. Studien presenteres i eget avsnitt og er uavhengig av de data som presenteres fra prosjektet.

Deltakere

Personer med demens og APSD

Bjønnesåsen bo- og behandlingssenter var i 2005 en nyrenovert institusjon med 24 sengeplasser fordelt på tre skjermede enheter for personer med demens. Bjønnesstoppen omsorgsbolig bestod av 10 leiligheter fordelt på to etasjer for personer med ulike diagnoser, og der flere hadde demens. Rekruttering av brukere var fra alle tre avdelinger på institusjon og i omsorgsbolig. Med bakgrunn i behov ble plassene fordelt på fire institusjonsbeboere og to hjemmeboende. I løpet av prosjektperioden har det vært 18 brukere innom tilbudet fra våren 2008 til utgangen av 2010.

Kriterier for å få plass var at bruker skulle ha en demensdiagnose og i tillegg ha symptomer på APSD. Symptomer kunne være apati, mild grad av aggresjon, døgnrytmeforstyrrelse, vandring, verbal og fysisk trakassering og eventuelt annen tegn på mistriksel. Bruker måtte ha evnen til å fungere sosialt i en liten gruppe og være i stand til å fungere i fellesaktiviteter som for eksempel måltider og busstransport. Det ble vektlagt fysisk funksjonsnivå hvor inklusjonskriteriet var å kunne gå i en kort trapp, delta på turgåing, bruke vanlig toalett, og gå inn og ut av buss. Eksklusjonskriterier var reduksjon i sosial og fysisk fungering, tydelig tegn på mistriksel og ingen positiv endring på atferd, behov for tettere oppfølging enn det tilbudet kunne tilrettelegge for.

Gårdsbruk

Støyten gård er et lite småbruk på 12 mål beliggende i landlige omgivelser og med variert turterreng. Gården ligger fire

km fra bo- og behandlingssenteret og omsorgsboligen, og hadde i prosjektperioden sauer, hest, kyr, høner, ender, hund og flere katter. Der var også en gammel frukthage med ulike muligheter til aktiviteter eller til bare å sitte på en krakk og slappe av. En låve lå inntil frukthagen, og var et sted for aktiviteter som stell av sauer og vedarbeid. Hovedhuset egnede seg godt til formålet, da det hadde en romslig gang med dør inn til et stort fellesrom med kjøkken. Fellesrommet hadde store vinduer med glassdør ut til veranda og frukthagen. Rommet var møblert med et stort bord som innbød til sosialt fellesskap, felles måltider, og ulike inneaktiviteter som baking, håndverksarbeid, spill og maling. Der var også en hvilestol og en sofa. Rommet var arkitektonisk utformet for god kontakt mellom brukere og ansatte.

Det var seks plasser der, tre dager per uke (mandag, onsdag, fredag). Tilbudet startet med felles transport fra institusjonen kl. 09:10 og avsluttet dagen kl. 14:00, med felles retur til institusjonen.

Gårdbruker var selvstendig næringsdrivende, og hadde sykepleiefaglig kompetanse.

Kommunen sto som ansvarlig for kvaliteten på tilbudet, og kjøpte tjenester av gårdbruker. Det ble utarbeidet en detaljert driftsavtale som ble evaluert en gang i året i prosjektperioden.

Økonomi

Prosjektet ble finansiert av Bygdeutviklingsmidler (BU) og Nøtterøy kommune. Budsjett for prosjektperioden 2008 – 2010 var kr. 2,7 mill. (1,5 fra NK og 1,2 fra BU-midler). Det inkluderte mat, kurs for gårdbruker, leie av gården, lønn til gårdbruker i 50 prosent stilling pluss assistent i 40 prosent stilling. Det er beregnet inn transportutgifter. Kommunens egen sjåfør henter og bringer.

Organisering og drift

Tilbudet var forankret administrativt og politisk i Nøtterøy kommune og var under ledelse av institusjonsleder ved Bjønnesåsen bo- og behandlingssenter. Det ble i prosjektperioden etablert samarbeid med tjenestekontoret som fattet vedtak om tilbud. Det var jevnlig møtevirksomhet mellom gårdbruker, institu-

sjonsleder og prosjektledelse, minst en gang per måned. Tema for møtene var evaluering av drift, brukernes funksjonsnivå, etiske problemstillinger og dataregistrering.

Dokumentasjon mellom gården og institusjon/omsorgsbolig var fra begynnelsen av prosjektet en utfordring. Ansatte som deltok på tilbudet den første tiden hadde ansvar for å dokumentere i kommunens journalsystem, Gerica, etter dagens slutt. Ulempen var at gårdbruker ikke hadde tilgang til nødvendig informasjon om den enkelte bruker. Møter med kommunens IT-avdeling i prosjektperioden om elektronisk rapportering i Gerica, førte ikke frem. Etter hvert ble rutinen at gårdbruker ga informasjon en gang pr uke til institusjonen. Vedkommende som mottok telefonen skrev inn et resymé i Gerica slik at det ble tilgjengelig for alle ansatte. Gårdbruker fikk derimot lite informasjon om dagsformen til brukerne, noe som kunne gjøre det vanskelig å planlegge dagen.

Bemanning av tilbudet

Bemanningen var i oppstartfasen i 2008 basert på at gårdbruker fungerte som daglig leder og en ansatt fra institusjonen som assistent. Bruk av ansatte resulterte i redusert bemanning på institusjonen. Etter en totalvurdering ble det i løpet av prosjektperioden innvilget økonomisk støtte til en 40 prosent stilling som fast assistent på gården. Gårdbruker hadde ansettelses- og arbeidsgiveransvar for assistenten. Ansettelse ble kvalitetssikret ved institusjonsleder og prosjektledelse.

Kartleggingsverktøy for datainnsamling

Prosjektet ble meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste ved prosjektstart og ble registrert som et utviklingsprosjekt innen kommunehelsetjenesten.

Observasjonsskjemaer som ble benyttet:

- ◆ Vurderingsskjemaet for eldre med mental svikt og demens (OBS-demens) i institusjon og omsorgsbolig
- ◆ Personlige aktiviteter i dagliglivet (P-ADL, Lawton & Brody) ble benyttet for registrering av deltakerens funksjonsnivå i institusjon og omsorgsbolig

- ◆ Brukernes aktiviteter på gården ble observert og notert individuelt etter utført aktivitet eller mot slutten av dagen av gårdbruker/assistent.

I forbindelse med masterstudien i helsefremmende arbeid ved høyskolen i Vestfold ble det utført Dementia Care Mapping (DCM) og Quality of Life in Late-Stage dementia (QUALID) på gården (4).

Hva viste datainnsamlingen?

I perioden har 18 brukere benyttet seg av tilbudet. I startfasen var det flere som ikke hadde nytte av å være på gården. Årsaken til dette var raskt fall i funksjonsnivå.

Det var seks deltakere hver dag. To brukere fra institusjon og en bruker fra omsorgsbolig var med i prosjektet i to til to og et halvt år, fra våren 2008 til utgangen av 2010. Det er erfaringene fra disse som presenteres i artikkelen. Det ble kartlagt funksjonsnivå, OBS-demens og P-ADL, på kun to av de tre brukerne. Dette var på de nevnte to institusjonsbeboerne.

Kartlegging av funksjonsnivå

Fra to brukere er det innhentet fem P-ADL-vurderinger. En av dem viste i tidsrommet november 2008 til juli 2010 forbedring i forhold til å spise ved egen hjelp og personlig hygiene, mens toalett, påkledning, fysisk bevegelse og bading var uforandret. Den andre viste i samme tidsrommet forbedring i evnen til å klare seg i badesituasjon, men nedgang i evnen til påkledning. Ellers var andre funksjoner uforandret fra november 2008 til juli 2010.

OBS-demens viste for begge brukerne en forbedring på evnen til å greie seg selv fra oppstart høsten 2008 til juli 2009. En av dem viste bedring eller uforandret på sosial fungering, oppfattelse og forståelse, språk og kommunikasjon, og orientering i nevnte tidsrom.

Presentasjon av funn fra mastergradstudiet

Kartleggingen utført av mastergradsstudenten presenterer data fra tre brukere som ble observert over tre dager sen vinteren 2010. Aktivitetene som foregikk disse dagene var først og fremst innendørs. Registreringene viste at brukerne daglig benyttet til sammen mer

enn 40 prosent av tiden i tilknytning til måltider og i underholdende aktiviteter (spill, lesing og hobbyaktiviteter). Arbeidslignende aktiviteter og aktiviteter som kun innebar samtale, utgjorde en betydelig del av tiden, men varierte i større grad. Brukerne skårte høyt på livskvalitet. Resultatene indikerer at det forekom mange gode opplevelser, da positive følelsesuttrykk, godt humør og betydelig engasjement dominerte under svært mange av aktivitetene. Personene kom selv med uttalelser som vitnet om gode opplevelser under deltakelse i dagtilbudets aktiviteter.

Et eksempel var ved en anledning hvor det ble spilt domino, og to av brukerne så ut til å finne glede i det sammen med assistenten. Den ene sa til den andre: *«Prøv å huske på det da, så kanskje vi kan sitte sånn i kveld også! Det var morsomt»*.

Disse to brukerne fant også en god tone over oppvaskbenken da de vasket opp etter frokost. De var observante overfor hverandre og tilpasset tempoet etter hverandre. Den ene vasket opp og den andre tørket. De hadde en god relasjon seg i mellom.

Å dekke på og av bordet var en fast rutine når de kom om morgenen. Da var de tydelig sultne. Noen gikk rett til kjøleskapet på eget initiativ og begynte å dekke på pålegg. Det var også fint å observere hvor oppmerksomme og høflige de var ved å sende ting til hverandre, og at den sosiale evnen var beholdt.

Hva var aktivitetene?

Å komme ut på gård fem timer per dag tre dager i uka bidro til at brukerne ble aktivisert og stimulert både fysisk, sosialt og mentalt. De hadde kontakt med dyr, nøt et godt måltid, deltok i enkle aktiviteter eller satt og observerte livet på gården. De kom i andre omgivelser og deltok på turer i skog og mark. Det var ingen krav om at de skulle delta aktivt i arbeidsoppgaver. Tilbudet var planlagt ut fra årstider og høytider og tok for seg gamle tradisjoner som kunne være gjenkjennbare for aldersgruppen. Brukerne benyttet en vesentlig del av tiden til å se i eller lese avisa, til kortspill, domino, til å strikke eller male deler til fuglekasser. Aktiviteter som turgåing, måltider og kjøkkenaktiviteter i forbind-

else med måltider, avislesing, og fjøsstell inngikk som faste rutiner på gården.

Brukerens aktivitetsnivå på gården ble rapportert som overraskende høyt sett i forhold til deres funksjonsnivå slik det var kjent på institusjonen/omsorgsboligen. Det ble i alt gjennomført ca. 45 ulike aktiviteter i prosjektperioden. Dette er aktiviteter innen hovedområdene musikk, intellektuelle aktiviteter, kjøkkenaktivitet, håndverk, turer, hagearbeid, dyrestell, vedarbeid og gårdsarbeid.

Betraktninger

På grunn av lite utvalg, er det vanskelig ut fra dette prosjektet å konkludere med at gårdstilbud egner seg for denne målgruppen. Samtidig viser funn en tendens til at personer på individnivå kan ha nytte av å delta i et tilbud tilrettelagt på gårdsbruk. Prosjektet viser at enkelte brukere reduserer intensiteten av APSD symptomer ved deltagelse i tilbudet. Dette ble spesielt synlig i forhold til vandring og søvnløshet.

Gjentatte faste aktiviteter fra dag til dag egnet seg best til å skape stabilitet og forutsigbarhet for brukerne. Deres interesser, fysiske og mentale ressurser ble mer synlige gjennom gårdens mangfold av aktivitetsmuligheter. Det var overraskende at brukerne tok del i så vidt mange aktiviteter tatt i betraktning deres funksjonsnivå. Ansatte i institusjonen og i omsorgsboligen uttrykte ved flere anledninger at de var overrasket over hva enkelte av brukerne hadde deltatt på av aktiviteter. Dette var beboere som de opplevde som passive.

Da brukerne kom tilbake til sykehjemmet/omsorgsboligen og ble spurt om hvordan de hadde hatt det, kunne de ikke alltid fortelle eksakt hva de hadde gjort på gården om dagen, men de kunne ofte si at de hadde hatt en fin dag. Enkelte kunne bli urolige når de kom tilbake til institusjonen. De ville ofte ut eller ventet på noen som skulle komme. Når dette skjedde var det viktig at personalet var til stede og fortalte at de skulle være på sykehjemmet og sove der, men at de kunne komme tilbake til gården en annen dag.

Rekruttering

Det var forholdsvis mange registrerte brukere i løpet av prosjektperioden. Dette

kan indikere at det har vært utfordrende å velge ut «de rette» til tilbudet. Samtidig er deltakerne i en fase av demensutviklingen hvor funksjonsnivået er utsatt for store endringer. Det kan være små tidsmarginer mellom å fungere på et område til ikke å fungere. I perioder av prosjektet har det vært meldt om utfordringer med å rekruttere i forhold til inklusjonskriteriene og at det har vært ønskelig å innlemme andre personer uten APSD symptomer.

Bemanning

På grunn av turnusarbeid og ulike vikarer ble det stor rulling i assistentrollen. Dette ble en utfordring for driften av tilbudet og det ble lite forutsigbart for gårdbruker. Gårdbruker måtte som en konsekvens av stadig nye assistenter bruke mye tid til å informere dem om hva den enkelte bruker deltok i av aktiviteter, hvilke aktiviteter som var mulig å gjøre på gården, dagsrytmen og rutiner for kvalitetssikring. Det ble vanskelig for gårdbruker å planlegge dagene. En annen ulempe var at det ble sårbar i forhold til brukerne som stadig måtte forholde seg til nye personer. Det positive ved denne ordningen var at mange ansatte på institusjonen fikk godt kjennskap til tilbudet, noe som førte til at dette fikk god forankring og et godt omdømme blant personalet.

Konkurrerende målgrupper

Tidlig i prosjektperioden ble det fra hjemmebaserte tjenester signalisert behov for tilbud til hjemmeboende personer med demens og deres pårørende. Det ble også stilt spørsmål ved om det var riktig å gi dagaktivitetstilbud til institusjonsbeboere, som hadde et tilbud, til fordel for hjemmeboende personer, som ikke hadde tilbud. Mot slutten av prosjektperioden ble det derfor åpnet opp for hjemmeboende utenom omsorgsbolig med mer eller mindre hell. Hjemmeboende hadde ofte et høyere funksjonsnivå. Ansatte på gården opplevde å blande personer med ulikt funksjonsnivå som utfordrende. Dette var i forhold til ressursfordeling med individuell tilnærming. Resultatet ble at flere hjem-

meboende ikke ønsket deltagelse etter avsluttet prøveperiode.

På grunn av dårlig økonomi i kommunen ble tilbudet vurdert nedlagt etter endt prosjektperiode. Presset på dagplasser for hjemmeboende var derimot så stort at tilbudet ble vedtatt videreført for hjemmeboende personer med demens. Andre argumenter for videreføring var behovet for alternative dagplasser og aktivitetsmuligheter, i tillegg til kanskje å begrense presset på institusjonsplasser i kommunen.

En av deltakerne som bodde i omsorgsbolig kunne utsette flytting til sykehjem i to år, trolig på grunn av deltagelse i *Inn på tunet*.

Før Else ble med i prosjektet Inn på tunet var det søkt plass på institusjon. Nattdaglig uro og vandring, som utløste store leteaksjoner med hjelp fra politi, helikoptertjeneste og taxinæring, ble byttet ut med fjøsstell og annen gårdsaktivitet. En lang sommerferie fra tilbudet, seks til åtte uker, økte gradvis behovet for fysisk aktivitet og lengre spaserturer. Da Else kom tilbake til gården så ble det igjen slutt på leteaksjoner.

Konklusjon

Det er kjent at enkelte beboere i institusjon og omsorgsbolig ikke får utnyttet sitt potensiale, og at mangel på tilbud om aktiviteter kan være årsak til utfordrende atferd som for eksempel apati, vandring, engstelse og søvnproblemer. Dette prosjektet har vist, på individnivå, at personer med demens på sykehjem og hjemmeboende i omsorgsbolig kan trives og at enkeltpersoner har stor glede av å delta i aktiviteter på en gård. Masterstudien støtter opp om tilsvarende funn på individnivå. Derfor hadde det vært ønskelig om prosjektet hadde blitt etablert videre for målgruppen.

Etter endt prosjektperiode, fra 2011, ble tilbudet videreført tre dager per uke, men kun for hjemmeboende personer med demens, da det også var stort behov for tilrettelagte tilbud til denne gruppen.

■ anne-britt.kjeldsberg@notteroy.kommune.no

REFERANSER

1. Helse og omsorgsdepartementet (HOD) (2006). Mestring, mulighet og mening, Framtidas omsorgsutfordringer. Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006). Oslo; Departementet.
2. Helse og omsorgsdepartementet (HOD) (2011). Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). Oslo; Departementet
3. Helse og omsorgsdepartementet (HOD) Demensplan 2015 «Den gode dagen». Oslo; Departementet.
4. Bjonness K. Den gode dagen? Master i helsefremmende arbeid. Høgskolen i Vestfold, 2011 (Ikke publisert. For ytterligere informasjon kontakt forfatter på e-post kjerstin.bjonness@notteroy.kommune.no).



Tove Kleiven Sagdalen, aktivtør,
Jorunn Heier, sykepleier og
Sarath Chandra Neththasinghe, lege/rådgiver



Foto: Tove Kleiven Sagdalen

Omsorg med grønn profil i Vågå

Dagaktivitetstilbud for personer med demens

Mestringsglede er et hovedmål for de ansatte ved dagtilbudet for personer med demens i Vågå. Tove Kleiven Sagdal, Sarath Chandra Neththasinghe og Jorunn Heier beskriver aktiviteter som tilbys brukerne av det vesle tømmerhuset på Klonen. Les og bli inspirert!

Dagaktivitetstilbudet holder til i et lite gammelt tømmerhus med smårutete vinduer og peis. Huset ligger i utkanten av Klonen, et stort gårdstun der det alltid er liv og røre. Personalet observerer at gårdsmiljøet og det gamle huset bidrar til trivsel og gjenkjenning hos brukerne. På tunet treffer vi ofte barn, da en barnehage er nærmeste nabo.

Vil være kreative

Tunet brukes til aktiviteter som vedlikehold av det gamle huset, hagearbeid og besøk i fjøset. Aktivitetene velges ut fra brukernes uttalte interesser, men personalet kan også utfordre dem til å prøve noe nytt. Som ansatte vil vi være kreative og tenke muligheter fremfor begrensninger. Vi har erfart at det lønner seg å prøve ut aktiviteter, også de som vi er usikre på om brukerne liker og mestrer. Et godt eksempel i så måte er en bruker med langkommet demens og stor handlingssvikt, som tidligere hadde vært svært glad i å hogge ved. Vi var usikre på om han fortsatt mestret vedhoggingen og var redde for at han skulle skade seg. Men da han fikk prøve seg med øks og hoggestabbe, viste det seg at han fortsatt mestret dette svært godt. Han kastet skjorta, svingte øksa og viste stor mestringsglede. Men neste gang kom han med sin egen øks, for «Øksen deres er for dårlig!».

En dag skulle vi bake lefser på skolekjøkkenet. Blant brukerne hadde vi en

tidligere bakstekone og en husmor. Den tidligere bakstekona mestret lefsebakningen fint, og kjevlet ut mange perfekte leiver. Hun strålte som aldri før, og var helt tydelig i sitt rette element. Husmoren holdt på med den samme leiven hele dagen uten å få det til. Personalet hadde likevel inntrykk av at bakstedagen ble en god opplevelse for henne.

Krysser grenser

På Klonen vil vi ikke la oss begrense av tillærte kjønnsrollemønstre. Vi ser damer kan like å slå med ljå og kløyve ved, og at menn kan storkose seg på kjøkkenet med matlaging. En bruker liker godt å kutte opp grønnsaker og være med på kjøkkenet. «Jeg var kokk i det militære», repliserte han da vi skrøt av ferdighetene hans. Vi er heller ikke redde for at enkelte aktiviteter kan oppfattes som barnslige. Noen liker å leke, mens andre koser seg med å se på. En gang vi var på busstur, stoppet vi tilfeldigvis like ved en stor, fin lekeplass. Brukerne grep da sjansen. De prøvde på eget initiativ ut de ulike lekeapparatene, og viste åpenbar glede ved det. Noe av det samme skjedde da vi gikk julebukk til barnehagen etter jul. Personalet og de brukerne som ønsket det kledte seg ut. En bruker i utkleddingstøy viste plutselig en helt annen side av seg selv, og gikk helt opp i rollen som bakstekone. De som ikke ville kle seg ut var likevel med, og hadde stor glede av opptrinnet.



MATAUK: Dagtilbudet har ansvaret for en del av hagen på Klonen, og har blant annet dyrket poteter der.

Hatteleken slår også an. Vi sitter i ring og kaster en myk lekeball til hverandre, av og til med innlagt hjernetrim som «mitt skip er lastet med...». Dette skaper latter, liv og glede, noe som er viktig, da brukerguppen generelt er passive og negative til aktiviteter. De må nesten alltid motiveres og dras med av personalet.

Mange muligheter ute

Et gammelt tømmerhus krever vedlikehold. Personalet har sammen med brukerne malt vinduer, utemøbler og laget rekkverk langs gangveien opp til huset. Vi vil alle ha det pent og ryddig rundt huset, så vi slår graset med ljà, raker og kjører det vekk med trillebår. Dagaktivitetstilbudet har også ansvar for en del av hagen på Klonen, og her har vi gjennom årene dyrket korn til kornband, poteter, jordbær, blomster, erter og kål. I tillegg har vi kirsebær, bringebær, solbærbusker og rabarbrplanter. Bærplukking er en fin aktivitet både for kvinner og menn. Selv brukere med dårlig balanse, som ikke lenger mestrer å stå lenge om gangen, ønsker å være til nytte. Forrige sommer tok brukere selv initiativ til å sitte og klippe gress med hagesaks.

Arbeid med ved er en fin aktivitet for mange menn. Vi bruker ikke maskiner, men sager, kløyver og legger opp veden for hånd. Når veden er tørr, må den bæres inn og legges opp bak peisen. Veden aktiviserer og varmer oss på denne måten flere ganger. Enkelte kvinner viser

også interesse for arbeidet med veden. Vi ser at vedarbeid fremmer brukernes evne til samarbeid og problemløsning, og at det gir dem fin fysisk trening.

Vi går daglige turer på gårdsanlegget. Turenes lengde varierer etter været og den enkeltes fysiske form. De sprekste tar lengre turer og flere motbakker enn de som er i dårligere form. Vi bruker gåstaver hele året og brodder når det er glatt. Noen av brukerne trenger å hvile underveis på en benk eller stabbustrapp. Om vinteren er sparken god å hvile på og trygg å holde i. Av og til har vi også med en kjelke å hvile på. Både sparken og kjelken er også morsomme å ake på nedover bakken.

«Min beste dag»

De daglige turene er viktige for å holde den fysiske formen ved like, men også for å forbedre den. Brukerne våre sitter ellers mye inne, og trenger å komme ut i frisk luft og kjenne på sol, vind og vær. Turene er en fin måte å oppleve dyr på beite, blomster og trær, fuglesang og det daglige gårdsarbeidet. Turene er også en sosial arena, vi går sammen og prater om det vi ser og slår av en prat med de vi treffer langs veien. En bruker sa det slik: «Åhh, kan vi ikke gå langsomt, slik at jeg kan være ute lenger!»

Nærområdene brukes aktivt og vi tar gjerne småturer til plasser som brukerne har et forhold til; skogsområder, fiskevann, fjellområder, hytter, setre og/eller hjemsteder. «Ole», som har langtkom-

met demens og store språk- og orienteringsproblemer, ble med oss på en høsttur. Da vi kom fram ble «Ole» plutselig ivrig. Han fortalte oss mye om dyrelivet og navnga både fjell og vann i området. Etter hvert kom vi til noen gamle tømmerkoier, og her ville «Ole» gjerne ut. Det viste seg da at han hadde vært tømmerhogger i dette området på femtitallet. Han navnga arbeidskamerater, og fortalte ivrig om hestene de hadde brukt og livet som tømmerhogger. Han ble stående lenge i stalldøra og fortelle. For oss virket det som han ville holde på opplevelsen lengst mulig, og han ville da heller ikke inn i bussen igjen. Neste gang vi møttes hadde «Ole» denne kommentaren: «Det var den beste dagen jeg har hatt på mange år!»

Stolthet og glede

Vi tar gjerne initiativ til å reise på besøk til brukernes hytte/seter, men forhører oss alltid med pårørende på forhånd. Vi låner nøkkel og tar med det vi trenger av mat og utstyr. Erfaringen er at mange er stolte og glade over å kunne vise frem setra/hytta si. Og de mange positive utsagnene fra oss om den vakre utsikten eller den nyrestaurerte setra/hytta, gjør dem godt. Da «Liv» tok oss med til setra si, som hun er så stolt av og sjelden får besøkt, ønsket hun oss velkommen som vertinne, og viste oss stolt rundt.

Vi har også god erfaring med å reise til steder i nærområdet som brukerne aldri har vært før. En gang besøkte vi det



TIL NYTTE: Brukerne sitter og klipper gresset.



FIN AKTIVITET: Veden varmer flere ganger.



TIL FJELLS: Hver høst drar dagtilbudet på bærtur.

mest brukte utsiktspunktet over Vågå-bygda. Da oppdaget vi, til vår overraskelse, at «Hans» aldri hadde vært der før. Som gårdbruker hadde han stort sett reist mellom gården og seteren, bil var ikke så vanlig på den tiden. Vi hadde med en kikkert som han fikk bruke, og han ble glad da han fikk se gården sin fra denne kanten.

Vi reiser på småturer, etter sola og det gode været. Når sola kommer igjen i bygda og vi ikke kan få øye på den enda fra Klonas, kan vi ta bussen vår bort til solsiden for å gå en tur. En høstdag lå tåka som et lokk over dalbunnen. Da reiste vi opp på fjellet til strålende sol og nysnø. På turen innover mot Gjende møtte vi flere småflokker med reinsdyr i veien, en stor og uventet naturopplevelse for oss alle. På slike turer har vi alltid med oss mat og kaffekorg. Er været bra finner vi oss en lun krok eller solvegg for å nyte medbrakt. Er været for dårlig blir bussen kafè, og vi går rundt og serverer. Suppe på termos er en sikker vinner. Følgende sitat fra en bruker sier noe om betydningen disse turene har for oss: *Tenk at jeg skulle komme ut for dette i dag da, på biltur. Også på fjellet da, det beste jeg vet! Det er medisn for meg dette, å kjenne på lufta her, frisk og rein!*

Når vi har brukere som tidligere i livet har vært glad i å gå på ski, prøver vi å få til skitur på ettervinteren. I samarbeid med pårørende får vi tak i ski, staver og skisko. Etter å ha prøvd utstyret over vi

oss litt på et jorde før skituren. En av skiturene var lagt til «Knut»s hjem-trakter. Han la i vei bortover løypa når han fikk skiene på seg. Bak første sving, ute av syne for oss, møtte han svigerdatteren som også var ute på ski. Hun ble svært overrasket over å møte svigerfar i skiløypa. Etter endt skitur sa «Knut»: «Det var godt å kjenne at jeg fortsatt mestret dette.»

Hver høst drar vi på bærtur i nærområdet. Vi benytter anledningen når høstdagen er på sitt fineste. Da er vi ute hele dagen, tar med campingstoler og nistekurv. Tyttebærplukking er for de fleste en kjent aktivitet fra tidligere i livet. Det er ofte like populært hos begge kjønn.

Trim og tonefølge

Det er viktig for brukerne at de holder den fysiske formen ved like og helst forbedrer den. Passiviteten øker ofte med alder og sykdom, dette vil vi forsøke å motvirke. Med trening kan våre brukere også kompensere for tap av ferdigheter. Trim er derfor vår viktigste form for inneaktivitet. Vi setter oss i ring på pinnestoler og gjør enkle øvelser, bøy og tøy, noen ganger til musikk. Vi reiser og setter oss og driver balansetrening ved å stå på en fot og holde hverandre i hendene.

Gammeldans med musikk til er populært for denne aldersgruppen. Ikke alle brukere vil være med, men vi inviterer alle, og nøder dem til å prøve. «Tora» er

et slikt eksempel. Vi visste at hun hadde vært glad i å danse i ungdommen, men til å begynne med var hun svært uvillig til å prøve. Etter mye lirking fikk vi henne likevel ut på dansegulvet. «Tora» fikk en stjernestund der på golvet med den gode musikken. For oss så det ut som hun var tilbake til ungdommens glade dager. Etter denne opplevelsen danset vi med «Tora» hver gang hun var med oss. Hun kom i stadig bedre fysisk form, fikk mer selvtillit og tok tilbake gamle ferdigheter.

Vi trimmer i gymsalen på Klonas. Marsjering til god taktfast musikk, ballspill og bruk av «fallskjerm» som er morsomt, sosialt og utfordrer samarbeidsevnen. Her har vi også gått opp og ned ei god bred trapp med gelender. En tidligere gymlærer kom også i sitt rette element i gymsalen. Han underviste oss i gode øvelser i ribbevegg. En annen bruker begynte å springe rundt og rundt i salen den første gangen han kom inn der. Vi opplevde det som om han følte en stor grad av frihet.

God mat, trivelig prat

På Klonas lager vi alltid ett ordentlig måltid mat hver dag. Det kan være en enkel middag, ei suppe eller påsmurt brødmat. Brukere som har lyst er med på å gjøre maten i stand, både kvinner og menn. De får enkle tilrettelagte oppgaver, som å skjære opp, smøre smørbrød, lage middag og dekke bord. Matlagerne får alltid mange positive



UTE ÅRET RUNDT: Bilder fra en vintertur til Lemonsjøen i Vågå og en tur «hjemme» på Klonas.

tilbakemeldinger fra de øvrige brukerne. Og «Kari», som har vært enke i mange år, opplever det som svært hyggelig å ha menn til bords, som hun kan servere og være vertinne for. Det legges stor vekt på et sunt og godt kosthold. Vi lager som oftest gamle kjente retter, men noen ganger serveres det også nye smaker. Vi baker kaffemat, rundstykker og julebakst, og vi safter og sylter i bær-sesongen. Mange av brukerne bor alene i eget hjem og har et dårlig kosthold hjemme, med lite drikke, frukt og grønnsaker. Det settes derfor alltid frem vann og frukt til kaffemåltidet.

Den siste delen av dagen brukes til allsang fra sangbok med gamle kjente skolesanger og høytlesing av eventyr, Prøysenstubber eller små morsomme historier. Innertiden varieres ellers med ulike typer erindringsarbeid, som å ta frem gamle gjenstander og invitere til samtaler rundt disse.

Vi leser høyt fra lokalhistoriske skrifter, ser på kalendere med lokalhistoriske bilder og spiller musikk som brukerne liker. Som hjernetrimaktivitet har vi gode erfaringer med bingo, yatzy, lokale kortspillvarianter, spørrebøker fra 60-tallet og leken *Mitt skip er lastet med...*

Fire av brukerne har vært flinke til å spille *hardian*, et lokalt kortspill som vi ansatte ikke kunne. Disse fire delte da ut kort, holdt spillet i gang og regnet selv ut poengene, uten innblanding fra oss.

Enkelt håndarbeid fungerer fint innimellom. Vi har alltid små, greie strikketøy liggende, som lapper til lappeteppe, sitteunderlag og puter. I vinter har vi også

produsert tennbriketter av kongler. Vi har da plukket kongler, surret dem i avispapir og dyppet dem i flytende stearin. Ellers har vi drevet med enkel snekring av ulike halvfabrikata, reparering av ting i huset, laget jule- og påskepynt.

Oppsummering

Vi opplever stor trivsel i gruppen, selv om brukerne er ulike, er av begge kjønn og befinner seg på ulike nivåer i sykdomsutviklingen. En bruker sa en gang at *vi er nesten som en familie her*. En årsak til dette kan være at gruppen vår er liten. Vi har seks brukere og to ansatte. Dette fører til at den enkelte får mye oppmerksomhet. Etter å ha forsøkt med større grupper i perioder, opplever vi nåværende gruppeantall som ideelt.

Vi er alltid ute og tar i mot hver enkelt når bussen kommer, slik at alle skal føle seg velkommen. Når bussen reiser igjen om ettermiddagen er vi også med ut for å si takk for i dag og vinke farvel. Vi vil at alle skal reise hjem igjen med en god følelse. Inne i bussen er det da bare smil å se. Kona til en bruker fortalte at hun pleide å spørre mannen sin om hva han hadde gjort på Klonen om dagen. «Det husker jeg ikke, men jeg har hatt en fin dag», svarte han. Det er denne følelsen vi vil at alle skal reise hjem med.

Pårørende har gjennom årene fortalt oss at de ved å få avlastning to til tre dager i uken, orker å stå i den tunge omsorgsrollen lenger, og sykehjemsinnleggelsen kan utsettes. Pårørende forteller også at deres nærmeste fungerer bedre etter at de har kommet med på dagaktivitetstilbudet. De er mer orientert

for tid og sted, ikke så mistenksomme, tryggere og gladere. En datter fortalte at faren ringte henne hele dagen når han var hjemme, nå ringer han mindre.

Det lille gamle huset med sjel og beliggenheten på et gårdstun bidrar til trivselen. For personer som har levd en stund vekker det gamle huset gode følelser. En bruker sa det slik: «Dette er jo nesten som å være på setra».

Med det sosiale samværet følger ofte latter og glede. Vi har hatt mange humørsprekere i gruppen. Med aktivitetene vi velger prøver vi også å ha det lekne i fokus. I det sosiale samværet prøver vi å trekke alle med i samtalen. Vi prøver også å få alenetid med en og en bruker for eksempel på kjøkkenet eller på tur. Vi opplever ofte at praten kan gå ekstra livlig om to holder på med en aktivitet uforstyrret.

Mestringsglede er et hovedmål. Har vi satt i gang en aktivitet som det er tydelig at den enkelte ikke mestrer, prøver vi ikke ut denne mer. Denne brukergruppen opplever store tap i dagliglivet. Det skal de skånes for på dagaktivitetstilbudet. Vi velger aktiviteter som den enkelte mestrer godt, og har glede av.

Omfang av tilbudet

Tilbudet på Klonen har i dag åpent tre dager i uken, mandag, tirsdag og fredag fra klokken 10 til 14. Fra juni planlegges åpningstid hver dag. Det er i dag 11 brukere fordelt på disse dagene. Noen kommer bare én dag, andre to eller tre dager.



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Ragnhild M. Eidem Krüger

Langsomme jordskjelv

Erfaringer med demens midt i livet

Mellom 2 000 og 3 000 personer i Norge har en demenssykdom før fylte 65 år. Det kan ta lang tid å få fastslått diagnosen. I 21 intervjuer møter vi personer som selv har fått demens tidlig og deres nærmeste pårørende, inkludert tenåringer.

ISBN 978-82-8061-207-6
240 sider – kr 320,-



Eva Anfinnsen

"Uff da!" sa farmor

Når en i familien har fått demens, blir livet annerledes. For barn er det ikke så lett å forstå hvorfor personen blir så forandret. I boka møter vi Mina som får besøk av farmor, men farmor er ikke helt som Mina husker henne. Boka passer best for barn i førskole- og småskolealder og den er rikt illustrert av Anders Kaardahl.

ISBN 978-82-8061-175-8
32 sider – kr 130,-

For bestilling og mer informasjon:

www.aldringoghelse.no

tlf 33 34 19 50 – post@aldringoghelse.no



GAMMEL STUE: I Drengestua står frokosten klar og venter på Ole Fyrand og Karin Sundberg.

Bente Wallander (tekst og foto)

Grønn brikke i urbant miljø

I tre år fikk Kirkens Bymisjon prosjektmidler til å etablere og drive Oslos første og eneste grønne omsorgstilbud for personer med demens. Etter å ha drevet Inn på tunet-tilbudet på Skjerven gård ved hjelp av innsamlede midler i halvannet år, satser Kirkens Bymisjon nå alt på å vinne anbudet.

Forpakterne av den kommunalt eide Skjerven gård, Tori og Jon Ivar Bakke, har investert mye av seg selv i etableringen av *Inn på tunet*-tilbudet i Maridalen. Siden 2009 har seks til åtte personer med demens hatt sitt dagaktivitetstilbud her. Jon Ivar har hentet brukerne om morgenen og kjørt dem hjem igjen etter endt økt. I den gamle drengestua har de fylt dagene med aktiviteter av mange slag. Men 31. desember 2011 var prosjektperioden over.

Berges av innsamlede midler

– Vi leverte inn prosjektrapporten den 15. januar 2012 og fikk først kommunalt tilskudd for fire måneders videre drift. Deretter ble man fra Oslo kommunes side opptatt av at de ikke bare kunne kjøpe denne tjenesten fra Skjerven gård uten først å legge den ut på anbud. I desember 2012 ble det så bestemt at tiltaket Grønn omsorg skal være en del av Oslo kommunes tilbud til personer

med demens, forteller Anita Ellefsen, som har ledet Kirkens Bymisjon Inn på tunet-prosjekt i Oslo.

– For oss har det i hele denne perioden vært maktpåliggende at tiltaket vi hadde bygget opp i samarbeid med Tori og Jon Ivar Bakke, ikke skulle gå opp i røyk. Vi har derfor lagt fullt trykk på å reise midlertidig privat finansiering, og har siden mai 2012 drevet ved hjelp av innsamlede midler. Kavli-stiftelsen har blant annet vært tungt inne. Vi har også fått driftsstøtte fra Kirkens bymisjon og andre, mindre stiftelser.

Livlig gjeng

Mens vi snakker kommer Jon Ivar Bakke kjørende. Bilen stanser utenfor drengestua og to av brukerne, Karin Sundberg og Ole Fyrand, stiger ut. De er begge svært dyrekjære og smilene blir enda bredere når Berner Sennen-hunden Tinka løper dem i møte med et voffende velkommen til gards.

Inne i stua har Trond Gustavsen, som stiller opp som frivillig hjelper ved tiltaket to dager i uka, og Tori Bakke dekket på til frokost. Snart går praten livlig rundt bordet. Temaene spenner vidt; fra undring over det komplekse livet i mautuer og bikuber nå om våren, til turer som brukerne tidligere har tatt i fjell og mark. Karin deler gjerne med de andre minner fra sitt livs sykkeltur, fra Oslo til Paris, og Trond leder gruppen i toastemt sang.

Sårbar situasjon

– Jon Ivar og Tori Bakke har lagt ned en stor innsats i å få det til å bli bra. De har sammen med oss bygget opp mye kompetanse. Når anbudet nå er lagt ut offentlig, vil vi som organisasjon opptre svært fremoverlent. Det er viktig at et dagaktivitetstilbud som dette forblir en del av det kommunale systemet.

Men situasjonen har vært sårbar. Kommunen har siden mars 2012 ikke betalt noe for de brukerne som har hatt

sitt tilbud i Maridalen. Anita Ellefsen medgir at den kommunale behandlingstiden har vært en utfordring.

– Saken handler også om vilje til å ta ansvar for folk som har satset på dette, og et tiltak man har brukt tre millioner kroner på. Vi opplever da heller ikke at det stilles krav til økt kvalitet, og føler oss selv sikre på at dette er et godt tilbud, sier hun.

Tenker på brukerne

For Tori og Jon Ivar Bakke er det en utfordring ikke å vite. De er fornøyd med det de har fått til.

– En fellesnevner for de brukerne vi har her er at de ikke har opplevd kommunens tradisjonelle dagaktivitetstilbud som tilfredsstillende. De er mer i aktivitet her hos oss. Det er vel få miljøer, om noen, som har det repertoaret som en gård kan tilby, mener Tori Bakke.

Hun understreker samtidig hvor viktig det er at de hele tiden har vært to om jobben, og at de representerer begge kjønn:

– Det er en stor fordel. Vi utfyller hverandre, men ettersom våre brukere er så aktive og opptatt av alt som skjer utendørs, har Jon Ivar faktisk en viktigere rolle å spille enn meg i dette tiltaket. Jeg har inntrykk av at mange liknende tiltak er damedrevet og -preget. Her er Jon

Ivar like aktiv som meg, og det gir rom for flere tunge, fysiske aktiviteter som vi ser at mennene spesielt trives med.

Positive til gården

– Er dette et tilbud for alle byborgere med demens, tror du?

– Mange av våre brukere er skikkelige bymennesker, sier Tori Bakke, og føyer til: – Men folk i den alderen har ofte et forhold til gården, mange har gode minner fra besøk hos besteforeldre eller annen familie med gård. Og alle er svært opptatt av dyra våre. De er i tillegg spreke, med stor aktivitetsiver og arbeidslyst. Flere brukere har prøvd en annen type tilbud først, uten å ha falt til ro der. Så har de, på litt ulikt vis, fått kjennskap til oss. Når de kommer hit virker det som om de blir veldig glade. Som om noe faller på plass for dem.

Sistnevnte poeng understrekes av følgende replikkveksling mellom Jon Ivar Bakke og Ole Fyrand:

– Liker du å jobbe, Ole?

– Ja! Ellers hadde jeg jo vært død!

Tok mannen ut av sykehjemmet

At professor Ole Fyrand (75), tidligere best kjent som «hele Norges hudlege» har en demenssykdom, ble kjent for offentligheten da hans kone, Birgitta Fyrand, i februar sto frem på NRK og for-

talte at hun hadde sett seg nødt til å hente mannen sin hjem fra et sykehjem i Oslo. Birgitta Fyrand mente at ektemannen hadde blitt utsatt for en både uverdigg og klanderverdigg behandling. Det som fikk begeret til å flyte over var at Ole hadde fått behandling med psyko-farmaka uten at familien ble informert.

– De ga ham beroligende, og slik jeg oppfattet det gjorde de dette på grunn av ressursmangel. Ved å «dempe» pasientene ble det enklere for dem å få hverdagen til å fungere, uttalte Birgitta Fyrand til NRK.

– Bare plusser hele veien

Fire måneder senere fortøner familiens hverdager seg helt annerledes. Ole Fyrand bor fortsatt hjemme hos Birgitta, men tre dager i uka blir han hentet av Jon Ivar Bakke for å delta i dagaktivitetstilbudet på Skjerven gård.

– Som pårørende må jeg få lov til å si: Her er det bare plusser hele veien! Møtet med Jon Ivar og Tori Bakke er det mest strålende vi har vært borte i, sier Birgitta Fyrand.

– Jeg kan jo ikke tilby Ole like stor aktivitet her hjemme som han får der oppe. Der går de lange turer hver dag. De blir tatt hånd om og sett, ja de får jo full oppmerksomhet hele dagen. Det er veldig positivt. Ja, når Ole kommer hjem

HJERTELIG: Jon Ivar Bakke reiser ut tidlig på morgenen for å hente brukerne av dagaktivitetstilbudet på Skjerven gård. Tori Bakke og hunden Tinka ønsker Ole Fyrand og Karin Sundberg velkommen inn på tunet.



er han nesten dobbelt så kvikk som når han reiste herfra på morgenen.

På en normal dag kan det ta lang tid før Ole forstår hva Birgitta mener når hun sier: «Kan du sette deg på stolen, Ole.»

– Men når han kommer fra Skjerven gård forstår han det med en gang. Det er noe med den stimuleringen av hodet som de får der oppe. Det trekker nærmest frem den forståelsen Ole har igjen. Brukerne blir tatt så godt vare på av Tori, Jon Ivar og de andre som hjelper til. Jeg tror ikke det finnes noen som er mere positive, eller har større evne til å stimulere brukerne, enn dem. At Ole selv sier som han gjør om å arbeide, overrasker meg ikke. Han oppfatter tilbudet på Skjerven gård som en slags jobb. Det har han gjort hele tiden. «Det er så deilig å gå på jobb, Birgitta», sier han. Jeg vet ikke om vi var ekstra uheldige i våre møter med enkelte sykehjem i Oslo, men nå vet vi at det finnes mennesker og miljøer som møter personer med demens med forståelse og respekt, og som gir dem stimuli i forhold til sykdommen. Vi vil være langt mere bevisste i våre valg når det igjen blir aktuelt å søke Ole inn på et sykehjem, avslutter Birgitta Fyrand.

VARMT MØTE: – Åhh..., utbryter Karin Sundberg idet hun får det nyfødte lammet i fanget fra Jon Ivar Bakke. – Akkurat sånn kjente jeg det som barn!

GAMMEL STUE: I Drengestua går samtalen snart livlig rundt frokostbordet. Fra v.: Karin Sundberg, Tori Bakke og Ole Fyrand.

AKTIVE DAGER: Hver dag går hele gjengen på tur i Maridalen.





Kulturell tilpasning av Rowland Universal Dementia Assessment Scale

og Mini mental status evaluering ved oversettelse til urdu

Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) og Mini mental status evaluering (MMSE) er kognitive tester som brukes for å utrede demens, men som ikke fins på urdu. Artikkelen er basert på en studentprosjektoppgave ved det medisinske fakultet, Universitet i Oslo i 2012. De to testene ble oversatt fra norsk til urdu og deretter tilbakeoversatt til norsk. Kulturelle tilpasninger ble gjort.

Det fins ingen sikre tall på hvor mange personer i Norge som har demens, men resultater fra befolkningsundersøkelser i Europa, stemmer godt overens med en mindre norsk studie fra 1980 tallet (1-3). På grunnlag av disse studiene er det estimert at det fins 70 000 personer med demens i Norge. Forekomsten øker med stigende alder, fra én prosent blant dem mellom 65 og 69 år, til 40 prosent blant dem over 90 år (4). Demens fører til hjelpeløshet og er en ressurs- og kostnadskrevende tilstand. Ingen av hjernesykdommene som fører til demens kan kureres, men det fins legemidler som kan lindre symptomene i noen tid (5, 6). Diagnosen stilles etter en undersøkelse som omfatter anamnese fra pasienten og en nærstående, kognitiv testing, nevrologisk undersøkelse, blodprøveanalyser og avbildning av hjernen med komputertomografi (CT) eller magnetisk resonanstomografi (MR) (7).

En screeningtest som ofte brukes i en demensutredning er Mini mental status evaluering (MMSE) (8). Testen består av 20 oppgaver som tester tids- og stedsorientering, umiddelbar og utsatt gjenkalling, regneferdigheter, benevnning, repetisjon, forståelse, lesing, skrivning og visuokonstruksjon. MMSE ble oversatt til norsk og validert sent på 1980-tallet, er

senere revidert i 2008 og heter nå MMSE-NR (Norsk Revisjon) (9). MMSE gir et mål på global kognitiv funksjon og brukes rutinemessig ved mistanke om demens og andre organiske hjernelidelser samt for å følge demensutviklingen over tid. Man får et lite nyansert bilde av funksjonsforandringer ved bruk av MMSE og den gir ikke adekvat informasjon for å stille en etiologisk demensdiagnose (10). En skåre på 25 eller høyere anses som normalt hos person over 75 år (9). Testen er utdannings- og aldersavhengig (11) og grenseverdier må justeres for alder, utdanning, etnisitet og i språkevnne. Personer skårer lavere med økende alder og høyere jo høyere utdanning de har. MMSE er dog ansett for å være en god test for å følge kognitive endringer over tid (12).

MMSE er ikke valid ved utredning av personer som har mindre enn ni års skolegang (13) og fungerer særs dårlig hos personer med minoritetsetnisk bakgrunn med lav utdanning. Mungas og medarbeidere justerte MMSE og prøvde ut en ny versjon, MMSAdj som tok hensyn til etniske forskjeller og ulike utdanningsnivå. Den ble utprøvd blant 2 983 personer i USA. Deltakerne var hvite, afroamerikanere og spansktalende personer, med både lav og høy utdanning.

Studien konkluderte med at MMSAdj fungerte bedre enn den originale MMSE-versjonen blant folk med minoritetsbakgrunn og med lav utdanning (14).

Laks og medarbeidere i Brasil viste at personer uten demens og uten skolegang hadde en MMSE gjennomsnittsskåre på 18,1, mens den var 23,8 blant personer med mindre enn åtte års skolegang. Personer med skolegang over åtte år skåret i normalområdet slik det er definert for personer i vestlige land (15). Skårene på de ulike leddene i MMSE påvirkes ulikt av utdanningsnivå. Navngiving, forståelse, umiddelbar gjenkalling og utsatt gjenkalling påvirkes ikke av antall år skolegang, mens de øvrige leddene i testen gjør det (16). Nielsen og medarbeidere i Danmark kom til lignende konklusjon (17).

The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) er en kognitiv test som er utviklet for å kunne anvendes blant personer med ulik etnisk bakgrunn (18). Ved testing oppfordres testpersonen til å snakke det språket han/hun behersker best. Testen består av seks ledd, og evaluerer hukommelse, rom-retningssans, praksis, visuokonstruksjon, dømmekraft og ordflyt. Maksimal skåre er 30 og en skåre på 22 eller lavere indikerer mulig kognitiv svikt. To-

talskåren affiseres av alder, men lite av utdanning og språk (19). Testen er derfor velegnet til bruk hos personer som har et annet morsmål enn undersøkeren (20). Hukommelse blir testet med en handleliste av matvarer som han/hun skal huske. Fem minutter senere blir testpersonen bedt om å huske matvarene. Rom og retningsans testes ved at testpersonen skal vise frem eller peke på ulike kroppsdelar. Visuokonstruksjon blir testet med å kopiere en kube. Dømmekraft vurderes ved at testpersonen blir bedt om å angi hvordan man kommer seg over en trafikkert vei på en trygg måte. Ordflyt blir testet med angivelse av så mange dyr han/hun kan på ett minutt. Testens sensitivitet og spesifisitet for demensdiagnose er målt til henholdsvis 89 og 98 prosent (20). Flere longitudinelle studier trengs for å kunne evaluere testens sensitivitet for å måle endring av kognitiv funksjon.

Basic og medarbeidere inkluderte 46 testpersoner for å sammenligne resultatene mellom MMSE og RUDAS. De fant en gjennomsnittsskåre og SD på $20,6 \pm 6,3$ for MMSE og $20,5 \pm 5,3$ for RUDAS. Gjennomsnittstiden for utførelsen var den samme, 9,4 minutter for begge testene (21). Begge testene ble vurdert som like gode, noe som var overraskende siden mange av testpersonene hadde et annet språk enn engelsk og en annen kulturell bakgrunn (22). Iype og medarbeidere sammenlignet RUDAS og MMSE blant 129 eldre personer med ulik kulturell bakgrunn og fant at MMSE-skårene, i motsetning til RUDAS-skårene, var affisert av språk, totalt antall år skolegang og kjønn (20). En ny studie av Basic og medarbeidere konkluderer med at RUDAS er en god test for pasienter med mild grad av demens (22).

Målsetting

Målsettingen med studien var å evaluere hvilke hensyn man må ta ved oversettelse av MMSE og RUDAS til urdu, slik at testene kan brukes av personer med norsk-pakistansk bakgrunn.

Metode

Testene ble oversatt fra norsk til urdu og tilbakeoversatt til norsk. For å prøve ut oversettelsene, ble 14 friske norsk-pakistanere med alder over 50 år rekrut-

tert etter informasjonsskriv til helsepersonell, organisasjoner, venner og familie. De var i alder fra 50 til 68 år, gjennomsnitt 54,3 år, og seks var kvinner. Ti av personene hadde over fem års skolegang, mens fire av personene hadde fem års skolegang eller mindre. Prosjektet er en del av et større forskningsprosjekt om normering av tester i denne befolkningsgruppen. I denne artikkelen har vi kun inkludert data om oversettelse og kulturtilpasning, ikke testresultater.

Etiske overveielser

Studien ble godkjent av Regional etisk komite for helsefaglig forskning i Helse Sør-Øst.

Resultater

Oversettelsen

RUDAS og MMSE ble oversatt til urdu av to medisinstudenter med norsk-pakistansk bakgrunn. En professor i urdu, som behersker norsk, ble engasjert til å kontrollere oversettelsen. Et bevisst valg ble gjort for ikke å bruke et altfor avansert språk, slik at personer med lite skolegang skulle forstå instruksjonene. Samtidig skulle oversettelsen være presis. Språket skulle preges av dagligtalen til innvandrere fra Pakistan. Majoriteten av de eldre snakker punjabi. Punjabi og urdu har visse likheter selv om de regnes som to forskjellige språk. En norsk-pakistaner som snakker punjabi vil normalt sett forstå enkel urdu.

VIKTIG VERKTØY:

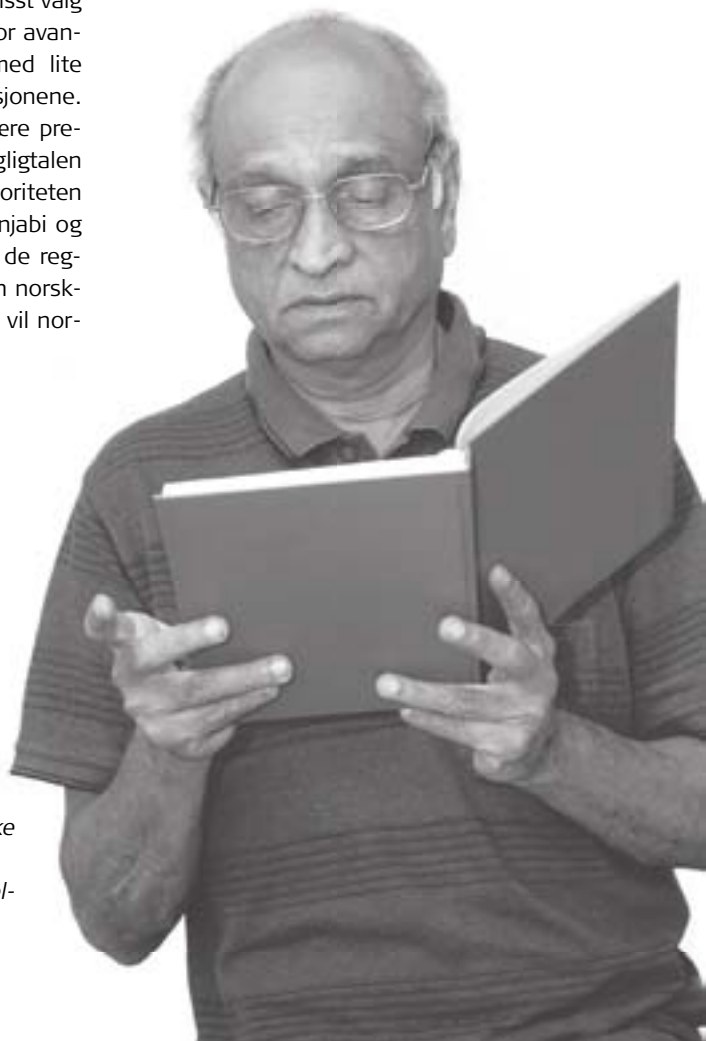
«Norge er en multikulturell nasjon og mange av innbyggerne har en ikke-vestlig bakgrunn. Det er viktig å ha et screeningsverktøy som fungerer optimalt og som tar høyde for språklige nyanser og kulturelle aspekter som er typiske for den innvandregruppen som skal undersøkes», skriver artikkelforfatterne.

Ill.foto: Arvind Balaraman (Scanstockphoto)

Setningsoppbyggingen er ganske forskjellig i norsk og urdu. Der man på norsk i enkelte tilfeller kan bygge opp en setning med bare noen få ord, må man på urdu bruke flere ord. Dette måtte gjøres flere ganger i oversettelsene. Andre ganger måtte vi sette inn en leddsetning for å få frem det ønskede innholdet. De fleste setningene på urdu ble lengre enn de norske. Bruken av pronomen ble fokusert på. Eldre i pakistansk kultur kan ikke tiltales som «du/deg» men som «De/Dem», alle norske du-er ble til De/ Dem. På urdu er det uhøflig å si «du» til eldre.

Oversettelse av MMSE

I mange situasjoner måtte ord byttes om, eller setninger omformuleres, slik at meningen og innholdet ble det samme som i originalteksten. Et eksempel er det innledende spørsmålet: «Syns du



hukommelsen har blitt dårligere?». Her måtte vi legge til et ekstra ord for at setningen skulle gi mening: «Føler De at hukommelsen Deres har blitt svakere enn tidligere?». Ordet «dårligere» passet heller ikke inn i denne konteksten når det ble oversatt til urdu, fordi ved direkte oversettelse til urdu hadde det blitt «fælere». Derfor måtte vi bruke et annet ord som kunne dekke ordet «dårligere»; nærmest tilsvarende «svakere» på norsk.

I spørsmål om «stedsorientering» måtte ordet «kommune» erstattes med «by» fordi kommuner ikke finnes i Pakistan. I Pakistan benyttes et annet geografisk system, og ordet «kommune» kan ikke anvendes. Et annet eksempel på språklig justering er oversettelsen hvor pasienten blir bedt om å benevne en penn og et ur. Oversettelsen til urdu ble annerledes fordi man skulle inkludere verbet «heter». Setningen ga samme mening, og ordet «dette» ble erstattet med «gjenstand» for at det skulle høres riktig ut på urdu.

Enkelte ord erverves naturlig nok under skolegang. Med lite utdanning vil man anvende ord man hører i det miljøet man lever i. Et eksempel på dette er hvor man spør om hvilken etasje man befinner seg i. Istedenfor å bruke ordet etasje på urdu/punjabi valgte vi å bruke det norske ordet etasje. Mange av de eldre norsk-pakistanere som bor i Norge veksler mellom å bruke ord på urdu/punjabi eller norsk i dagligtalen. Enkelte norske ord er mer brukt enn tilsvarende ord på morsmålet, som for eksempel «etasje».

Oversettelse av RUDAS

RUDAS har ikke noen «offisiell» norsk oversettelse. Ifølge opphavskvinnen kan spørsmålene oversettes rett frem, på en måte som faller naturlig på det aktuelle språket. I første del av testen hvor det lages et rollespill om en handletur, måtte det justeringer til for å lage en meningsfull setning på urdu som ligner på dagligtalen. Nøkkelordet vi valgte å tilføye var «varer». Det er meningsløst på urdu å si at vi skal ut å handle uten å ha med substantivet «varer». Hvis vi ikke hadde inkludert dette substantivet ville vi inviteret til motspørsmål: «Hva skal vi handle. Videre måtte vi føye sammen to set-

ninger for at teksten skulle høres naturlig ut på urdu. Den norske oversettelsen av den engelske originalen blir: «Når vi kommer fram til butikken om cirka fem min, vil jeg spørre deg om du kan huske hva det var vi skulle kjøpe». På urdu ble dette: «Når vi kommer til butikken om cirka fem minutter, kommer jeg til å spørre Dem om de tingene jeg ba Dem om å huske som vi skulle kjøpe, så skal vi se om De husker dem eller ikke».

Når testpersonen blir bedt om å huske handlelisten på norsk, oversatte vi handlelisten med ordet «varer». På norsk har originalsetningen blitt til: «Kan du huske varene på handlelisten?». Tilbakeoversettelsen fra urdu til norsk er: «Kan De gjenta navnet på de tingene for meg?». Handleliste er et ord som ikke direkte kan oversettes. Den engelske betegnelsen «grocery list» blir nok det nærmeste man kommer. For å unngå bruk av engelsk anvendte vi ordet «ting». Det fungerte godt.

I testing av romlig orientering blir det for brått å si «Nå vil jeg be Dem om å vise meg ulike kroppsdelene», i tråd med den originale instruksjonen. Vi måtte føye til en leddsetning for at det på urdu ikke skulle falle utenfor de kulturelle rammene. Eksposering av kropp må foregå i en profesjonell setting, og dermed må det sies på en forsiktig måte, og ikke for direkte som det gjøres i originalutgaven av RUDAS. Vi oversatte det slik: «Nå kommer jeg til å si navn på noen kroppsdelene og De må vise meg dem». Den norske versjonen lyder slik: «Nå vil jeg be deg om å vise meg ulike kroppsdelene».

India var en britisk koloni fra 1800-tallet til det løsrev seg i 1947 og ble delt i to: Pakistan og India. Etter årelang påvirkning av det britiske imperiet tok også språket farge av dette. Derfor finner vi flere ord og uttrykk i dagligtalen i urdu som er engelske. Dette tok vi hensyn til. Ord som «zebra crossing, situation og traffic signal» ble inkludert grunnet manglende ord på urdu.

Erfaring fra testsituasjonen

Testpersonene ble intervjuet av to medisinstudenter, med en overlege i geriatri til stede. Det ble tatt høyde for om testpersonen ville bli intervjuet på punjabi

eller urdu. Vi måtte også ta hensyn til den pakistanske kultur, hvor det er stor statusforskjell på ung og gammel. Under testingen ble vi bedt av de eldre om å gjenta instruksene, og til tider også om å verifisere svarene deres. I enkelte oppgaver på de to testene er det kun tillatt å gi instruksjonen én gang. Dette ble et frustrasjonsmoment for de eldre, siden det forutsettes i den pakistanske kulturen at de yngre skal hjelpe og føye seg etter en eldre person. Men vi måtte gi streng beskjed om at det ikke var mulig i testsituasjonen.

Personer med fem års skolegang eller mindre hadde problemer med subtraksjon, lesing og skrijving ved utførelse av MMSE. Tegning av de to femkantene var problematisk uavhengig av utdanning. Åtte personer skåret null på denne delen av MMSE hvorav tre hadde mindre enn fem års skolegang. Et annet problem med MMSE var begrepet fylke. Halvparten av testpersonene skåret null på spørsmål om fylke, hvorav fire hadde fem års skolegang eller mindre, mens tre hadde høyere utdanning.

På RUDAS var visuokonstruksjon og vurderingsevne et problem å vurdere, uavhengig av utdanning. Elleve testpersoner skåret null på kopiering av kube, hvorav fem hadde fem års skolegang eller mindre. De som skåret normalt på denne delen hadde over 12 års utdannelse.

Dømmekraft ble testet ved at personen skulle angi hvordan man på en trygg måte tar seg over en trafikkert gate. I Pakistan er det helt normalt å gi tegn med hånden til bilister for at de skal stoppe. De fleste av testpersonene anga dette som svar. Ifølge den engelske originalmanualen er dette et «ikke akseptabelt svar». Dersom man følger originalmanualen, ville sju personer ikke fått full skår her, hvorav fem hadde over fem års skolegang, og to hadde mindre enn fem års skolegang.

Diskusjon

MMSE er bygget opp slik at det kreves skolegang (14). Dette kom klart fram under subtraksjons-, lese-, skrive- og tegneoppgavene. Flere studier viser at antall skoleår virker inn på totalskåren på MMSE. For RUDAS er dette mindre tydelig. Andre studier har tatt hensyn til

etniske forskjeller og ulike utdanningsnivå (15, 16). I Norge er det ikke utført studier hvor man har tilpasset RUDAS og MMSE til kultur eller utdanningsnivå.

Kubekopiering var vanskelig for alle med mindre enn 12 års skolegang. Skolegangen i Pakistan varierer i kvalitet og innhold, og dette kan ha påvirket testpersonenes evne til å tegne en kube. Kunst og tegning vektlegges ikke i landsbyskoler.

Vurdering av svarene i dømmekraftsoppgaven i RUDAS ser ut til å måtte vurderes etter kulturelle normer. Flere av svarene testpersonen ga kunne ha vært akseptert i Pakistan, men ikke ifølge den engelske originalmanualen. Et språk tar alltid farge av omgivelsene, og talen influeres av det land en innflytter slår seg ned i. Dette kom klart fram idet vi noen steder måtte bruke norsk for at testpersonen skulle forstå, for eksempel ordet «etasje».

Det anses på mange språk som uhøflig å si du/deg til eldre eller personer man ikke er nær bekjent til. Derfor ble De/Dem brukt under intervjuene. Om ikke en troverdig dialog er i samsvar med testpersonens kulturelle normer, er det risiko for at testpersonens samarbeidsvilje blir dårlig og at man dermed får lavere skår på testene.

Konklusjon

Norge er i dag en multikulturell nasjon, hvor mange av innbyggerne har en ikke-vestlig bakgrunn. I denne studien har vi undersøkt personer med norsk-pakistansk bakgrunn som tilhører den største ikke-vestlige minoritetsgruppen i Norge. Det er viktig å ha et screeningsverktøy som fungerer optimalt og som tar høyde for språklige nyanser og ikke minst de kulturelle aspekter som er typiske for den innvandrerggruppen som skal undersøkes. Våre observasjoner og data er basert på 14 testpersoner, og man kan derfor ikke trekke bastante konklusjoner. Vi tror likevel at vi har fanget opp viktige momenter som man må ta hensyn til når man skal gjøre kognitive utredninger hos personer fra ikke-vestlige innvandrerggrupper.

REFERANSER

- Engedal K, Gilje K, Laake K. Prevalence of dementia in a Norwegian sample aged 75 years and over and living at home. *Comprehensive Gerontology – Section A: Clinical and Laboratory Sciences* 1988; 2: 102-6.
- Rocca WA, Hofman A, Brayne C et al. Frequency and distribution of Alzheimer's disease in Europe: a collaborative study of 1980-1990 prevalence findings. The EURODEM-Prevalence Research Group. *Annals of Neurology* 1991; 30: 381-90.
- Ott A, Breteler MM, van Harskamp F et al. Incidence and risk of dementia. The Rotterdam Study. *American Journal of Epidemiology* 1998; 147: 574-80.
- Engedal K, Haugen PK. Demens fakta og utfordringer. 5. utgave. utg. Tønsberg: Aldring og helse, 2009.
- Engedal K. Diagnosis and treatment of dementia. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2002; 122: 520-4.
- Engedal K, Brækhus A, Gjerstad L. Effect of drugs against dementia. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2004; 124: 1641-2.
- Brækhus A. Biomarkers of dementia. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2011; 131: 2218.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research* 1975; 12: 189-98.
- Engedal K, Haugen P, Gilje K et al. Efficacy of short mental tests in the detection of mental impairment in old age. *Comprehensive Gerontology – Section A: Clinical and Laboratory Sciences* 1988; 2: 87-93.
- Gjerstad L HE, Rootwelt T. Nevrologi og nevrokirurgi: Fra barn til voksen: undersøkelse-diagnose-behandling. 5. utgave. utg: Høvik vett og viten, 2010.
- Crum RM, Anthony JC, Bassett SS et al. Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. *JAMA Psychiatry* 1993; 269: 2386-91.
- de Vugt ME, Riedijk SR, Aalten P et al. Impact of behavioural problems on spousal caregivers: a comparison between Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2006; 22: 35-41.
- Naugle RI, Kawczak K. Limitations of the Mini-Mental State Examination. *Cleveland Clinic journal of medicine* 1989; 56: 277-81.
- Mungas D, Marshall SC, Weldon M et al. Age and education correction of Mini-Mental State Examination for English and Spanish-speaking elderly. *Neurology* 1996; 46: 700-6.
- Laks J, Baptista EM, Contino AL et al. Mini-Mental State Examination norms in a community-dwelling sample of elderly with low schooling in Brazil. *Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica* 2007; 23: 315-9.
- Laks J, Coutinho ES, Junger W et al. Education does not equally influence all the Mini Mental State Examination subscales and items: inferences from a Brazilian community sample. *Revista brasileira de psiquiatria* (Sao Paulo, Brazil: 1999) 2010; 32: 223-30.
- Nielsen TR, Vogel A, Riepe MW et al. Assessment of dementia in ethnic minority patients in Europe: a European Alzheimer's Disease Consortium survey. *International Psychogeriatrics*; 23: 86-95.
- Storey JE, Rowland JT, Basic D et al. The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS): a multicultural cognitive assessment scale. *International psychogeriatrics / IPA* 2004; 16: 13-31.
- Rowland JT, Basic D, Storey JE et al. The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) and the Folstein MMSE in a multicultural cohort of elderly persons. *International Psychogeriatrics / IPA* 2006; 18: 111-20.
- Iype T, Ajitha BK, Antony P et al. Usefulness of the Rowland Universal Dementia Assessment scale in South India. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry* 2006; 77: 513-4.
- Pang J, Yu H, Pearson K et al. Comparison of the MMSE and RUDAS cognitive screening tools in an elderly inpatient population in everyday clinical use. *Internal medicine journal* 2009; 39: 411-4.
- Basic D, Rowland JT, Conforti DA et al. The validity of the Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) in a multicultural cohort of community-dwelling older persons with early dementia. *Alzheimer disease and associated disorders* 2009; 23: 124-9.



Bente Wallander (tekst)

TV-aksjonens høye beskytter: H.M. Kongen

H.M. Kong Harald stiller opp for årets TV-aksjon. Pengene som samles inn skal gå til Nasjonalforeningen for folkehelsens arbeid for å bedre livskvaliteten for personer med demens og deres pårørende, forskning på demens og muligheter for behandling, samt gi informasjon og kunnskap om sykdommen.



Foto: Sølve Sundsbø / Det kongelige hoff

TV-aksjonen NRK er verdens største inn-samlingsaksjon. Over hundre tusen mennesker engasjerer seg hvert år for å samle inn penger til et viktig formål. Siden oppstarten av tv-aksjonen i 1974 har de tusen hjem bidratt med hele fem milliarder kroner. Mange millioner mennesker har fått hjelp og et bedre liv på grunn av innsatsen. Også i år kan samtlige norske 2,2 millioner husstander forvente besøk av bøssebærere.

– Vi synes det er flott at H.M. Kong Harald vil være høy beskytter når vi nå

trår til for mennesker med demens og deres pårørende. Nasjonalforeningen ble stiftet i 1910 med H.M. Kong Haakon og H.M. Dronning Maud som foreningens høye beskyttere. Målet da var å bekjempe folkesykdommen tuberkulose. Det klarte vi, nå er det demenssaken som står for tur, sier Lisbet Rugtvedt, generalsekretær i Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Årets TV-aksjon går av stabelen søndag 20. oktober. Hold av datoen! Les mer på nettsiden www.blimed.no

EN STØTTE: TV-aksjonens høye beskytter, H.M. Kong Harald.



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Janne Røsvik, Agnes Brønstad, Tove Lepperød, Arild Stegen,
Liv Bjerknes Taranrød og Lise Øverland

Dette må jeg kunne

introduksjon til helse- og omsorgsarbeid

På oppdrag fra Helsedirektoratet har Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse utviklet en kort og intensiv opplæringsmodell for nyansatte uten teoretisk eller praktisk erfaring fra arbeid innen omsorgstjenestene.

Studieheftet beskriver en arbeidsdag i hjemmetjenesten eller på sykehjemmet, kortfattede faktaopplysninger om de vanligste sykdommene blant eldre og en innføring i sentrale temaer som observasjon, rapportering, kommunikasjon, holdninger, etikk, hygiene, ergonomi, komplikasjoner ved immobilitet, måltider/ernæring, aktiviteter og «Når noen dør»..

Veiledningshefte til faddere kan lastes ned fra www.aldringoghelse.no

ISBN 978-82-8061-213-7 (2. utgave)
95 sider – kr 75,-



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



ÅPNET MØTET: Arnfinn Eek (t.v), daglig leder Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, og generalsekretær i Nasjonalforeningen for folkehelsen, Lisbet Rugtvedt (i midten), var svært fornøyd med oppmøtet.

Bente Wallander (tekst og foto)

Stor interesse for demens på Litteraturhuset

Salen ble full og mer enn det, da Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og Nasjonalforeningen for folkehelsen inviterte til et åpent møte om å være pårørende til yngre personer med demens.

Møtet ble holdt på Litteraturhuset i Oslo den 22. april. På programmet sto filmvisning, boklanseringer og intervjuer av pårørende til yngre personer med demens.

Daglig leder ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Arnfinn Eek, åpnet møtet og orienterte samtidig om Helsedirektoratets satsing overfor yngre personer med demens og pårørende under *Demensplan 2015*. Produzent Karoline Husjord presenterte så

filmen *Pyramiden* (omtalt i D&A nr 3-2011). Filmen er et dokument i ungdommens eget språk om en familie hvor mor får en demenssykdom.

Aktivitet er viktig

Professor Knut Engedal fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse medga i sitt innledende foredrag at man vet alt for lite om demens i ung alder. Dette til tross for at rundt 2 000 nordmenn under 65 år har en demenssykdom. Det tar også lang tid, ofte flere år, før yngre personer får en demensdiagnose.

– Demens er ikke det fastleger først tenker på når en person i 50-årene forteller om språkproblemer eller hukommelsessvikt. Det er lett å tilskrive symptomene andre årsaker fremfor å utrede for demens. Men det er viktig å få en diagnose. Gjennom denne får pårørende også en forklaring på endret oppførsel,

FILMPRESENTASJON:

Karoline Husjord presenterte filmen «Pyramiden».





MORS GAVER:
*Cecilie Enger leste
utdrag fra sin roman
om en demenssyk
bestemor.*

– Vi vet for lite om årsaken til demens blant unge, men vi vet at den rammer ulikt for unge og eldre. Når det er snakk om forebyggende trening gjelder ikke dette for yngre. Derimot kan trening bidra til at sykdommen kan holdes i sjakk hos unge som allerede er rammet av demens.

To bøker ble lansert på møtet. I barneboken *Uffda, sa farmor* forteller forfatter og hovedbibliotekar ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Eva Anfinnsen, historien om lille Mina og hennes farmor, som ikke lenger er helt som Mina husker henne. I historien blir blant annet farmor borte, og Mina legger i vei for å lete på egen hånd. For barn er

Forfatteren og journalisten Cecilie Enger spant videre på dette temaet, når hun fortalte fra familiens opplevelser med en demenssyk bestemor. Enger skal senere i år presentere temaet i romans form, og hun leste på møtet utdrag fra *Mors gaver*, som blir bokens tittel.

I boken *Langsomme jordskjelv. Erfaringer med demens midt i livet*, av Ragnhild M. Eidem Krüger, har den tidligere NRK-journalisten og redaktøren i Demens & Alderspsykiatri intervjuet 21 yngre personer med demens og deres pårørende. Til disse hører Ann-Iren Garmo Larsen, som var bare 13 år gammel da hennes mor viste de første tegnene på Alzheimers sykdom, og Inger Lien Røe, hvis ektemann fikk Alzheimers sykdom bare 43 år gammel. De ble begge intervjuet av Krüger.

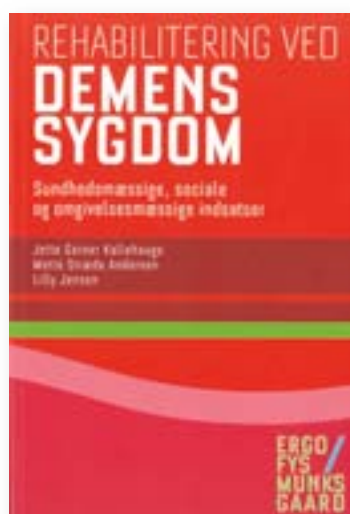
– Familien fikk ikke tilstrekkelig oppfølging og informasjon. I ettertid vet vi at min far også utviklet demens på denne tiden, og jeg ble alene om mye av ansvaret hjemme. Livet ble ganske kaotisk, men ingen spurte meg om hvordan jeg

– Å få en diagnose var en lettelse. Da falt livet mer til ro. Men møtet med sykehjemmet ble et sjokk for oss. Nevnes kan stedets kultur, inklusive «geriatri-møbler» og «lørdagsfester» med risengrynsgrøt og rød saft. Ekstra vanskelig ble det da de ansatte på sykehjemmet, i den siste fasen av min manns liv (han døde 56 år gammel red.anm.) oppførte seg som om det var de som «eide» ham, og overprøvde det mannen min og jeg hadde blitt enige om når det gjaldt palliativ pleie.

– Vi er tildelt høstens TV-aksjon på NRK, og inntektene fra denne skal gå til arbeid for personer med demens og deres pårørende. Vi arbeider nå med å planlegge hvordan de innsamlede midlene skal brukes. Det er blant annet planlagt en styrking av forskning på dette området.



38



Forfattere: Jette Gerner Kallehauge,
Mette Stræde Andersen og Lilly Jensen

Tittel: Rehabilitering ved demenssygdom.
Sundhetsmæssige, sociale og
omgivelsesmæssige indsatser

Utgitt av: Munksgård forlag, Danmark, 2012

BOKANMELDELSE

Anmeldt av Torhild Holthe, MSc, ergoterapispesialist i eldres helse, forsker, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Rehabilitering ved demenssygdom

Sundhetsmæssige, sociale og omgivelsesmæssige indsatser

I fjor kom denne fagboken ut i vårt naboland, Danmark. Tittelen «Rehabilitering ved demenssygdom» pirret min nysgjerrighet, da vi i Norge ikke er vant til å benytte rehabiliteringsbegrepet om tiltak i demensomsorgen. Etter å ha lest boken, spør jeg meg selv, hvorfor ikke?

Forfatterne sier i forordet at det er en forutsetning at leseren har kjennskap til demenssykdommer og utviklingen av disse for å ha fullt utbytte av boken.

Boken støtter seg til ICF-modellen (International Classification of Functioning) som tar utgangspunkt i at rehabilitering handler om å vedlikeholde og kompensere for svekkede kroppsfunksjoner og hverdagsaktiviteter, fastholde fellesskap med andre og skape trygghet og følelse av inklusjon. Boken forteller om hvordan dette kan gjøres, i overensstemmelse med pårørende og andre hjelpere i personens omgivelser. Det betyr at boken omhandler psykologiske og sosiale metoder som anses som effektive og nyttige, i tillegg til biologiske og medisinske behandlingsmetoder.

Boken er delt inn i til sammen ti kapitler. De første omhandler historisk tilbakeblikk på demensbehandling, ICF-modellen i relasjon til demens, aktuelle lover og organisatoriske forhold omkring

rehabiliteringen. De neste kapitlene gir leserne en innføring i hvordan helsepersonell kan analysere, vurdere og planlegge gjennomføringen av rehabiliteringen, om kommunikasjon, om omgivelser, om rehabiliteringsinnsatser i forhold til kroppsfunksjoner samt aktivitet og deltakelse. Det siste kapittelet dreier seg om fremtidsperspektiver for rehabilitering ved demens. Boken har mange «case»; eksempler som illustrerer materialet, og som inspirerer til nytenking.

Boken beskriver hvordan rehabilitering ved demens kan planlegges og gjennomføres i en dansk kontekst. De nordiske land har en del likhetspunkter, og derfor mener jeg vi absolutt har noe å lære av danskene.

Boken anbefales til studenter i ergo- og fysioterapi, og til praktiserende terapeuter, sykepleiere, psykologer, rådgivere, leger og andre som er engasjert i å skape bedre hverdager for personer med demens og deres pårørende.

Kurs for yngre personer med demens og pårørende

Møteplass for mestring

Kursserien *Demens midt i livet*.

Møteplass for mestring er et tilbud til yngre personer med demens og en av deres pårørende.

Det gis forelesninger om demens og deltakerne får tilbud om gruppesamtaler, aktiviteter og sosialt samvær.

Informasjon og veiledning kan forebygge stress, belastninger og skape

trygghet. 73 par fra hele landet deltok på de åtte tilsvarende samlingene som ble arrangert i 2012. Tilbakemeldingene deres var at kurset hadde vært en vitamininnspøyning i hverdagen. Ny informasjon og samvær med andre i en liknende situasjon hadde gitt dem større åpenhet og bedre forståelse av hvordan man kan leve med demens. For deltakerne hadde det også vært godt å treffe andre i samme situasjon,

oppleve å ikke være alene, få trøst, føle seg sterkere, lære av hverandre og knytte kontakter. Deltakende par betaler en egenandel på kr. 1 000,- for kurs og opphold. Reiseutgifter med billigste transportmiddel utover kr. 1 000,- dekkes. Følgende samlinger er planlagt i 2013.

Helsepersonell oppfordres til å formidle informasjon om samlingene til aktuelle deltakere.

Region	Arrangement 2013	Kontaktperson
Nord-Norge	Bodø 29.08 – 01.09	Frode Vikhals Fagermo Tlf: 75 52 34 29 frode.vikhals.fagermo@nasjonalforeningen.no
Midt-Norge	Verdal, Nord-Trøndelag 23.5 – 26.5	Frode Moe Tlf: 73 52 62 64 frode.mo@nasjonalforeningen.no
Møre og Romsdal	Hustadvika 10.6 – 13.6	Else Marie Gulseth Tlf: 71 21 59 76 else.marie.gulseth@nasjonalforeningen.no
Vest-Norge	Osterøy, Hordaland 24.10 – 27.10	Ingvild T. Hansen Tlf.: 23 12 01 22 INH@nasjonalforeningen.no
Sør-Norge	Tjøme, Vestfold 26.9 – 29.9	Bjørn Lofstad Tlf: 23 12 00 88 bjorn.lofstad@nasjonalforeningen.no
Østlandet	Sørmarka, Akershus 5.9 – 9.9	Elisabeth Madsen Tlf: 23 12 00 56 elisabeth.madsen@nasjonalforeningen.no
Innlandet	Honne hotell og Oppland 29.5 – 1.6	Torunn Aasbrein Tlf: 62 61 79 16/ 47 02 76 13 Torunn.Aasbrein@nasjonalforeningen.no

Samlingene arrangeres av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i samarbeid med frivillige fra Nasjonalforeningen for folkehelsen.



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter



Merk av i kalenderen!

Demensdagene 2013

3.–4. desember

Demensdagene søkes godkjent i legers etter- og videreutdanning i allmennmedisin, samfunnsmedisin, alders- og sykehjemsmedisin, geriatri, indremedisin, psykiatri, nevrologi, og fysikalsk medisin og rehabilitering med 15 timer. Konferansen søkes også godkjent til spesialitetene i klinisk psykologi, klinisk sykepleie og ergoterapi samt i spesialistordningen i Norsk Fysioterapeutforbund og som tellende i klinisk fagstige for hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere.

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



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Kirsti Hotvedt, Ketil Beer Johansen
Frode Kibsgaard Larsen og Bengt-Ole Nordström



Kurs for pårørende til eldre personer med utviklingshemning **Evaluering av prosjektet STERK** – Støtte, erfaring og kunnskap

Rapporten bygger på erfaringer fra et toårig samarbeidsprosjekt mellom frivillige organisasjoner og kompetansemiljøer innenfor tjenestetilbudet til personer med utviklingshemning. Mange personer med utviklingshemning har en tidligere og raskere aldringsprosess enn andre vil oppleve. Allerede fra 40 årsalderen kan noen ha en funksjonell alder som tilsvarer en eldre person. Målsettingen med prosjektet har vært å utvikle kursmodeller som kan ivareta behov pårørende har for informasjon og støtte.

Heftet kan lastes ned gratis fra nettet www.aldringoghelse.no

ISBN 978-82-8061-201-4 (Trykket utgave)
ISBN 978-82-8061-202-1 (PDF-nettutgave)
51 sider – kr 60,-

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

NYTT STUDIETILBUD



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

FAGSKOLE Utviklingshemning og aldring

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

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

Informasjon, opptakskriterier og søknadsskjema:

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



STUDIETILBUD



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

FAGSKOLE Demensomsorg og alderspsykiatri

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

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

Informasjon, opptakskriterier og søknadsskjema:

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



Kurs & konferanser 2013

KURS HØST 2013

Dato	Tema	Sted	Påmeldingsfrist 2013
Demens			
3.-4. sept.	Konferanse – Demensteam	Oslo	Fullt
24. sept.	Kognitiv svikt hos personer med minoritetsetnisk bakgrunn	Oslo	20. aug.
7. okt.	Utredning av demens i kommunehelsetjenesten	Sandefjord	2. sept.
8. okt.	Etablering og organisering av demensteam	Sandefjord	2. sept.
10. okt.	Konferanse – Hjemmebaserte tjenester til personer med demens	Bergen	2. sept.
15.-17. okt.	Dementia Care Mapping, modul 1	Oslo	12. sept.
29. okt.	Tilrettelagte tilbud til yngre personer med demens og deres pårørende	Trondheim	20. sept.
6. nov.	Tilrettelagte dagaktivitetstilbud for personer med demens	Oslo	1. okt.
7. nov.	Erfaringskonferanse – Dagtilbud	Oslo	1. okt.
3.-4. des.	Demensdagene 2013	Oslo	23. okt.
Alderspsykiatri			
10. sept	Alderspsykiatriske lidelser	Skien	2. sept. Ny frist
16.-17. sept.	Legekurs – Alderspsykiatri i praksis	Trondheim	27. aug. Ny frist
12. nov.	Alderspsykiatriske lidelser	Stavanger	4. okt.
18. nov.	Alderspsykiatrisk forskningsnettverk	Oslo	14. okt.
19. nov.	Rus og legemiddelavhengighet hos eldre	Hamar	14. okt.
Utviklingshemning og aldring			
24.-26. sept.	Basiskurs – Aldring hos personer med utviklingshemning	Tromsø	2. sept. Ny frist
17. okt.	Landskonferanse – Utredning, diagnostisering og oppfølging ved mistanke om demens	Oslo	10. sept.
Funksjonshemning og aldring			
5. nov.	Landskonferanse – Funksjonshemning, forebygging og rehabilitering	Oslo	1. okt.
Geriatri			
16.-18. sept.	Basiskurs	Stavanger	Fullt
21.-22. okt.	Temakurs for leger – Legemiddelbruk hos eldre	Oslo	16. sept.
24. okt.	Akutt hjertesykdom hos eldre	Oslo	18. sept.

Se vår hjemmeside www.aldringoghelse.no for flere opplysninger.



da Demens & Alderspsykiatri

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.

Bestill Tidsskriftet

e-post tidsskriftet@aldringoghelse.no

telefon 22 11 77 28

eller skriv til:

Aldring og helse

Oslo universitetssykehus HF, Ullevål
Medisinsk divisjon, Bygning 37
0407 Oslo

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



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

www.demensalderspsykiatri.no

Publisering av fagartikler i Demens & Alderspsykiatri

Demens & Alderspsykiatri (D&A)
henvender seg til en tverrfaglig
lesergruppe med tilknytning til
helsesektoren, spesielt innenfor
behandling og omsorg for personer
med demens og pasienter innenfor
alderspsykiatrien.

Fagartikler i D&A skal være basert på
forskning eller god og dokumentert
praksis.

- I fagartiklene skal referanser dokumenteres
med henvisninger som nummereres i
teksten (Vancouvermodellen).

- Bilder, grafer, figurer med mer, sendes
som separat fil, og skal ikke settes inn i
teksten fra forfatterens side.

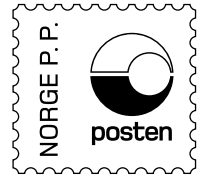
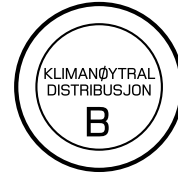
- En fagartikkel i D&A overskrider sjelden
cirka 15 000 tegn eksklusive mellomrom.
Skriv konsentrert og så kort som mulig.

- Redaksjonen forbeholder seg retten til
å redigere og forkorte manuskripter
i samråd med forfatterne. Innlegg til
D&A leses av minst to av redaksjonens
medlemmer.

- Fagartikler sendes som vedlegg til e-post
til: bente.wallander@aldringoghelse.no

Demens & Alderspsykiatri tar gjerne
imot leserinnlegg og meningsyttringer. De
kan sendes til nevnte mailadresse eller til:

**Nasjonalt kompetansesenter for aldring
og helse, ved Bente Wallander,**
Postboks 2136, 3103 TØNSBERG



D&A går i dybden – og i bredden

ISSN: 1890-4130

Medlem av



Demens & Alderspsykiatri utgis av



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

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

post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no



Demens & Alderspsykiatri

www.demensogalderspsykiatri.no

tidsskriftet@aldringoghelse.no