



Tema: Fysisk aktivitet

Svømmer for et bedre liv

side 34

4 | Vokste opp på Eg asyl

7 | Norske demensteam - oppgaver og behov

22 | Færre senger - flere pasienter

30 | Spiller seg til bedre helse

Redaktør:

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

Redaksjonssekretær:

Toril Utne
 Nasjonal kompetansetjeneste
 for aldring og helse
 Tlf. 22 11 77 28
 toril.utne@aldringoghelse.no

Ansvarlig redaksjonskomité:

Øyvind Kirkevold, professor, dr.philos,
 Nasjonal kompetansetjeneste
 for aldring og helse

Harald A. Nygaard, prof. emeritus, NKS
 Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS

Geir Selbæk, psykiater, ph.d.
 forskningsleder, Sykehuset Innlandet HF

Anne Marie Mork Rokstad, sykepleier,
 stipendiat, Nasjonal kompetansetjeneste
 for aldring og helse

Bernhard Lorentzen, avdelingsoverlege,
 Diakonhjemmet sykehus, Alderspsykiatrisk avd.

Torhild Holthe, forsker/ergoterapispesialist,
 Nasjonal kompetansetjeneste for
 aldring og helse

Fagartikler sendes til
 bente.wallander@aldringoghelse.no

Vitenskapelig redaksjon:

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

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

Geir Selbæk, psykiater, ph.d. forskningsleder

Knut Engedal, professor dr.med.

Vitenskapelige artikler sendes til
 fagredaktor@aldringoghelse.no

Abonnement:

Nasjonal kompetansetjeneste
 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 380 Norden: kr 450

Utgiver

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

Layout/trykk

BK Grafisk, Sandefjord (TAa)

Det redaksjonelle arbeidet er
 avsluttet 19. mai 2014.

Fagpressen



Demens & Alderspsykiatri

vol. 18 • nr. 2 • 2014

4 Folk i fokus: Hans Kristian Henriksen

7 Demensteamenes oppgaver
 og ressursbehov – DemiNor
 Mona Michelet, Sverre Bergh

11 Glimt av glede
 Tone S. Kvamme

15 På tide å flytte aldersgrensen
 i alderspsykiatrien?
 Sverre Bergh

17 Tema tannhelse
 God tannhelse viktig – hele livet

21 Kognitive effekter ved depresjon hos eldre;
 gjennomgang av nevropsykologiske funn
 Maria S. Korsnes, Ingun Ulstein

22 Fra 50 til 16 senger: Om omstilling ved en
 alderspsykiatrisk avdeling
 Bernhard Lorentzen, Stein-Arne Hval, Torfinn Lødøen Gaarden

25 Landskonferansen i alderspsykiatri 2014
 Kritiske blikk på vanemessig behandling

28 Tema fysisk aktivitet
 Sykehjemsbeboere sitter seg til dårligere helse

30 Fysisk aktivitet med dataspill – en klar vinner

34 Beveger kropp og sjel

38 Med Aldring og helse til Rio de Janeiro

39 Informasjon



Forsiden:
 Svømmer for et bedre liv.
 Fra venstre: Kari B. Svaland,
 Anne Margrethe Ulleberg og
 Ella Margrethe Hornnes.
 Foto: Bente Wallander





Aktiv innsats for økt livskvalitet

En nylig gjennomført studie (DemiNor) viser at rundt halvparten av alle norske kommuner nå har etablert et demensteam og / eller ansatt en demenskoordinator. Utviklingen de siste årene har vært svært positiv. Mange pasienter og pårørende har, ikke minst takket være *Demensplan 2015*, kunne nyte godt av en betydelig bedring når det gjelder kartlegging og oppfølging. Studien avdekker samtidig at man fortsatt har en vei å gå. Det er viktig at utviklingsarbeidet videreføres slik at personer med demens og deres pårørende kan føle seg trygge på at de får god omsorg og oppfølging. Uansett hvor i landet man bor - Norge trenger en Demensplan 2020.

God oppfølging er viktig, også når det gjelder tannhelse. En studie fra ni sykehjem i Oslo viser at variasjonene er urovekkende store, både når det gjelder beboernes tannhelse og de ansattes oppmerksomhet på området. Manglende oppmerksomhet på folks munn- og tannhygiene kan medvirke til mange dårlige dager, spesielt for personer med demens og andre som ikke selv klarer å gi uttrykk for om eller hvor de har vondt.

Fysisk aktivitet er tema for flere av artiklene i denne utgave av Demens & Alderspsykiatri. Mange eldre fører et for passivt liv, ikke minst etter å ha fått sykehjemsplass. Muskler som ikke brukes, svekkes raskt. Det er viktig at personale og pårørende har bevisste holdninger til dette. Bevegelse i hverdagen medvirker til større appetitt, bedre søvn og økt livskvalitet. På dette området kan også frivillige være en kjemperessurs. Det skal ikke alltid så mye til før man har bidratt til en forskjell.

Bente Wallander

bente.wallander@aldringoghelse.no



VERDSATT: Overlege Hans Kristian Henriksen har fått priser for sin iherdige innsats til pasientenes beste; Demensprisen fra Nasjonalforeningen for folkehelsen (2011) og Ildsjeleprisen, som han fikk fra Sørlandet sykehus i 2013.

Bente Wallander (tekst og foto)

Siste psykiater av sin sort

Hans Kristian Henriksen vokste opp på Eg asyl, fant sin kone på Eg sykehus og arbeider selv som overlege ved psykiatrisk avdeling samme sted (nå Sørlandet sykehus). Som barn elsket han sykehusets underjordiske liv. I dag begeistres han av den strålende himmelhvelvingen.

Den muntre klakkingen i gangene sladrer om at Hans Kristian Henriksen er i farvannet. Lyden av de slitte, svarte treskoene kan høres lenge før han runder hjørnet til alderspsykiatrisk avdeling, Sørlandet sykehus. Skoenes eier hevder selv at han tilhører en utdøende rase.

– Det er nok ikke så mange andre som kan si at de har tilbragt sine barneår ved det asylet der de arbeider, humrer Hans Kristian Henriksen.

Bra for barn på Eg

Selv vokste han opp innenfor de høye gjerdene som omkranset daværende Eg asyl i Kristiansand.

– Min far Endre Henriksen arbeidet her som overlege på kvinneavdelingen fra midten av femtitallet til 1981. Sykehuset var den gang et eget miniatyrsamfunn, med tett oppunder 450 «innbyg-

gere». Vi bodde sammen med to andre familier i det som nå er sykehusets administrasjonsbygning, mens pasientene bodde på 16-manns sovesaler. Gamle Eg gård var en del av sykehusanlegget, med et stort gartneri og mange husdyr. Her arbeidet de av pasientene som var friske nok til det og sykehuset var blant annet selvforsynt med ved. Det var ganske mange barn som vokste opp inne på området og vi hadde det veldig fint. Jeg kan ikke huske at vi noensinne var redde. Pasientene tok godt vare på oss, vi fikk blant annet bananer og epler av dem. Men de som var alvorligere syke ble nok passet på andre steder, tror han.

– Du sies å ha vært særlig godt kjent i Eg asyls underjordiske liv?

– Ja, de lange gangene som løp under sykehusbygningene var et spennende område å utforske for oss som små.

Reisende i psykiatri

Gleden ved å gjøre seg godt kjent i et område har Hans Kristian Henriksen beholdt. Han kom selv tilbake til Eg som lege i 1987. Den populære psykiateren har siden fartet Vest-Agder rundt utallige ganger. Lik en gammeldags landsbylege liker han å besøke pasientene hjemme.

– Enn så lenge reiser jeg rundt til ny-lig henviste og andre pasienter som ikke klarer eller ønsker å ta turen hit. For mange vil Sørlandet sykehus fortsatt ha en klang av Eg asyl, som de oppfattet som skremmende. De er så flinke der ute også. Jeg treffer hjemmesykepleiere og –hjelpere, som etter å ha møtt meg, finner det lettere å ringe meg hvis de senere lurar på noe med pasientene. For meg er det fint å se hvordan folk har det. Det gjør det enklere å vurdere hva som er praktisk mulig å få til og hvordan vi best kan tilrettelegge tilbudene for den enkelte. Dagens eldregenerasjon er for øvrig den siste som er takknemlig for å få hjelp. Det ser jeg, ikke minst på hvor mye ektefellene stiller opp for hverandre. De er vant til å skulle klare seg selv. Jeg tviler på at folk i min alder vil gi avkall på bridgekveldene sine for å passe på en ektefelle med demens.

Spennende skjæringspunkt

Overlegen gir sterkt uttrykk for at han liker jobben sin, både ved den alderspsykiatriske poliklinikken og sengeposten.

– Det er jo dette jeg synes at jeg kan noe om!

Han opplever seg å være omgitt av meget dyktige og engasjerte medarbeidere

– I motsetning til mange av de yngre psykiaterne er jeg også glad i å jobbe somatisk. På avdelingen foretar vi alltid en full somatisk undersøkelse av alle pasienter som legges inn. Det skiller nok oss alderspsykiatere fra andre psykiatere. Med bakgrunn i det ser Hans Kristian Henriksen store muligheter for alderspsykiatrien i årene som kommer:

– Dagens 80-åringer kan med riktig oppfølging ha en like god prognose som yngre folk. Den største utfordringen for samfunnet blir trolig mengden gamle. I min studietid var «aldersgrensen» for en bypassoperasjon sent i 60-åra. I dag finnes ingen tilsvarende grenser og i fremtiden vil vi stå overfor et helt nytt sykdomspanorama, med mange eldre som har overlevd flere alvorlige sykdommer. I dette ser jeg et spennende skjæringspunkt mellom somatikk og psykiatri. Samme sykdom kan utvikle seg svært ulikt fra pasient til pasient. Hvorfor? Vi vet så lite om hvor det går og om hva denne utviklingen vil innebære av utfordringer for vårt felt, men det må være en fordel å ha også en somatisk bakgrunn.

For Hans Kristian Henriksen er det viktig at alderspsykiatrien får bli på sykehusene:

– Med de muligheter det gir oss til å besvare spørsmål raskt og med et godt resultat. Her har vi kort vei til røntgen, blodprøver og andre spesialiteter, og på sykehusene kan vi også samarbeide med de mange dyktige geriaterne.

Navn	Hans Kristian Henriksen
Alder	60
Familie	Gift med Torill. Tre sønner
Stilling	Overlege ved alderspsykiatrisk enhet, Psykiatrisk avdeling, Sørlandet sykehus HF, Kristiansand

Høstet heder

Den enorme innsatsen som overlege Henriksen legger ned til fordel for personer med en demenssykdom og deres pårørende, skaffet ham i fjor to priser. I omtalen av Årets ildsjel, som deles ut av Sørlandet sykehus hvert år, sies det følgende om den populære mottakeren:

Hans Kristian Henriksen er genuint opptatt av menneskene han møter i sitt arbeid og er alltid tilgjengelig for pasienter, pårørende, kolleger og studenter. Hans evne til å ta alle pasienter og pårørende på alvor blir høyt verdsatt, og hans engasjement for alderspsykiatri er godt kjent. Han har stor arbeidskapasitet og mye kunnskap som han gjerne deler med andre.

Hans Kristian sier alltid ja til å stille opp for andre, han viser entusiasme for faget og yrket sitt, med stor respekt for pasienter, pårørende og kolleger.

Prismottakeren har gjennom årene opparbeidet seg en særlig kunnskap om, og interesse for, Huntingtons sykdom. Det er til ham de fleste Huntington-pasientene fra Vest-Agder kommer.



BARNDOMSHJEMMET: Her, i det nåværende administrasjonsbygget til Sørlandet sykehus (tidligere Eg asyl), bodde Hans Kristian Henriksen og familien fra midten av 50-tallet.¹



LUNA OG LATIN: Himmelen fascinerer Hans Kristian Henriksen. Over skrivebordet står det *Nihil est melius quam vita diligentissima: Intet er bedre enn livet – vær forsiktig!*



VARSLER ANKOMST: Lyden av tresko.

– Jeg har hatt over 100 pasienter i løpet av disse årene. Det er mye, med tanke på at det ikke er flere enn cirka 300 personer som har Huntingtons sykdom i hele Norge, medgir han.

I fjor mottok han også Demensprisen, som Nasjonalforeningen for folkehelsens fylkeslag deler ut hvert år. Prisen går til en person som har utgjort en forskjell for personer med demens og deres pårørende; Et menneske som har vist en innsats utenom det vanlige. «Henriksen har betydd veldig mye for veldig mange i Vest-Agder – ja over hele Sørlandet», ble det sagt.

Skygger unna møtevirksomhet

Det finnes imidlertid arbeidsoppgaver som Hans Kristian Henriksen ikke kan like. Det dreier seg om administrasjon og data. På det sist nevnte området er han da også sørgelig uvitende, ifølge DAs kilder.

– Hvorfor skal sykehuset betale 400 kroner timen til en lege for å sitte ved et tastatur, når det finnes så mange andre som er så mye flinkere til den slags? Jeg vil heller bruke tiden sammen med pasientene enn å sitte med administrative gjøremål ved en dataskjerm. Det er

arbeidet jeg trives med og som jeg synes jeg kan noe om, forklarer han.

– Dette kan nok avdelingen ha lidd litt under. Jeg har jo gjort alt jeg kan for å unngå møter og har verken markedsført oss høylytt eller lagt store planer. De yngre legene er mye flinkere til slike ting, de driver ofte med data på fritiden i tillegg.

Astronomiske interesser

Sin egen fritid vil Henriksen heller bruke på himmelske helter. Med kikkerten følger han det som skjer høyt der oppe.

– Jeg sjekker om Tvillingene står der de skal. Ja, de andre stjernebildene og, selvfølgelig. Det er et fascinerende felt. Alle kulturer har jo projisert sine gudeverdener på himmelen. De har også benyttet det de har «sett» i stjernene i sitt praktiske liv. Hundedagene, som kommer fra egyptisk astronomi, er et godt eksempel på dette. For datidens elvekulturer var det særdeles viktig å få sådd på det riktige tidspunkt. Hvis prestskapet visste hvordan stjernene sto, kunne de også forutse når flommen kom og når folk kunne så.

På Henriksens liste over temaer som gleder står, foruten astronomi og latin,

innlæring av egyptiske hieroglyfer og partikkelfysikk.

– Nå har jeg i 25 år bare lest faglitteratur og ting som arbeidsgiver har nytte av. Resten av livet har jeg tenkt å gjøre motsatt. Jeg er fascinert av språk, ikke minst de latinske gradbøyninger som jeg er tungt inne i; Et tema jeg er sørgelig alene om å interessere meg for i vårt område. Det er til å imponeres over at hieroglyfene, som egypterne hugget i stein 3800 år f.Kr, fortsatt kunne leses og forstås mer enn 4000 år senere. I våre dager har vi trøbbel med å forstå det som ble skrevet for 150 år siden.

¹⁾ Hans Kristian Henriksens søster, Kari Henriksen, har sammen med Jorun Buckley gitt en nærmere beskrivelse av den uvanlige oppveksten i boken «*Æ du gal? – oppvekst på Eg sykehus*».



Mona Michelet, ergoterapeut, MSc, prosjektleder Nasjonal kompetanse-tjeneste for aldring og helse og Sverre Bergh, lege, PhD, forskningsleder Alderspsykiatrisk Forskningscenter, Sykehuset Innlandet

Demensteamenes oppgaver og ressursbehov – DemiNor

Om lag halvparten av norske kommuner har demensteam eller koordinator. Målet med prosjektet DemiNor er å få en beskrivelse av demensteamenes oppgaver og ressursbruk og hvilke pasienter de utreder og følger opp, samt å prøve ut om demensteamene også kan følge opp personer med andre alderspsykiatriske lidelser og rusproblematikk.

Bakgrunn

Demensteam i Norge

I Norge har flere og flere kommuner opprettet demensteam eller demenskoordinatorer. Det brukes ulike navn for disse teamene/funksjonene, noen steder kalles det hukommelsesteam eller utredningsteam, andre steder demensrådgiver eller demenskontakt. Vi velger her å bruke begrepene demensteam/-koordinator. Demensteamenes oppgaver er utredning, oppfølging og behandling av personer med demens bosatt i kommunene. I en kartlegging av demensteam i 2010/2011, gjort av Nasjonal kompetanse-tjeneste for aldring og helse (NKAH, tid-

ligere Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse), kom det frem at 197 kommuner hadde demensteam, mens 156 kommuner hadde demenskoordinatorer. Noen kommuner hadde både demensteam og demenskoordinatorer slik at totalt hadde 244 norske kommuner (57 prosent) enten demensteam eller demenskoordinatorer (1). Nesten alle demensteamene (96 prosent) hadde en sykepleier i teamet, mens 40–50 prosent av teamene hadde helsefagarbeider, ergoterapeut og fastlege i teamet. Bare åtte prosent av teamene hadde fysioterapeut. I tillegg til utredning og oppfølging av pasienter med demens, drev mange av demensteamene med undervisning og veiledning for helsepersonell og pårørende.

Cirka hvert fjerde demensteam/demenskoordinatorer oppgir å inkludere pasienter med andre alderspsykiatriske sykdommer enn demens i sin utredning og behandling. Samtidig har det i mange kommuner vært egne psykiatriske team som har hatt hovedansvaret for oppfølging av personer med psykiatrisk sykdom. Disse teamene har i liten grad utredet og behandlet eldre pasienter med psykiatriske lidelser.

Utredning av kognitiv svikt

NKAH og Helsedirektoratet har laget en utredningspakke med anbefalinger om hvilke kartleggingsverktøy og undersøkelser som bør benyttes ved utredning av kognitiv svikt hos hjemmeboende pasienter:

- ◆ Spørreskjema til pårørende (IQ-CODE) (2)
- ◆ Kartlegging av ADL funksjon (3)
- ◆ Pårørendes belastningsskala (4)
- ◆ Mini mental state examination (MMSE) (5)
- ◆ Cornells depresjonsskala (6)
- ◆ Klokketest (7)
- ◆ Sikkerhet i hjemmet
- ◆ Blodprøver
- ◆ CT- eller MRI-undersøkelse av hjernen.

Mens klokketesten gir et mål på eksekutiv funksjon, visuospatial evne og rom-, retnings- og tidsorienteringsevne, tester MMSE hovedsakelig tids- og stedsorienteringsevne og hukommelse. Nevro-psykiatrisk intervjuguide (NPI-Q) (8) er tilleggsværktøy i utredningen, mens det eneste obligatoriske utredningsverktøyet som kartlegger andre symptomer/sykdommer enn kognisjon/demens i dagens utredningspakke, er Cornells depresjonsskala som kartlegger depresjon.

Det har vært ønskelig å tilby et bredere sett av verktøy enn dagens utredningspakke og inkludere skjemaer for nærmere kartlegging av depresjon, angst og rusmiddelbruk. Dette fordi disse sykdommene er differensialdiagnoser ved kognitiv svikt og demens, men også fordi demensteamene kan tenkes å bli en ressurs i omsorgen og behandlingen av eldre personer med depresjon, angst og rusmiddelmisbruk.

Forekomst av depresjon, angst og rusmiddelmisbruk hos eldre

Forekomsten av depresjon hos eldre

For å kartlegge depresjons- og angstsymptomer i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) brukte en the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (9). HADS deles i en depresjonsskår (HADS-D) og en angstskår (HADS-A). Forekomsten av depresjon (HADS-D $\geq$ 8) hos deltakerne i HUNT er beskrevet i tabell 1. Som det går frem av tabellen øker forekomsten av depresjon med alderen, fra ca 15 prosent ved 60-69 års alder til cirka 20 prosent ved 80-89 års alder.

Forekomsten av angst hos eldre

Tall på forekomsten av angst hos eldre varierer mellom studier, avhengig av hvilken angstdiagnose som vurderes, hvilken gruppe pasienter som undersøkes og hva slags kartleggingsundersøkelser eller diagnosekriterier som benyttes. Undersøkt med HADS-A rapporterte 12,9 prosent av personene i Helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK) symptomer på angst (11), mens beregninger av forekomsten av angstlidelser hos pasienter med demens har variert fra 17 til 38 prosent i ulike studier.

Forekomsten av rusmiddelbruk hos eldre

Når det gjelder rusmiddelbruk hos eldre, er det ikke gjort forekomststudier i Norge. Internasjonale studier viser at alkoholmisbruk (definert som >14 alkoholenheter per uke eller >4 alkoholenheter ved hver anledning for menn, og >7 alkoholenheter per uke eller >3 alkoholenheter ved hver anledning for kvinner) forekommer hos 1-3 prosent av eldre personer (12). Anslagene av misbruk av vanedannende medikamenter er mye vagere, men en vet at 25 prosent av eldre bruker vanedannende medikamenter

daglig, og en antar at 11 prosent av eldre misbruker vanedannende medikamenter (13).

Beskrivelse av prosjektet

Satsningen i Demensplan 2015 går mot slutten. Det var derfor et behov for å gjøre en beskrivende undersøkelse av dagens norske demensteam/-koordinatører, deres oppgaver, ressursbehov og hvilke pasienter de vanligvis utreder. Med dette som formål bevilget Helse direktoratet i 2012 midler til studien Demensteamenes oppgaver og ressursbehov (DemiNor). Studien består av to deler.

I den første delen av studien ble et spørreskjema om demensteamenes oppgaver og tidsbruk sendt til alle kommuner med demensteam. I spørreskjemaet ble temaer som organisering av demensteamene, bemanning i demensteamene, antall pasienter utredet, antall pasienter fulgt opp og tidsbruk knyttet til disse og andre oppgaver belyst. Vi fikk svar fra 190 (76 prosent) av de forespurte kommunene. I tillegg til spørreskjemaet om demensteamenes oppgaver og tidsbruk, ble hvert demensteam bedt om å sende inn resultatene fra utredningen av de tre sist kartlagte pasientene. Skjemaene inneholdt ikke identifiserbare persondata og ble returnert til oss i egen konvolutt, separat fra spørreskjemaet om demensteamenes oppgaver og tidsbruk. Vi fikk inn totalt 423 av disse skjemaene.

Den andre delen av studien gjøres i samarbeid med godt etablerte demensteam/-koordinatører i 32 norske kommuner/bydeler. Disse demensteamene kommer fra alle fire helseregioner, fordelt på store og små kommuner (mellom 2 000 og 45 000 innbyggere) og by- og landkommuner inkludert bydeler i Oslo og Bergen. Noen av kommunene var ressurs- eller modellkommuner da satsningen på demensteam startet for alvor i

2007, mens andre kommuner har vært nye samarbeidspartnere for NKAH.

Demensteamene/-koordinatørene bidrar i prosjektet på tre måter: A) Ansatte i disse 32 demensteamene skal intervjues, for å få utfyllende informasjon om svarene fra spørreskjemaene som gikk til alle demensteam i landet. B) Demensteamene skal gi detaljert informasjon om hvordan arbeidstiden deres brukes på ulike oppgaver i en vanlig arbeidsuke våren 2014 og høsten 2014. C) Demensteamene har gjort en utvidet kartlegging av pasienter som de fikk henvist for utredning i tidsrommet fra januar 2013 til januar 2014. Den utvidete kartleggingen består av standard skjema for kartlegging av pasientenes rusmiddelbruk, depresjon, angst, ressursbruk, nevropsykiatriske symptomer, livskvalitet, somatisk helse og lystbetonte aktiviteter, se faktaboks 1.

Faktaboks 1

Beskrivelse av kartleggingsskjema i den utvidete kartleggingen av pasienter utredet av demensteam

1. Depresjon

- Hospital anxiety depression scale (HADS-D) (14)
- Geriatrisk depresjonsskala (GDS) (15)

2. Angst

- Geriatric Anxiety Inventory (GAI) (16)
- Hospital anxiety depression scale (HADS-A) (14)

3. Nevropsykiatriske symptomer

- Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q) (17)

4. Livskvalitet

- EQ – 5D (18)
- Quality of life in Alzheimer's Disease (QoL-AD) - Livskvalitet ved Alzheimer sykdom (19)

5. Somatisk helse

- The General Medical Health Rating (GMHR) - Vurdering av somatisk helse (20)

6. Pasientenes rusmiddelbruk

- Alcohol Use Disorders identification test (AUDIT) (21)
- Drug Use Disorders Identification test (DUDIT) (22)
- CAGE (23)

7. Lystbetonte aktiviteter

- Eget utviklet spørreskjema

8. Ressursbruk

- Resource Utilization in Dementia (RUD) - Helseøkonomisk spørreskjema (24)

Tabell 1
Forekomst av depresjon, definert som en HADS-D skår $\geq$ 8

Aldersgruppe (år)	Menn (%)	Kvinner (%)
60-69	14.4	14.6
70-79	17.2	17.4
80-89	23.4	18.3

Tabell adaptert fra Stordal et al., 2001 (10)

Pasientene vil også bli fulgt opp med en utvidet kartlegging 18–24 måneder etter utredningen. Om pasientene blir fulgt opp med besøk mellom baseline kartlegging og 18–24 måneders kartleggingen, sender også demensteamene inn kartleggingsskjema brukt ved disse besøkene.

Noen demensteam samlet i tillegg inn DNA-prøver fra de pasientene som samtykket til det, for en undersøkelse av genetisk polymorfisme.

Opplæring og kunnskapsformidling i DemiNor

Opplæring

Før demensteamene begynte med den utvidede kartleggingen, fikk de ansatte seks timer opplæring. På opplæringsdagen fikk de undervisning om depresjon, angst og rusmiddelmisbruk hos eldre. I tillegg ble kartleggingsverktøyene brukt i prosjektet gjennomgått.

Fagdager

DemiNor har arrangert to fagdager i løpet av prosjektperioden. Hver fagdag har bestått av seks timer, og har hatt undervisning om tema som demens og nevropsykiatriske symptomer, depresjon, velferdsteknologi, rusmiddelmisbruk hos eldre, fysisk aktivitet og delirium, og har benyttet seg av forelesere knyttet til prosjektet så vel som eksterne forelesere. Fagdagene har vært godt besøkt. Det planlegges en fagdag i løpet av 2015, for formidling av resultater fra prosjektet.

Fagnettet

Det er opprettet en egen lukket side på fagnett-demensteam (<http://helsekompetanse.no/fagnett-demensteam/>) for prosjektdeltakere i DemiNor. Der finnes dokumenter brukt i prosjektet for nedlastning, i tillegg er det et diskusjonsforum for spørsmål og svar om prosjektet og andre ting som opptar ansatte i demensteamet. Nettsidene er noe ujevnt besøkt, med mellom fem og 20 unike besøkende hver måned. I tillegg til fagnettet bruker prosjektledelsen E-mail, møter, brev og telefoner i kommunikasjonen med demensteamene.

Etikk/samtykke

Prosjektet ble godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst (REK) i januar

2013 og ble igangsatt umiddelbart etter dette. I DemiNor samler vi inn sensitive data fra pasientene og deres pårørende, og vi benytter derfor tre samtykkeskjemaer, 1) Pasientsamtykke 2) Pårørendesamtykke og 3) Samtykke fra pårørende på vegne av pasient, der pasienten ikke selv kan gi sitt samtykke. Pårørende undertegner altså eget samtykke for de opplysningene som de deler om seg selv.

Resultater

Svarene i del 1 av DemiNor viser først og fremst en positiv utvikling i demensomsorgen blant hjemmeboende i norske kommuner, med økt satsing på demensteam og mange kartlagte og oppfulgte pasienter og pårørende. Demensteamene i mange av kommunene har etter hvert blitt vel etablert, og er en viktig bidragsyter i den kommunale demensomsorgen. Utfordringene som kom frem i undersøkelsen kan oppsummeres i fire punkter:

1. Fast avsatt tid og mengde tid som er avsatt

I to tredjedeler av kommunene har demensteamet/-koordinatoren fast avsatt tid til arbeidet. I de resterende kommunene må personalet som har disse funksjonene, finne tid eller be om tid innimellom annet arbeid. Dette oppleves av mange som utilfredsstillende, og kvaliteten på tjenesten blir da ikke som den er tenkt. Videre opplever mange av demensteamene som har fast avsatt tid til demensomsorgen, at tiden ikke strekker til. Det vil si at de opplever et avvik mellom avsatt tid og den tiden det er behov for.

2. Helheten i utredningene

Informasjonen vi fikk om 423 pasienter, tyder på at utredningene som gjøres ikke alltid er så helhetlig som Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler. Ofte utelates flere av skjemaene som pårørende skal fylle ut. I under halvparten av utredningene er det fylt ut Cornell depresjonsskala og i bare rundt halvparten av utredningene har en fylt ut pårørendes belastningsskala. Dermed får en ikke det fulle bildet av situasjonen til pasienten og pårørende, og en får begrenset muligheten til å sørge for tilpasset oppfølging. Det er kjent at det fins en sammenheng mellom depre-

sjon hos pasienten og pårørendes belastning.

3. Diagnostisering

En tredjedel av pasientene vi fikk informasjon om har ikke fått stilt noen diagnose, på tross av at de har blitt utredet av demensteamet. Dersom en pasient har demens, er en diagnose viktig for å kunne få et godt og riktig tilbud i den videre oppfølging og behandling. Våre tidligere erfaringer tilsier at en høyere andel av pasientene får en demensdiagnose om demensteamet har en lege fast knyttet til teamet. Blant de 190 kommunene i denne undersøkelsen, har i underkant av en tredjedel lege tilknyttet teamet.

4. Oppfølging av pasientene etter utredningen

Type og omfang av oppfølging varierer sterkt mellom kommunene og fra pasient til pasient. Det brukes relativt liten tid per pasient per år til oppfølging. «I demensteamsatsingen som er en del av Demensplan 2015, har det til nå vært lagt mye vekt på utredning og mindre vekt på oppfølging. Dette gjenspeiles nok i den relativt lave satsingen på oppfølging som vi ser i kommunene. I fremtiden bør det være økt fokus og økt satsing på oppfølging av pasientene; en oppfølging som tar utgangspunkt i pasientenes og de pårørendes ressurser og ønsker.

Inklusjonen av pasienter i del 2 av DemiNor ble avsluttet 1. februar 2014. De 32 kommunene har til sammen gjort utvidet utredning av drøyt 200 pasienter. DNA-prøver er samlet inn hos 37 pasienter. Gjennom deltagelse i prosjektet har demensteamene fått prøvd ut nye kartleggingsredskaper, som de kan bruke videre fremover i sitt arbeid med personer med demens. Noen av skjemaene blir opplevd som mer nyttig enn andre. Demensteamene har videre fått et økt fokus på psykisk helse og noen av demensteamene har fått formalisert samarbeidet med fagpersoner som jobber med psykisk helse i sin kommune.

Veien videre/konklusjon

DemiNor er fortsatt bare midtveis i sin prosjektperiode. Nå gjenstår å legge til rette for at demensteamene kan følge opp

pasientene helt frem til 18–24 måneders-kartleggingen. Videre skal de 32 demens-teamene som deltar med utvidet kartlegging av sine pasienter intervjues av en fra prosjektet, for at de skal kunne få formidlet mer om sine erfaringer med å jobbe i et demensteam. Til slutt gjenstår også kartlegging av demensteamenes tidsbruk og hvilke oppgaver de gjør i løpet av to arbeidsuker våren og høsten 2014.

DemiNor har allerede gitt oss mye ny og viktig informasjon om hvordan demensteam jobber i dag, og inspirasjon til videre utviklingsarbeid slik at flere personer med demens og andre alderspsykiatriske lidelser får god behandling og omsorg.

■ mona.michelet@aldringoghelse.no
sverre.bergh@sykehuset-innlandet.no

FACTERMINOLOGI

HUNT – Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag: Norges største befolkningsundersøkelser, som gir oss gode tall på forekomst av forskjellige sykdommer og risikofaktorer for utvikling av senere sykdommer.

HUSK – Helseundersøkelsene i Hordaland: To helseundersøkelser der 36 000 Hordalendinger deltok. Hovedmålet for disse undersøkelsene var å innhente kunnskap om risikofaktorer slik at sykdom kan forebygges.

Eksekutiv funksjon: Eksekutive funksjoner inkluderer arbeidsminne, planlegging, komme i gang med aktiviteter, hemme upassende responser og fleksibilitet for

endringer. Slike funksjoner er en forutsetning for tilfredsstillende fungering i hverdagen.

Visuospatial evne: Visuospatial evne er evnen til å forstå og tolke romlige forhold, for eksempel avstandsbedømmelse, orientering i rom/ terreng og evne til å konstruere geometriske figurer.

Genetisk Polymorfisme: Fra Gresk; poly = mange, morfe = form, det vil si alternative former av et gen og medfølgende endrede egenskaper. Genetisk polymorfisme kan blant annet gi endret reaksjon ved bruk av legemidler fordi reseptorens egenskaper endres.

REFERANSER

- Gausdal M & Michelet M. Demensteam – oppgaver og utfordringer. 2012 2012. Report No.
- Jorm AF & Jacomb PA. The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. *PsycholMed* 1989 11/1989;19(4):1015-1022.
- Lawton MP & Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969 1969;9(3):179-186.
- Greene JG, Smith R, Gardiner M et al. Measuring behavioural disturbance of elderly demented patients in the community and its effects on relatives: a factor analytic study. *Age Ageing* 1982 5/1982;11(2):121-126.
- Folstein MF, Folstein SE & McHugh PR. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *JPsychiatrRes* 1975 11/1975;12(3):189-198.
- Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC et al. Cornell Scale for Depression in Dementia. *BiolPsychiatry* 1988 2/1988;23(3):271-284.
- Shulman KI. Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiatry* 2000 6/2000;15(6):548-561.
- Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology* 1997 5/1997; 48(5 Suppl 6):S10-S16.
- Zigmond AS & Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983 6/1983;67(6):361-370.
- Stordal E, Bjartveit KM, Dahl NH et al. Depression in relation to age and gender in the general population: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104(3): 210-6.
- Biringer E, Mykletun A, Dahl AA et al. The association between depression, anxiety, and cognitive function in the elderly general population – the Hordaland Health Study. *IntJGeriatrPsychiatry* 2005 10/2005; 20(10):989-997.
- Caputo F, Vignoli T, Leggio L et al. Alcohol use disorders in the elderly: A brief overview from epidemiology to treatment options. *ExpGerontol* 2012 6/2012;47(6): 411-416.
- Simoni-Wastila L & Yang HK. Psychoactive drug abuse in older adults. *AmJGeriatrPharmacother* 2006 12/2006;4(4):380-394.
- Zigmond AS & Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70.
- Yesavage JA. Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacology bulletin*. 1988;24(4): 709-11.
- Pachana NA, Byrne GJ, Siddle H et al. Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *IntPsychogeriatr*. 2007;19(1):103-14.
- Cummings JL, Mega M, Gray K et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44(12):2308-14.
- Ankri J, Beauvils B, Novella J-L et al. Use of the EQ-5D among patients suffering from dementia. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2003;56 (11):1055-63.
- Logsdon RG, Gibbons LEP. Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosom Med*. 2002;64((3)): 510-9.
- Lyketsos CG, Galik E, Steele C et al. The General Medical Health Rating: a bedside global rating of medical comorbidity in patients with dementia. *JAmGeriatrSoc*. 1999; 47(4): 487-91.
- Saunders JB, Aasland OG, Babor TF et al. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption – II. *Addiction*. 1993; 88(6):791-804.
- Berman AH, Bergman H, Palmstierna T et al. Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *European addiction research*. 2005;11(1):22-31.
- Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*. 1984;252(14):1905-7.
- Wimo A & Nordberg G. Validity and reliability of assessments of time. Comparisons of direct observations and estimates of time by the use of the resource utilization in dementia (RUD)-instrument. *Arch Gerontol Geriatr*. 2007;44(1):71-81.



Tone S. Kvamme, førsteamanuensis i musikkterapi,
Senter for musikk og helse, Norges musikkhøgskole



Glimt av glede

Et doktorgradsprosjekt om musikkterapi med personer med demens som har symptomer på depresjon og angst

Kan musikkterapi påvirke sinnsstemning hos personer med symptomer på depresjon eller depresjon kombinert med angst?

Ja, viser Tone S. Kvammes doktorgradsprosjekt, som også dokumenterer at deltakerne i prosjektet fikk økt livskvalitet.

I 10 år har jeg arbeidet som musikkterapeut med personer med demens. Ofte har jeg blitt overrasket over i hvor stor grad musikalsk samvær har åpnet opp for følelser, minner og meningsfull dialog. Det har skjedd selv hos personer med langt fremskreden demens med store hukommelses- og språkproblemer og psykiske tilleggsbelastninger. Noen ganger virker det nesten som musikk har en direkte vei inn til personligheten. Dette fenomenet er det etter hvert gjort mange studier på internasjonalt. I Norge har lege Audun Myskja publisert enkelte studier med fokus på musikktiltak i pleie. Norske undersøkelser av musikkterapi og demens har for øvrig begrenset omfang, foreløpig. Mitt utgangspunkt for å gjøre et Ph.D-prosjekt ved Norges musikkhøgskole var at jeg ønsket å få musikkterapiens virkning hos personer med demens dokumentert vitenskapelig, spesielt symptomer på depresjon (1).

Problemstillingen for prosjektet ble derfor: *Kan musikkterapi påvirke sinnsstemning hos demensrammede med symptomer på depresjon eller depresjon kombinert med angst?*

Hva er musikkterapi og hvordan forstås sinnsstemning?

Faget musikkterapi er en tverrfaglig disiplin som består av fagområder som psykologi, psykiatri, musikkpedagogikk, spesialpedagogikk og nevrologi (2). I Norge er musikkterapiutdannelsen fem-årig på mastergradsnivå og tilbys både ved Norges musikkhøgskole i Oslo og Universitetet i Bergen.

Musikkterapi innebærer ulike former for musikkaktivitet som for eksempel improvisasjon, låtskriving og sang. Teoretisk forståelse, mål for terapien, arbeidsformer og teknikker vil variere ettersom tilnærmingen tar utgangspunkt i individet selv og hennes behov. I Glimt av glede-prosjektet var ideer om kommunikasjon og samhandling/relasjon vektlagt, blant annet Kitwoods tanker om personorientert demensomsorg (3), og den humanistiske musikkterapitilnærmingen med vekt på samarbeid mellom terapeut og personen med demens og fokus på deltakerens ressurser fremfor sykdom og begrensninger (4).

Sinnsstemning er i prosjektet definert som en subjektiv opplevelse av hvordan man har det følelsesmessig over tid, vurdert av personen selv og omsorgsgivere. Det forstås altså som noe

mer varig enn både følelser og humør og handler om en tilstand som beskriver hvordan man i det store og hele har det for tiden, i et tidsspenn over flere dager. Sinnsstemning kan bedres både ved reduksjon av negative faktorer og ved økning av positive. I dette prosjektet ble det for å vurdere sinnsstemning derfor valgt å kartlegge både symptomer og livskvalitet. I tillegg ble informantens deltakelse eller mangel på sådan vurdert som et uttrykk for en sinnsstemning. Deltakelse ble vurdert ut fra kroppsspråk og mimikk, samt verbale utsagn og musikalske ytringer.

Hvorfor depresjon og angst?

Symptomer på depresjon og angst er utbredt hos personer med demens. Forekomst er omtrent 20 prosent for en depressiv sykdom og 50 prosent for depressive symptomer¹ (5). Det er ikke uten videre enkelt å diagnostisere depresjon ved demens. Selv om nedsatt stemningsleie er et kjernesymptom ved depresjon, kan både agitasjon, passivitet, tilbaketrekningssatferd og angst indikere dette (6). Det er svake holdepunkter for at medikamenter som antidepressiver er effektive, og det er derfor viktig å sette i gang miljøbehandling først (5), (7).

Hos personer med demens kan angst gi seg til kjenne ved kognitive symptomer som engstelse, overdreven bekymring

¹) *Depressive symptomer betyr at man ikke har mange nok symptomer til å tilfredsstille betingelsene for en depressiv diagnose*

og indre uro, somatiske symptomer som skjelving, hodepine, hjertebank, utmatelse og søvnforstyrrelser, samt med atferdssymptomer som irritabilitet, vandring, tilbaketrekking, tvangspreget atferd og overfølsomhet for lyder (8). Med hensyn til forekomst av angst ved demens fant Selbæk og medarbeidere (9) klinisk signifikante symptomer målt med Neuropsychiatric Inventory (NPI) hos i overkant av 20 prosent av pasientene.

Annen forskning på feltet

I avhandlingen har jeg beskrevet til sammen 18 musikkterapistudier² som gjelder depresjon og/eller angst/APSD hos personer med demens (publisert

² Studier der en kvalifisert musikkterapeut utfører musikktiltaket

Fra begynnelsen av sesjon 2 med Ophelia.

Musikkterapeuten: «Er du i godt humør?»

Ophelia: «Ikke fullt, du kan skjønne, jeg er jo ikke mer igjen – ikke noe mer igjen av meg».

Musikkterapeuten: «Er du bekymret?»

Ophelia: «Ja, jeg er i grunnen det. Jeg lurer på hvordan det vil gå. Du vet, jeg er ikke noe mer».

Fra slutten av sesjon 2 med Ophelia.

Musikkterapeuten: «Er du i godt humør?»

Ophelia: «Nei, ikke helt».

Musikkterapeuten: «Er du bekymret?»

Ophelia: «Nei, jeg er ikke det, jeg altså. Hvis jeg bare kan få noe som jeg liksom er glad i. Da er det i orden».

Musikkterapeuten: «Er du trist?»

Ophelia: «Innimellom, men ikke nå. Her er det ro og fred».

Etter en drøy halvtime med musikkterapi er altså Ophelias sinnsstemning endret fra å være bekymret og kjenne seg verdiløs til at hun verken kjenner seg bekymret eller trist.

mellom 2000–okt. 2011). Studiene viser overveiende positive resultater. Likevel gir de ikke tilstrekkelig grunnlag for å trekke bastante konklusjoner om effekt, siden studiene stort sett har små utvalg og det er forskjeller blant annet i musikkterapi-tilnærming og forskningsmetoder.

Etter 2011 er flere studier på området publisert. Blant andre foreligger en dansk-norsk randomisert og kontrollert undersøkelse om musikkterapi og agitasjon fra 2013 med 48 informanter (10). Den viser at forstyrrelsesgrad av agitert atferd steg hos kontrollgruppen, men falt etter seks uker med musikkterapi ($p=0.027$) og at det ble utskrevet signifikant mer psykofarmaka til personene i kontrollgruppen enn for dem som hadde musikkterapi ($p=0.02$).

Praktisk prosjekt

I Ph.D-prosjektet ville jeg forsøke å fange opp den endringen jeg har sett i praksis. Varer den bare der og da mens musikkterapien pågår eller kan musikkterapien ha konsekvenser på lengre sikt? For å finne ut av dette ble musikkterapi prøvd ut i praksis. Seks eldre personer med demens og symptomer på depresjon ble med i prosjektet. Fire av dem hadde mild kognitiv svikt (over 17 på MMS-skala) og to hadde lavt kognitivt funksjonsnivå.

Fire musikkterapeuter ansatt på ulike institusjoner gjennomførte musikkterapien. Informantene deltok i individuell musikkterapi i om lag fem uker med gjennomsnittlig 12 sesjoner for hver deltaker. Hver sesjon varte i ca. 45 minutter. Det musikalske innholdet var basert på personlige musikkpreferanser hos den enkelte klient. Preferansene ble kartlagt dels ved samtale med pårørende og pleiere og dels ved samtale og utprøving av musikk fra ulike sjangre. Felles retningslinjer var for øvrig at det skulle være noe innspilt og noe «levende» musikk i alle sesjoner. Musikkterapeutene la opp til et noenlunde fast program, som de kunne justere etter egen faglig vurdering. Ut over dette tok den enkelte i bruk sin musikkterapeutiske kompetanse til å møte psykososiale behov hos personen med demens.

Forskningsmetode

Det var viktig å finne ut om noen endring i sinnsstemning kunne registreres hos den enkelte. Samtidig ønsket jeg å få oversikt over hva som foregikk i de enkelte musikkterapiprosessene for om mulig å kunne forklare årsaker til endring. Derfor ble en kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder valgt, et «mixed methods» design (11).

Ferdig utviklede skjema ble benyttet (standardiserte måleinstrumenter), som kunne si noe om nivå av depresjon, angst og livskvalitet (blant andre Cornell skala for depresjon ved demens (12), Neuropsychiatric Inventory, NPI (13) og Alzheimer Disease Related Quality of Life Instrument, ADRQL (14)). I tillegg ble det gjort videoopptak av alle musikkterapisesjonene. Måleinstrumentene ble besvart av en og samme omsorgsperson før musikkterapien startet og etter den var slutt. På begynnelsen og på slutten av hver enkelt sesjon og mellom sesjonene ble andre måleinstrumenter brukt til tester/kartlegging.

Videoanalysen bestod først av å sammenlikne deltakelsen i en tidlig sesjon med en av de siste sesjonene for å se etter eventuell endring. Deretter ble en sekvens fra begynnelsen av noen enkelt-sesjoner sammenliknet med en sekvens lengre ut i sesjonen. I tillegg fikk fire eksterne observatører, erfarne musikkterapeuter fra Danmark og Norge, et videoklipp fra de samme sesjonene. De ble først bedt om å beskrive deltakelsen med ord og deretter å vurdere grad på en Likert skala fra 1–5.

På forhånd var det ikke klart om det i det hele tatt ville være mulig å få registrert/dokumentert endringer etter en slik musikkterapiprosess. Det forelå en mulighet for at ingen av måleinstrumentene ville vise endring, både fordi musikkterapien var såpass kortvarig og fordi måleinstrumentene muligens ikke ville være finmasket nok til å fange små endringer. Dette var altså ikke tenkt som noen sammenligning mellom kvalitative og kvalitative metoder, men et ønske om – ved hjelp av mange ulike redskaper og på ulike tidspunkt – å kunne registrere og dokumentere eventuell endring på et så bredt grunnlag som mulig.

Noen resultater

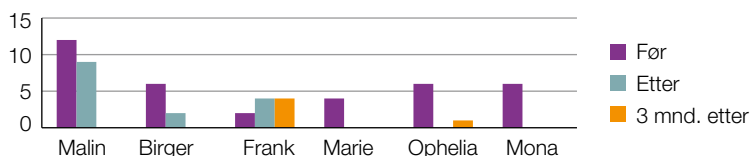
Standardiserte måleinstrumenter viste mange positive resultater for gruppen samlet etter musikkterapiperioden. Blant annet var det statistisk signifikant³ ($p < 0.05$) positiv endring i livskvalitet målt med ADRQL, Alzheimer Disease Related Quality of life Instrument og i delområdet angst målt med NPI (figur 1), Neuropsychiatric Inventory. NPI som helhet og Cornell skala for depresjon ved demens viste tendens til positiv endring, men ikke statistisk signifikant. Tre deltakere hadde økt kognitivt funksjonsnivå målt med MMS (tabell 1). Resultater for den enkelte varierte noe. Ophelias resultater var svært gode, blant annet ble symptomer målt med NPI signifikant redusert (figur 2).

Tre måneder etter musikkterapi-perioden ble NPI, Cornell skala og ADRQL igjen utført for fem av de seks personene. Sammenliknet med verdiene ved prosjektslutt var det forverring hos tre case og ytterligere bedring hos to. Sammenliknet med nivået ved prosjektstart, var likevel verdiene av NPI og Livskvalitet langt bedre hos fire av fem deltakere.

Det var fire kategorier av deltakelse som ble viktige i videoanalysen: oppmerksomhet, respons på musikken, følelsesuttrykk og relasjonell tilgjengelighet. Analysen viste høy grad av deltakelse på alle fire områder hos fem av seks personer. I tillegg viste den at alle hadde ulik musikksmak og ulik måte å respondere på. Videoanalysen viste imidlertid nesten ikke observerbar endring mellom de første og de siste musikkterapisesjonene eller fra begynnelsen til slutten av den enkelte sesjon.

Blant de viktigste funnene i denne studien er dokumentasjonen av både reduksjon av symptomer på depresjon og angst/agitasjon/SPSD i tillegg til økt livskvalitet. De kvantitative funnene bekreftes av kvalitativ videoanalyse med hensyn til høy grad av deltakelse. Funnene bekrefter forskning fra andre deler av verden og viser at musikkterapi med personer med demens kan ha tilsvarende virkning i Norge og Europa.

NPI, Angst



Figur 1. Delområder NPI, Angst

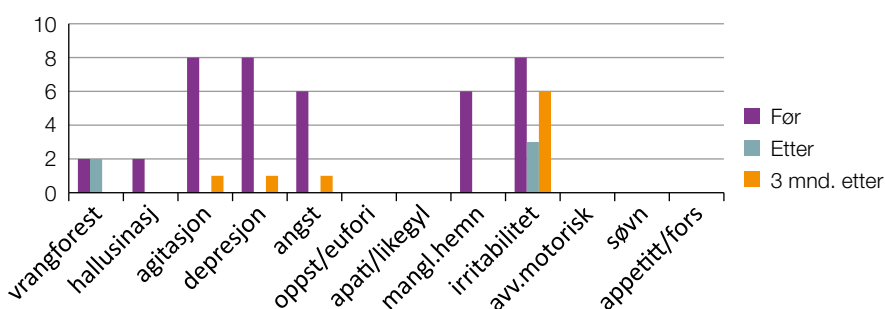
Maksimum skår er 12. Fallende skår viser reduksjon i symptomer.

Skårer over 4 regnes som klinisk signifikant symptom, over 8 som alvorlig symptom (9)

Tabell 1
MMS før og etter musikkterapitiltak

MMS	Før	Etter
Malin	18	18
Birger	17	22
Frank	20	21
Marie	21	25
Ophelia	11	10*
Mona	NA	NA

*Ophelia fullførte ikke testen etterpå.



Figur 2. Neuropsychiatric inventory (NPI) Ophelia

Agitasjon, depresjon, angst samt manglende hemninger er redusert til 0.

Symptomer samlet målt med NPI (maks 144) er redusert fra 40 til 5.

Hva betyr resultatene?

Argumenter som taler for at musikkterapien kan være hovedårsak til de positive endringene, var at deltakerne ikke mottok andre ekstraordinære tiltak i musikkterapiperioden, bortsett fra en som også ble med i frokostgruppe. Det var heller ingen endring i medisiner. De fleste var i sine vante omgivelser før, underveis og etter musikkterapi-perioden.

Målet i dette prosjektet har ikke vært å finne bevis for musikkterapiens effekt på depresjon ved demens. Dette betyr ikke nødvendigvis at muligheten for dette avvises, men at en ikke primært er ute etter bevis. Like viktig er troverdige kon-

klusjoner basert på argumentasjon og systematisk kritisk refleksjon (jf. 15 og 16).

Resultatene fra denne single case design-studien av seks deltakere gir da heller ikke grunnlag for generalisering til populasjonen⁴ personer med demens ut fra kvantitative forskningsstandarter. Imidlertid gir studien grunnlag for replikasjon (gjentakelse) ved at standardiserte måleinstrumenter og tester er benyttet. Innen en kvalitativ forståelsesramme vil dette kunne vurderes annerledes. Her kan resultater fra undersøkelser på et mindre utvalg gi grunnlag for

³⁾ Statistisk signifikans betyr at det er lite sannsynlig at resultatet er blitt til ved tilfeldigheter.

⁴⁾ Gruppen personer med demens som helhet.

analytisk generalisering (17) dersom det sammenholdes med materiale fra lignende undersøkelser og teori som understøtter troverdighet i funn.

I denne studien er altså ett case-forløp gjentatt i fem nye parallelle case-forløp. Selv om det er individuelle variasjoner, viser resultatene samlet reduserte symptomer og økt livskvalitet/bedret humør. I tillegg er det i avhandlingen redegjort for mange positive resultater fra andre undersøkelser av musikkterapi med personer med demens. Annen forskning og teori som viser tilgang til musikkminner hos personer med demens, sammenhenger mellom musikk og identitet og betydning av den terapeutiske relasjon er også beskrevet. Til sammen kan alt dette vurderes som sterk støtte til teorien om at musikkterapi kan påvirke sinnsstemning positivt hos personer med demens med symptomer på depresjon.

Hvordan kan positiv effekt av musikkterapi forklares?

Man kan spørre seg om det er relasjonen som oppstod mellom personene med demens og musikkterapeuten som hadde størst innvirkning på disse positive endringene i symptomer og livskvalitet. Ville enhver stimulans som innebærer positiv personlig kontakt hatt samme effekt? Min mening er at alle miljøtiltak som kan gi personer med demens positiv personlig kontakt er viktige i demensomsorgen og at en bredde i tiltakene er viktig. Likevel er det grunn til å tro at musikkterapi står i en særstilling. Hovedårsaken til dette er musikkens mulighet til å nå frem til personer med demens, til områder av hjernen som ikke er skadet og som også ved «samarbeid» mellom flere områder kan gi ekstra impulser slik at personen kan være aktivt deltakende (18). Den kjente

amerikanske nevrologen Oliver Sacks sier i sin bok *Musicophilia* (19) at målet med musikkterapi med personer med demens er å stimulere følelsene, kognitive evner, tanker og minner og det «selvet» som fortsatt er der. Han sier dette er mulig fordi musikkoppfattelse og andre evner knyttet til musikk som regel er bevart lenge etter at andre former for hukommelse er borte: «Musical perception, musical sensibility, musical emotion and musical memory can survive long after other forms of memory have disappeared» (ibid. s. 373).

■ tone.s.kvamme@nmh.no

REFERANSER

1. Kvamme TS. Glimt av glede. Musikkterapi med personer med demens som har symptomer på depresjon og angst. Ph.d. avhandling. Oslo: Norges musikkhøgskole, 2013.
2. Bruscia K. Defining music therapy. 2nd ed. Barcelona: Barcelona Publishers, 1998.
3. Kitwood T. En revurdering av demens – personen kommer i første rekke. Fredriks-havn: Dafolo Forlag, 1999.
4. Ruud E. Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I: Trondalen G, Ruud E, red. Perspektiver på musikk og helse. Oslo: NMH - publikasjoner 3, 2008.
5. Barca L. Depresjon ved demens – en faglig utfordring. Demens & Alderspsykiatri 2009; 13(3): 22-26.
6. Eriksson S, Minthon L et al. Behavioural and Psychological Symptoms in dementia, a 'state of the art' dokument. BPSD from a Nordic Perspective. Umeå: Janssen-Cilag, 2001.
7. Wogn-Henriksen K. «Det må da gå an å ha det godt selv om man er glemsk» – Miljøbehandling i demensomsorgen. I: Krüger RME, red. Det går an! Muligheter i miljøterapi. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2007.
8. Hynninen MJ. Angst hos mennesker med demens. Demens & Alderspsykiatri 2011; 15(1): 7-11
9. Selbæk G, Kirkevold Ø et al. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. International Journal of Geriatric Psychiatry 2007; 22: 843-9.
10. Ridder HM, Stige B et al. Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. Aging & Mental Health 2013; 17: 1-13.
11. Creswell JW & Clark VLP. Designing and Conducting Mixed Methods Research. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2007.
12. Alexopoulos G, Abrams R et al. Cornell scale for depression in dementia. Biological Psychiatry 1988; 23: 271-84.
13. Cummings J, Mega M et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology 1994; 44: 2308-14.
14. Rabins P, Kasper J et al. Concepts and Methods in the Development of the ADRQL: An Instrument for Assessing Health-Related Quality of Life in Persons with Alzheimer's Disease. Journal of Mental Health and Aging 1999; 5: 33-48.
15. Kjørup S. Menneskevidenskapene. Humanistiske forskningstradisjoner 2. 2.utg. Frederiksberg: Roskilde universitetsforlag, 2008.
16. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
17. Yin RK. Case Study Research. Design and Methods 4th ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2009.
18. Borchgrevink HM. Nevrobiologisk grunnlag for musikkterapi. I: Trondalen G, Ruud E, red. Perspektiver på musikk og helse. Oslo: NMH - publikasjoner 3, 2008.
19. Sacks O. Musicophilia. Tales of Music and the brain. New York: Vintage Books, 2008.

PRESISERING

I D&A nr 1-14 kunne man lese artikkelen *Erfaringer fra voksne barn til yngre foreldre med demens*. Innholdet er basert på en artikkel av Magnhild Nicolaisen og Kirsten Thorsen «Impairments, mastery, and loneliness. A prospective study of loneliness among older adults», publisert i *Norwegian Journal of Epidemiology* i 2012, 22(2): 143-150. Informasjon om dette hadde dessverre falt ut.



Sverre Bergh, lege, PhD, forskningsleder Alderspsykiatrisk Forskningscenter, Sykehuset Innlandet

Debatt:

På tide å flytte aldersgrensen i alderspsykiatrien?

I Demens & Alderspsykiatri vol. 18, nr. 1, 2014 hadde Eivind Aakhus et tankevekkende innlegg der han argumenterte for å flytte aldersgrensen for hvilke pasienter som skulle behandles i alderspsykiatriske avdelinger fra 65 til 70 eller 75 år (1). Problemstillingen er aktuell og interessant, og burde absolutt inspirere til en viktig debatt.

Alderspsykiatri er heldigvis et fag i utvikling, og med forskning, refleksjon og debatt endres faget vårt. Med ny forståelse av sykdommene til pasientene våre, vil behovet for tjenester og oppfatningene om hvordan man organiserer tjenester til pasienter med alderspsykiatriske sykdommer endre seg. Fordelingen av oppgaver mellom de forskjellige nivåene i helsevesenet, og ikke minst fordelingen av oppgaver innen hvert nivå, er en kontinuerlig prosess som er avhengig av forståelsen av sykdommene, antall pasienter med sykdommen, og ressursene i helsevesenet.

Det er litt uklart for meg om Aakhus med sitt innlegg argumenterer for å heve aldersgrensen for hvilke pasienter som skal defineres som alderspsykiatriske pasienter, eller om han mener hvilke pasienter som skal behandles ved alderspsykiatriske avdelinger på spesialist-sykehusnivå. Det mest nærliggende for meg må først være å enes om hvilke pasienter som defineres som alderspsykiatriske pasienter, så kan vi deretter diskutere hvor de skal behandles. Alderspsykiatrisk arbeidsutvalg har selv i sitt plandokument definert alderspsykiatriske sykdommer som «Lidelser som kjenne- tegnes ved at de opptrer for første gang etter fylte 65 år, og at det foreligger en nær sammenheng mellom opptreden av

psykiatrisk og somatisk sykdom, eller mellom psykiatrisk sykdom og biologiske, psykologiske eller sosiale aldringsfenomener» (2). Jeg synes det er en fornuftig definisjon, og på bakgrunn av den vil jeg prøve å diskutere fordeler og ulemper med dagens aldersgrense.

Jeg har i etterkant av innlegget til Aakhus fundert på hva som ville være en fornuftig grense for hvilke pasienter som skal behandles ved alderspsykiatriske avdelinger. Et viktig prinsipp er: Pasienter med alderspsykiatriske lidelser må få god utredning, kartlegging, diagnostikk og behandling. Dette er eldre pasienter med til dels alvorlige psykiske lidelser som ikke alle får adekvat utredning og behandling for sin sykdom. Med det økende antall eldre i samfunnet vil også antall eldre med psykiske lidelser øke, og det vil føre til at hele helsevesenet må organiseres for best mulig å ta hånd om disse pasientene. Utredning og behandling av eldre med psykiske lidelser kan skje i kommunene, ved Distriktspsykiatriske Sentre (DPS), og ved alderspsykiatriske avdelinger eller allmennpsykiatriske avdelinger i spesialisthelsevesenet.

Det er åpenbart mange hensyn å ta når man skal bestemme hvor pasientene skal utredes og behandles: Pasientenes ønsker, kunnskapsnivået til de forskjellige aktørene i helsevesenet, ressurser knyttet til hver aktør og alvorligheten av pasientens sykdom. Praktiske hensyn som reisevei, forflytningsevne for pasienten og pårørendes situasjon spiller også inn på valget.

Alderspsykiatriske avdelinger har begrensede ressurser, både poliklinisk og sengeavdelinger. Jeg mener derfor at det vil være behov for ytterligere kriterier



Faksimile av debatt «På tide å flytte aldersgrensen i alderspsykiatrien?» i D&A nr. 1-2014.

enn alder for å definere hvilke pasienter som skal tilbys behandling her. Med dagens ressurser i alderspsykiatriske avdelinger er det åpenbart at ikke alle eldre pasienter med psykiske lidelser kan behandles der. Hoveddelen må behandles i primærhelsetjenesten eller ved DPS.

Jeg mener at hovedkriteriet for å få behandling ved alderspsykiatriske avdelinger skal være alvorligheten på sykdommen. Om vi øker aldersgrensen for å få tjenester fra alderspsykiatriske avdelinger, vil vi definere bort de yngste av våre pasienter. Om de har en nyoppstått psykisk lidelse i sine eldre år, og sykdommen er alvorlig, mener jeg at alderspsykiatriske avdelinger er best skikket til å gi disse pasientene behandling. Ved å heve aldersgrensen, må vi lage masse unntak for at de som trenger våre tjenester får disse tjenestene. Jeg mener for eksempel at en mann på 64 år som får sin første depresjonsepisode, skal få behandling av alderspsykiatrisk eksperter. Dette fordi en *Late onset depression* er noe annet enn en tidlig debuterende depresjon når det gjelder årsaker og behandling. Selv om vi øker aldersgrensen,

vil vi måtte ta stilling til om personer over aldersgrensen med en psykisk lidelse de har hatt hele livet (eksempel: tilbakevendende depresjon) skal få behandling i alderspsykiatrisk avdeling. Så jeg tror igjen at en aldersgrense (uansett hvor den vil være i fremtiden) vil skape unntak som vi må forholdet oss til.

På den andre siden kan vi, ved å sette en aldersgrense og si at alle over denne alderen skal behandles i alderspsykiatriske avdelinger, definere for oss selv og andre en stor gruppe pasienter vi skal ta oss av. I etterkant av dette vil man måtte øke ressursene til alderspsykiatriske avdelinger og vi vil på sikt få et større og bedre fagmiljø. Jeg tror dessverre ikke en slik argumentasjon vil føre frem. Det er tydelige statlige føringer nå på at

alderspsykiatriske pasienter med milde og moderate symptomer skal behandles i kommunene og på DPS.

For å oppsummere mener jeg at uavhengig av aldersgrense for å defineres som en alderspsykiatrisk pasient, må det være alvorligheten av sykdommen som bestemmer om pasienten skal behandles på en alderspsykiatrisk avdeling eller et annet omsorgsnivå. Oppgaven vår i fremtiden tror jeg heller må bli å spre kunnskap om alderspsykiatriske lidelser til våre kollegaer på DPS, voksenpsykiatriske akuttposter og primærhelsetjenesten, slik at de er rustet til å behandle eldre pasienter med mildere versjoner av alderspsykiatriske lidelser.

■ sverre.bergh@sykehuset-innlandet.no

REFERANSER

1. Aakhus E. På tide å flytte aldersgrensen i alderspsykiatrien? Demens & Alderspsykiatri 2014;18(1).
2. Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011–2020. Norsk psykiatrisk forening 2010.

 **Aldring og helse**
Nasjonal kompetansetjeneste



Linda Gjora, Per Kristian Haugen, Knut Engedal

Det burde henge sammen

Diagnostikk og oppfølging av yngre personer med demens

Å utvikle demens før 65 år medfører ofte andre utfordringer enn når en rammes seinere i livet. Mange vil fortsatt være i arbeid, ha familiære forpliktelser, kanskje overfor mindreårige barn og ungdom, og befinne seg sosialt og økonomisk i en situasjon der denne type sykdomsutvikling vil være spesielt belastende også for de nærmeste pårørende.

Som et delprosjekt under utviklingsprogrammet har det blitt kartlagt hvordan utredning av yngre personer med demens organiseres i spesialisthelsetjenesten og hvilke metoder som benyttes for å stille diagnosen. Det har vært et mål å undersøke hvordan samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten fungerer og kartlegge faktorer som kan styrke kvaliteten i utredning, diagnostisering og oppfølging. På bakgrunn av dette har en ønsket å anbefale gode modeller for organisering av tjenestene.

ISBN 978-82-8061-227-4 | 30 sider – kr 50,-

For bestilling og mer informasjon:

www.aldringoghelse.no

tlf 33 34 19 50 – post@aldringoghelse.no

Ragnhild M. Eidem Krüger (tekst og foto)

God tannhelse viktig – hele livet



I DIALOG: Gro Steendal (t.v), tannlege og stipendiat Katrine Gahre Fjeld og Greta Steendal er enige om betydningen av god kommunikasjon.

– Vi lever lenger og må tenke nytt om tannhelse i alderdommen. Det hevder Katrine Gahre Fjeld som er tannlege og stipendiat. Hun er forsker innen gerodontologi, og særlig på tannhelse hos sykehjemsbeboere.

Hun er opptatt av hvilke tiltak som kan bedre munn- og tannhelse hos sykehjemsbeboere og har gjort en studie som inkluderer ni sykehjem i Oslo. Studien viste at beboernes tannhelse og de ansattes oppmerksomhet på feltet varierer svært mye, både mellom sykehjemmene og mellom avdelinger på det enkelte sykehjem.

– Der hvor de hadde god struktur med klare, definerte arbeidsoppgaver og ansvar og et godt arbeidsmiljø, fungerte

oppfølgingen – også av tannhelsen – veldig bra. Selv om ikke alle beboerne nødvendigvis hadde spesielt god tannhelse, hadde institusjonen god oversikt og konkrete tiltak som var dokumentert. Pleierne involverte tannlege og tannpleiere tidlig når det oppsto problemer. Den enkelte ansatte kan ha sin egen oppfatning og historie omkring tannhelse, og hvis ikke sykehjemmet har gode rutiner for munnhygiene, vil det ikke bli prioritert på samme måte av alle.

En tverrfaglig disiplin

Via stipendiatstillingen ved Odontologisk fakultet er Katrine Gahre Fjeld tilknyttet tannklinikken på Cathinka Guldbergsenteret i Oslo. Senteret rommer sykehjem, eldreboliger, dagsenter, hjemmetjenester og en avdeling for forskning og utvikling. Det er totalt 127 beboere. Cirka 90 av plassene er for personer med demens, derav 15 i skjermet enhet. Tannklinikken disponeres av Odontologisk fakultet ved Universitetet i Oslo og hører inn under offentlig tannhelsetjeneste (se fakta). Katrine og andre tannleger underviser tannlegestudenter i gerodontologi og yter tannlegetjenester til beboere på senteret.

– Mange som bor her får nok utført mer tannbehandling enn beboere som ikke har en tannklinikk tilknyttet sitt sykehjem, sier Katrine.

– Tennene er en del av kroppen og har en viktig funksjon både helsemessig og sosialt, men tannhelse hos eldre er fortsatt et felt som glemmes litt eller skyves til side. For kommende genera-

sjoner gamle vil det sosiale og estetiske bety mye. Det er ikke hyggelig hvis andre synes man er uappetittlig eller lukter vondt fra munnen.

Hun beskriver gerodontologi som en tverrfaglig disiplin.

– Det kan være kompliserte tannhelseforhold med mange problemstillinger samtidig. I tillegg kommer pasientens øvrige sykdommer og medisinbruk. Når det oppstår en sykdom som vil gi funksjonstap, kan den også ramme tannhelsen. Demens vil etter hvert redusere evnen til egenomsorg, og mange medisiner og sykdommer kan – direkte eller indirekte – gi problemer med tennene.

Første bud: tillit og kommunikasjon

Hvordan kan tannhelseproblemer hos personer med demens oppdages hvis de ikke selv kan si fra *om* eller *hvor* de har vondt?

– Den som er nær personen vil merke atferdsendringer som økt uro og rastløshet. Da skal man tenke at årsaken kan være smerte, og man skal tenke på tenner. Opplagte tegn på smerter i tennene er at pasienten kvier seg for – eller lar være – å spise. Det er viktig at pleiepersonalet har god kontakt med pårørende, for de vil kanskje merke atferdsendringene tidligst.

Sviktende evne til egenomsorg kan føre til at tennene ikke blir rengjort. Resultatet blir karies, og det kan komme sår, sopp og infeksjoner i munnhulen. Tannkjøttet kan bli rødt og hovent fordi det blir liggende matrester som danner bakterievekst. Dette gjelder både personer med egne tenner og dem med proteser. Pleiepersonalet kan bli usikre på hvordan dette skal håndteres og personer med demens kan motsette seg hjelp til daglig tannstell. Katrine fremhever kommunikasjon og tillitsskapende tiltak som første bud i tilnærmingen.

– For å få tillit må pleieren være trygg på egen kunnskap om hva som skal gjøres og hva han eller hun skal se etter hos pasienten. Beboeren må ha faste omsorgspersoner som hjelper med personlig hygiene og tannstell.

Intern kursvirksomhet på sykehjemmene gir personalet kunnskap om tillitsskapende arbeid, og mange lærer en god del om demens. Men tannhelse?

– Få av dem jeg har snakket med på sykehjem har opplevd at dette settes i sammenheng med tannhelse. Hjelp til tannstell må alminneliggjøres. Hvis ikke tillitsskapende arbeid fører frem over tid, kan en løsning være å gjennomføre daglig tannstell når pasienten har tatt beroligende medikamenter i forbindelse med annet stell. Det skjer jo i en del tilfeller, og da er det viktig at man også tenker tenner. Er man i ferd med å gi opp, må man vurdere om man har tilkalt alle tilgjengelige ressurser – som tannpleier og/eller tannlege. Kan en psykolog bidra med råd? Er pårørende involvert? Man må kunne dokumentere at alt er forsøkt. Pleiepersonell må ha et profesjonelt forhold til tannhelse og søke hjelp når det trengs.

Idealer til etterfølgelse

Slik beskriver Katrine Gahre Fjeld en ideell tannpleiesituasjon på sykehjem:

– Den skal innebære en pleier som daglig hjelper beboeren med tannstellet. Hvis personen pusser selv, skal pleieren stå ved siden av og etterpå kontrollere at tennene og munnhulen er rene. Det finnes verktøy som kan måle om det ligger plakk igjen på tennene. Beboeren skal regelmessig ha kontakt med tannhelsepersonell for å få bekreftet at hun eller han fortsatt kan utføre tannstellet selv. En demenssykdom kan endre evnen til egenomsorg ganske raskt. Tannhelsen kan forfalle fort, og hvis personen er utsatt på grunn av andre sykdommer, medisinbruk og/eller munntørrehet, bør kontakten med tannhelsepersonell være hver tredje måned.

Beboere som ikke kan pusse tennene selv må få hjelp daglig. Pleieren må tørre å løfte beboerens lepper, ta til side kinnene og se grundig på tungen. Det er de samme tegnene de skal se etter i munnen som ellers på kroppen: Er det hevelse, rødhet, sår, smerte eller nedsatt funksjon, skal man ta affære.

Risikofaktorer

Munntørrehet fører raskt til hull i tennene, og jo flere medisiner man tar, desto større er risikoen. Medisiner kan påvirke hverandre gjensidig på en måte som resulterer i munntørrehet. Tommelfingerregelen er. ifølge Katrine Fjeld, at flere enn fem reseptbelagte medikamenter samtidig



VIKTIG: – God tannhelse er viktig for livskvaliteten, også hos eldre, sier Katrine Gahre Fjeld.

øker risikoen. Strålebehandling kan gi både munntørrehet og nedsatt immunforsvar, så da er man spesielt utsatt. Lammelse etter slag kan gi nedsatt muskelmotorikk i munnen, som igjen kan gjøre at matrester ikke så lett følger med spyttet ned. Spytt kan tilføres kunstig, og Katrine mener at det med fordel kan brukes mer. Det finnes både i form av spray og geleer og tilføres enkelt.

På mange sykehjem serveres det søt saft som drikke gjennom dagen. Hva sier tannlegen til det?

– Det er absolutt ikke ideelt. Ernæringsfysiologer sier at beboerne trenger tilskudd av karbohydrater. For tannhelsens skyld bør man drikke vann og få karbohydratene inn på andre måter. Pårørende som kommer på besøk har ofte med en eske konfekt, og jeg skulle gjerne sett at man heller tok med noe sunnere.

Det finnes ikke mange spesialister i gerontologi (gerodontologi?) i Norge. For Katrine Gahre Fjeld oppleves det riktig og viktig å gi gode tannlegjetjenester til eldre.

– Jeg ser på det som et stort privilegium å få arbeide med mennesker som har levd lenge og som har gjort mange erfaringer. For meg er det fantastisk å få bidra til den siste delen av deres liv på en positiv måte.

– Et imponerende tilbud

Greta Steendal bor på Cathinka Guldbergsenteret. Hun har en demenssykdom og får følge til tannlegen av datteren Gro Steendal. De er godt fornøyd med tannlegjetjenesten på sykehjemmet.

– Jeg er veldig fornøyd, smiler Greta.

Hun har hatt pyorré i mange år og hatt mange kostbare operasjoner. Tidligere har hun ikke fått dekket utgiftene til tannbehandling, men som sykehjemsbeboer slipper hun å betale. Nå har hun fått tilpasset ny protese.

– Det er fenomenalt. Det er ikke sikkert jeg hadde gått i gang med det hvis jeg ikke bodde her.

– Jeg er imponert over tannlegjetilbudet her, sier datteren.

– At det finnes i huset er veldig praktisk, og det er strålende at de har tatt mors behov på alvor og lager en ny protese til henne. Jeg var forberedt på at vi måtte betale en egenandel, men det slipper vi. At Katrine dessuten har foreslått å gjøre noe med en tann som er blitt grå, og altså tenker på det estetiske, er kjempebra. Her møter både mor og jeg høflighet og respekt.

Katrine Fjeld setter pris på gode tilbagemeldinger, men skyter inn et lite poeng:

– Ulempen med den offentlige tannhelsetjenesten er at den er budsjettstyrt. Når kassen er tom, er det ikke mer å hente.



POSITIVT BESØK: Gro og Greta Steendal er kjempefornøyd med tilbudet på tannklinikken.

Ikke glem de pårørende!

Fordi Greta Steendal holder på med tilpasning av ny protese, har hun og datteren opplevd noe de gjerne skulle sluppet. Gro visste ikke om den nye protesen, og en dag hun kom og besøkte moren fant hun henne uten tenner.

– Mor kunne ikke forklare dette, og det er på grunn av demenssykdommen. Vi gikk rundt i hele rommet og lette, og jeg var redd tennene kunne ha havnet i søppelet. Jeg fikk kontakt med en sykepleier som kunne fortelle at mors tenner var hos tannlegen på grunn av tilpasningen av den nye protesen. Dette hadde ingen fortalt meg.

Katrine Fjeld erfarer at det ligger en utfordring i det store antallet personer som ivaretar hver enkelt sykehjemsbeboer.

– Vi skriver ned hva som har skjedd og skal skje av tannbehandling og leverer det til ansvarlig sykepleier på pasientens avdeling, men det kommer ikke alltid videre til pårørende. Kommunikasjon med pårørende er viktig, og den kunne vært enda tettere enn det vi klarer her. Ikke alle har pårørende som passer så godt på som Gro Steendal gjør. Vi som arbeider med pasientene trenger slike pårørende. Vi lærer hvordan vi kan gjøre ting bedre.

Ragnhild M. Eidem Krüger (tekst og foto)

– Noe av det vanskeligste i hverdagen

Tannstell hos personer med demens kan være en utfordring.

Det opplever både sykepleier

Johanne Michaelsen og

hjelpepleier Arja Kingelin

i hverdagen på Cathinka

Guldbergsenteret.

– De forstår ikke alltid hva vi vil gjøre med munnen deres. De føler seg invadert. Vi prøver å forklare den enkelte person hva vi ønsker å hjelpe dem med, men det er ikke så lett bestandig. Mange blir redde når vi ber dem om å åpne munnen, sier Johanne Michaelsen.

– Det varierer ikke bare fra person til person, men også fra dag til dag hos samme person, skyter Arja Kingelin inn.

– Dette er en daglig utfordring. Noen dager oppnår vi ingenting og må gi opp, dessverre. Vi kan ikke bruke tvang. Vi

prøver med myke, små tannbørster, vi har tannkremer med ulike smaker. Noen ganger går det bra, men ikke alltid. Tannstell hos en del personer med demens er noe av det vanskeligste vi gjør i det daglige. Det kan fort utvikle seg ømhet og sår i tannkjøttet, og da blir det enda vanskeligere, så vi prøver alt vi kan for å få det til hver dag.

Intern undervisning av tannpleiere og tannleger bidrar til å øke kunnskapen om tannpleie hos eldre og personer med demens. Begge forteller at de er snare med å tilkalle tannpleier når det oppstår problemer.

– Vi har både tannpleiere og tannleger i huset, og det er en stor fordel. Pasientene får kontroll hos tannpleier med jevne mellomrom, og det er også mye enklere når de er under samme tak.

Er det fristende å tenke at det ikke er så farlig med tennene når man er blitt gammel?

– Nei, sånn tenker vi ikke. Alle må spise og drikke, og beboerne må slippe å få betennelser og tannpine. Vi har fått inn pasienter som har hatt dårlige tenner ved innleggelsen, og mange har fått bedre tenner mens de har vært her. Tannlegene gjør det de kan, vi gjør hva vi kan.

Temaet søt saft er absolutt aktuelt, mener de to erfarne pleierne. Hvorfor serverer de ikke vann når beboerne trenger væske?

– Veldig få liker å drikke vann. De vil ha smak på drikken, og det er viktig at de får i seg nok væske. Her får de saft, men bare til måltidene, den står ikke fremme hele tiden.

KAN VÆRE KREVENDE: Hjelpepleier Arja Kingelin og sykepleier Johanne Michaelsen må bruke alt de kan når tannstell hos beboere blir en utfordring.





Maria Stylianou Korsnes, Ph.D, professor
 Ingun Ulstein, Ph.D, psykiater,
 begge Alderspsykiatrisk seksjon, Oslo Universitetssykehus HF

Kognitive effekter ved depresjon hos eldre

Litteraturgjennomgang av nevropsykologiske funn¹

En litteraturgjennomgang med fokus på kognitive endringer ved depresjon hos eldre viser at både normal aldring og depresjon påvirker kognitive funksjoner.

Både aldringsprosessen og depresjon medfører at hjernen ikke klarer å prosessere informasjon med samme hastighet som før. Dette fører til en kjedereaksjon med redusert oppmerksomhet, dårligere skille mellom viktig og uviktig informasjon (inhibisjon) og mindre tid til å vurdere nytt materiale. Svekkelse i disse grunnleggende kognitive funksjonene medfører redusert oppdatering av korttidshukommelsen. Dette gir vansker med læring, vansker med å bytte mellom oppgaver, mindre effektiv overvåking av egne prestasjoner, og vansker med kognitiv planlegging. En kombinasjon av aldring og depresjon forsterker disse kognitive effektene.

Degenerering i frontale hjerneområder grunnet normal aldring er irreversibel, mens endring av funksjon i frontale hjerneområder på grunn av depresjon kan være reversibel. Frontale hjerneområder er sentrale for kognitiv funksjon. Det er imidlertid ingen studier som kan vise til forskjeller i hjerneaktivering ved depresjon og normal aldring. Forandringer finnes i de samme hjernestrukturene og de atferdsmessige forandringene er overlappende.

Siden de kognitive symptomene ved aldring og depresjon er såpass like, er det vanskelig å skille effekter av depresjon og aldring ved bruk av nevropsyko-

logiske tester, selv når premorbid historie er kjent. Statistiske gruppeeffekter viser alvorligere kognitive utfall ved depresjon hos eldre enn det vi ser ved normal aldring eller depresjon hos yngre personer. Likevel er ingen spesielle kognitive markører for depresjon hos eldre personer blitt identifisert.

Oppmerksomhet og inhibisjon er nært beslektede funksjoner, men deres sammenheng må undersøkes nærmere. Det er ikke klart hvorvidt et problem med inhibisjon av irrelevante stimuli oppstår som en konsekvens av depresjonsrelaterte oppmerksomhetsproblemer eller om den er en primær konsekvens av depresjon. Videre studier om forholdet mellom inhibisjon, oppmerksomhet og prosesseringshastighet med homogene grupper av deprimerte og ikke-deprimerte av forskjellig alder, vil være viktige for å undersøke dette.

Vi vet lite om hva som er viktigst med hensyn til forebygging av kognitive problemer ved depresjon hos eldre. Det er ikke klart om depresjon påvirker evne til inhibisjon av irrelevante stimuli direkte, eller om redusert inhibisjon av irrelevante stimuli og svekket fokusering på relevante stimuli ved depresjon kun skyldes redusert informasjonsprosesseringshastighet. Dette forholdet kan studeres med fMRI eller andre bildeteknikker i kombinasjon med nevropsykologiske tester eller med laboratorietester som måle evne til inhibisjon av irrelevante

stimuli, evne til oppmerksomhet rettet mot relevante stimuli og prosesseringshastighet som separate eksperimentelle faktorer, eller inkludere kontroller for hver av disse faktorene. Studiegruppene bør være nøye utvalgt slik at de er så homogene som mulig med hensyn til type depresjon, alvorlighetsgrad og medisiner, eller disse faktorene må kontrolleres for. Kontrollgruppen må bli matchet for utdanning og alder, og eventuelt også andre kofaktorer som beskrives i artikkelen.

■ m.s.korsnes@psykologi.uio.no

Førsteforfatter av artikkelen takker Viken Alderspsykiatriske Forskningsnettverk for midler til å gjennomføre litteraturstudie og skrive artikkelen.

FAGTERMINOLOGI

Inhibisjon av stimuli: undertrykke oppmerksomhet mot stimuli.

fMRI: funksjonell Magnetisk Resonanse Hjerneavbildning.

Nevropsykologi: retning innen psykologi der utredning med kognitive tester står i fokus.

Prosesseringshastighet: hastigheten som hjernen bearbeider inntrykk på. Hvis denne er for lav, klarer ikke hjernen å bearbeide alle inntrykk som kommer fra syn, hørsel og andre sanser.

Kognisjon: mentale funksjoner som oppfatning og tenkeevne, oppmerksomhet, persepsjon og hukommelse, problemløsning, å ta avgjørelser, resonnering, språk og kommunikasjon.

¹⁾ Artikkelen er et sammendrag av originalartikkel M.S. Korsnes & I.D. Ulstein, *Cognitive Effects of Late Life Depression: Review of Neuropsychological Findings: Journal of Behavioral and Brain Sciences*, Vol.4, 2014.

Bernhard Lorentzen, MD, avd. sjef Diakonhjemmet sykehus,
Alderspsykiatrisk avdeling
Stein-Arne Hval, MSc, ass.avd.sjef Diakonhjemmet sykehus,
Alderspsykiatrisk avdeling
Torfinn Lødøen Gaarden, MD, seksjonsoverlege
Diakonhjemmet sykehus, Alderspsykiatrisk avdeling



Fra 50 til 16 senger

Om omstilling ved en alderspsykiatrisk avdeling

Alderspsykiatrisk avdeling ved Diakonhjemmet Sykehus har vært en del av Diakonhjemmet siden 1998. Avdelingen har eksistert som sykehusavdeling siden 1977, den første tiden underlagt Dikemark sykehus.

Avdelingen lå på Søndre Borgen i Asker, og flyttet i 2011 til Tåsen i Oslo. Avdelingen har i alle år hatt deler av Oslo som opptaksområde. Siden 2001 har dette vært Diakonhjemmet og Lovisenberg sektor, i alt seks bydeler med til sammen 29080 personer >65 år i 2013 (1). Alderspsykiatrisk avdeling har vært gjennom mange omstillinger, og vi vil i denne artikkelen se nærmere på omstillingene de siste seks årene.

Avdelingen hadde 50 senger fordelt på fire sengeposter i 2007. Poliklinikken ble etablert i 2001 og lå i Oslo. Avdelingen har i alle år tatt imot pasienter >65 år med psykisk sykdom uavhengig av debuttidspunkt for sykdommen. Dette til forskjell fra mange andre avdelinger som tar imot hovedsakelig pasienter som debuterer med psykiatrisk sykdom sent i livet. Vi har valgt en slik prioritering dels fordi det i vårt sykehusområde gir en god arbeidsdeling i forhold til voksenpsykiatrien, dels av faglige grunner. Vår erfaring tilsier at pasienter som har hatt alvorlig psykisk sykdom tidligere i livet ofte trenger spesialiserte alderspsykiatriske tjenester når de blir eldre. Tilstandene kompliseres med aldersforandringer, somatisk sykdom, hjerneorganiske endringer samt polyfarmasi. Alt dette stiller store faglige krav til utredning, behandling og oppfølging. Denne faglige ekspertisen finnes i alderspsykiatrien.

I 2007 hadde vi 410 innleggelser, hvorav 62 pasienter kom fra sykehjem. Gjennomsnittlig liggetid ved ordinære innleggelser var 50,9 døgn. Mange pasi-

enter lå lenge i avdelingen i påvente av sykehjemsplass. Totalt antall ventedøgn var 2406.

En stor andel av døgnplassene var i 2007 belagt av pasienter med atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens (APSD). Mange av pasientene innlagt med denne diagnosen var henvist fra sykehjem. Vi så også at pasienter med denne diagnosen ofte ble liggende lenge i avdelingen i påvente av sykehjemsplass.

Vi stilte oss spørsmålet om innleggelse fra sykehjem til alderspsykiatrisk døgnavdeling hadde bedre effekt over tid enn oppfølging i sykehjemmet der de bodde. For å belyse dette, gjennomførte vi en randomisert kontrollert studie. Pasienter som ble søkt innlagt fra sykehjem ble randomisert i to grupper, en gruppe der pasientene ble lagt inn ved sykehusavdelingen og en gruppe der pasientene ble systematisert fulgt opp på sykehjemmet av lege og spesialsykepleier fra vår sykehusavdeling sammen med personalet ved sykehjemmet. Resultatene viste at begge gruppene bedret seg vesentlig og at det ikke var signifikante forskjeller mellom gruppene.

Videre fant vi at belastningen pleiepersonalet ved sykehjemmet opplevde var mindre der pasientene var fulgt opp på sykehjemmet (2). Studien er også beskrevet i Demens & Alderspsykiatri vol. 16, nr. 4, 2012, «Samhandling på tvers av tjenestenivåene». (3)

Funnene indikerte at det var lite å hente ved å legge inn pasienter med APSD fra sykehjem i vår sykehusav-

deling. Siden har vi hatt som hovedregel at lege og sykepleier reiser ut og samarbeider med personalet ved sykehjemmet om disse pasientene. Dette gjorde vi også tidligere, men arbeidsmåten og samhandlingen med sykehjemmene ble nå mer systematisert. Dette har bidratt til at behovet for sengeplasser for pasienter med APSD gradvis har blitt mindre og i 2010 reduserte vi fra fire til tre døgnposter (tabell 1).

Bydelene har siden 2007 også raskere tildelt ferdigbehandlede pasienter sykehjemsplass. Dette har bidratt til at sengetallet i vår avdeling kunne reduseres.

I 2011 flyttet avdelingen inn i nye lokaler på Tåsen i Oslo. Forut for flyttingen ble det gjort omfattende risikoanalyser av konsekvensene for pasienter og personale. Avdelingen hadde 27 sengeplasser før flyttingen, og beholdt det samme sengetallet den første tiden etterpå. Vi var nå kommet geografisk nær der pasientene bodde. Dette ga oss mulighet til dagbasert behandling, noe vi ikke hadde kunnet gjøre i Asker. Det var lettere å gjøre forvern/forundersøkelser før innleggelse, og mange pasienter kunne overføres til dagbehandling mot slutten av oppholdet. Alt dette bidro til å forkorte liggetiden og redusere behovet for døgnplasser. Videre kunne vi nå gi vedlikeholds-ECT som poliklinisk behandling i vesentlig større grad enn før, istedenfor å legge pasienten inn i 1-2 døgn.

I 2012 ble alderspsykiatrisk poliklinikk samlokalisert med døgnpostene. Vi

Tabell 1
Døgnplasser

Enhet	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A	14	12	12	8	8	7	7	-
B	16	15	15	14	11	6	6	8
C	8	6	6	8	8	7	7	8
D	12	7	6	-	-	-	-	-
Avd. totalt	50	40	39	30	27	20	20	16

Tabell 2
Antall ventedøgn utskrivningsklare pasienter

	Aktivitetsindikator	Resultat 2007	Resultat 2013
Døgnbehandling	Antall utskrevne pasienter	410	174
	herav ECT vedlikehold < 2 døgn	107	27
	Liggedøgn	15 575	4 916
	herav ventedøgn	2 406	364
	Gjennomsnittlig liggetid	40,2	30,5
	Gjennomsnittlig liggetid uten ECT vedlikehold	50,9	33,2
	Gjennomsnittlig vurderingstid av henvisninger (dager)	3,5	3,9
Poliklinisk	Konsultasjoner totalt	3 610	7 400
	herav ambulant	261	743
Avdelingen totalt (døgn/pol)	Antall (unike) pasienter behandlet	538	649
	Antall personer i opptaksområdet > 65 år	24 654	29 080
	Senger pr. 1000 > 65 år	2,03	0,55

ønsket å optimalisere utredningen og behandlingen ytterligere. Døgnbehandling og poliklinisk behandling ble derfor integrert i tre kliniske enheter. Hver enhet fikk nå ansvar for hele pasientforløpet for sine pasienter, fra forvern til innleggelse, dagbehandling og poliklinisk oppfølging. Vi opprettholdt de samme inntakskriterier som før. Henvisningen ble nå vurdert fortløpende av seksjonsoverlege som avgjorde om pasienten skulle utredes/behandles poliklinisk eller innlegges. Der innleggelse ble bestemt, kunne man ofte gjøre utredning i påvente av innleggelse. Der det var hensiktsmessig, kunne nå samme team av primærkontakt og lege følge pasienten gjennom hele forløpet. Et år etter denne integreringen ble det gjort en spørreundersøkelse blant de ansatte. 85 prosent hevdet av endringen hadde vært til det bedre for pasientene, og 65 prosent svarte at det hadde vært til det bedre for de ansatte.

I juni 2013 reduserte vi fra tre til to kliniske enheter, sengetallet gikk ned til 16 totalt. Enheten som hadde hatt kognitiv svikt/demens med psykiatriske tilleggsproblemer som sitt hovedansvarsområde ble stengt etter lengre tid med lavt belegg. Risikoanalyse ble igjen gjort i forkant av endringen. Personalet ble fordelt på de to gjenværende enhetene, og pasientene med kognitiv svikt/demens ble ivaretatt ved disse enhetene. Samarbeidet med sykehjemmene ble ytterligere forsterket og utvidet. Når vi fikk henvist pasienter fra sykehjem, ble det gjort vurderingsbesøk ved sykehjemmet i løpet av en uke. De aller fleste av disse pasientene kunne behandles på sykehjemmet i nært samarbeid med sykehusavdelingen. Den gjensidige kompetanseutvekslingen mellom lege og sykepleier ved sykehjemmet og lege og sykepleier ved sykehusavdelingen er svært nyttig for begge parter og anses som en forutsetning for at et slikt samarbeid lykkes.

Reduksjon til to kliniske enheter har gjort at pasienter vi tidligere behandlet i forskjellige enheter nå behandles i samme enhet. Det er nå i hovedsak funksjonsnivå og eventuelt behov for lukket dør eller skjerming som avgjør hvilken enhet pasienten skal behandles på. Den ene enheten er åpen, har hovedvekt på

pasienter med affektive sykdommer og har åtte senger. Den andre enheten har i perioder låst dør, har eget skjermins-avsnitt og har også åtte senger. De fleste pasientene ved denne enheten har psykosesykdom.

Døgnbehandling

Tabell 1 viser at antall senger er redusert fra 50 til 16 i perioden 2007–2013. Denne reduksjonen har skjedd gradvis og i tråd med avdelingens endrede behov.

Antall innleggelser er redusert fra 410 (herav 107 opphold av 1–2 døgn varighet for vedlikeholds-ECT) til 174 (herav 27 opphold av 1–2 døgn varighet for vedlikeholds-ECT). Antall liggedøgn er redusert fra 15 575 til 4 916 (tabell 2).

Gjennomsnittlig liggetid har gått ned fra 50,9 dager til 33,2 dager når vi trekker ut pasienter som har vært innlagt 1–2 døgn for avtalte vedlikeholds-ECT. Vi mener den reduserte liggetiden er en konsekvens av at godt kvalifiserte fagpersoner kommer til med klinisk undersøkelse av pasientene på et tidligere tids-

punkt i sykdomsforløpet, behandling iverksettes tidligere og organiseringen av pasientforløpet er forenklet. Av betydning er det også at bydelene raskere skaffer sykehjemsplass til pasienter med behov for dette. Vi har fra 2012 i tillegg inngått et samarbeid med Grefsenlia som tar imot pasienter som fortsatt behøver døgnbehandling etter ca. tre måneders innleggelse i vår avdeling (10 pasienter i 2013). Dette har også bidratt til redusert gjennomsnittlig liggetid.

Ventetid på vurdering av henvisning har vært under fire døgn i hele perioden. Antall ventedøgn utskrivningsklare pasienter er redusert fra 2 406 i 2007 til 364 i 2013 (tabell 2).

Tabell 3 viser hvor pasientene ble lagt inn fra og skrevet ut til i 2007 og 2013. Det er en reduksjon av antall pasienter innlagt fra sykehjem fra 62 til åtte. Pasienter skrevet ut til sykehjem er i samme periode redusert fra 111 til 25. Antall pasienter innlagt fra somatiske avdelinger er redusert fra 48 til 15, mens innleggelser fra psykiatriske avdelinger er

Tabell 3
Pasientene ble lagt inn fra og skrevet ut til i 2007 og 2013

Innlagt 2007	Utskrevet 2007	Innlagt 2013	Utskrevet 2013	Fra/Til
258	278	120	129	Hjemmet
62	111	8	25	Sykehjem
48	17	15	8	Somatiske sykehusavdelinger
35	1	30	10	Psykiatriske sykehusavdelinger
	3		2	Døde
403	410	173	174	

tilnærmet likt. Flere pasienter er i 2013 skrevet ut til psykiatriske avdelinger. Dette er i hovedsak pasienter overført til Grefsenlia.

Poliklinisk aktivitet

Fra 2007 til 2013 har den polikliniske aktiviteten økt fra 3610 til 7400 konsultasjoner. Poliklinisk aktivitet innebærer all dagbasert utredning og behandling som polikliniske konsultasjoner på avdelingen, deltakelse i gruppe eller annen dagaktivitet, poliklinisk ECT, samt ambulant virksomhet som besøk/behandling i hjemmet, vurderinger og veiledning på sykehjem og sykehusavdelinger. Antall ambulante konsultasjoner/besøk har økt fra 261 til 743 (tabell 2). En stor del av denne økningen skyldes økt satsing på samarbeid med sykehjem.

Hva har denne dreiningen fra døgnbasert til poliklinisk aktivitet gjort med kvaliteten på utredning og behandling?

Vi har ikke gjort nok systematiske registreringer av relevante pasientdata i hele denne perioden til å kunne svare fullstendig på dette. Men vi har noen indikasjoner på at ressursene utnyttes på en bedre måte. Antall behandlede pasienter har økt med 20,6 prosent fra 538 unike personer i 2007 til 649 unike personer i 2013. Antall ansatte er redusert fra 115 til 80 årsverk ved naturlig avgang og færre ansettelser. Kompetansenivået er hevet fra 2007 til 2013. En større andel av de ansatte er i dag sykepleiere, psykologer og leger.

Samhandlingsreformen gir føringer om at mer av behandlingen skal flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (4). Samtidig er spesialisthelsetjenesten pålagt å bidra med veiledning og kompetansebygging i kommuner/bydeler slik at disse kan ivareta disse oppgavene (4). Dette er en strategi avdelingen har arbeidet etter i mange år, og samhandlingsreformen har bidratt til at dette arbeidet nå går

letter. Det er til enhver tid en utfordring å avgjøre om pasientene skal få utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten eller i kommunehelsetjenesten. Dette har vært og er fortsatt et viktig tema i alle våre omstillinger. Sykehusene har etter vår mening tatt og tar fortsatt mange oppgaver som kunne og burde vært håndtert i 1.linjen. Godt samarbeid med kommunehelsetjenesten er avgjørende for å få til gode pasientforløp. Det forutsetter at spesialisthelsetjenesten kan stille opp med rask bistand til kommunehelsetjenesten. Likeledes bør kommunehelsetjenesten ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å ivareta sine oppgaver.

Konklusjon

I 2013 utredes og behandles 20 prosent flere pasienter ved avdelingen enn i 2007. Dette gjøres med 30 prosent færre årsverk og av ansatte med høyere kompetanse enn i 2007. Det har vært en betydelig reduksjon i antall døgnplasser og liggedøgn og en sterk økning av polikliniske (inkludert ambulante) behandlinger. Det antall sengeplasser avdelingen i dag har, oppleves riktig tilpasset behovet i vårt opptaksområde.

Ventetiden for utredning/behandling har ikke økt. Vi har ikke data som gjør at vi kan bedømme objektivt om kvaliteten av behandlingen har endret seg.

Endringene har vært og er fortsatt utfordrende både for de ansatte og for ledelsen ved avdelingen. Vi opplever at det i hovedsak er et godt samarbeid mellom ledelse, ansatte, tillitsvalgte og verneombud, noe som er avgjørende for å få til slike omstillinger. For å belyse nærmere hvordan ansatte i avdelingen og ansatte i 1.linjen har opplevd omstillingene, gjøres det nå en kvalitativ studie basert på intervjuer av ansatte i forskjellige stillinger.

Vi har gjort rede for noen av de omstillingene vi har gjennomført de siste

seks årene, etter vår mening til det beste for pasientene. Diakonhjemmet Sykehus har aldersmedisin (geriatri og alderspsykiatri) som et av sine satsingsområder, og har hele tiden støttet omstillingene.

Forholdene ved landets alderspsykiatriske avdelinger er svært forskjellige når det gjelder størrelse, pasientsammensetning, organisering internt i avdelingen, organisering i sykehuset, samlokalisering med døgneheter og poliklinikk, samlokalisering med somatikk og lignende. De geografiske og logistiske utfordringene er også svært ulike. Forskjellene vil trolig fortsette å være store. Slik må det antakelig være i et land med så store geografiske ulikheter.

Deler av de endringene vi har gjennomført har vært mulig fordi avdelingen ligger i en stor by med korte reiseavstander. Andre geografiske og demografiske forhold fordrer andre løsninger.

Vi må som fagfelt bestrebe oss på å bevare de alderspsykiatriske avdelingene med et tilstrekkelig antall sengeplasser og god poliklinisk/ambulant aktivitet utført av fagpersoner med god kompetanse slik at pasientene får den spesialiserte utredningen og behandlingen de bør ha.

■ bernhard.lorentzen@diakonsyk.no

REFERANSER

1. Oslostatistikken – tall og fakta om Oslo. Oslo kommune, utviklings- og kompetanseetaten. <http://www.utviklings-og-kompetanseetaten.oslo.kommune.no/oslostatistikken/folkemengde/article257792-41861.html> (27.03.2014)
2. Hval S-A, Kristiansen KM, Lorentzen B et al. Treatment in Nursing Home versus Hospital for Patients with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. A Pilot Study. Short Research Report, GeroPsych, 2012, 25 (2): 97-102.
3. Hval S-A, Kristiansen KM, Lorentzen B. Samhandling på tvers av tjenestenivåene. Demens & Alderspsykiatri, vol.16, nr.4, 2012.
4. St.meld. nr.47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Ragnhild M. Eidem Krüger (tekst og foto)

Landskonferansen i alderspsykiatri

Kritiske blikk på vanemessig behandling



STOR INTERESSE: Det var stor interesse for årets Landskonferanse i alderspsykiatri i Bodø.

Etablert kunnskap og ny forskning om alderspsykiatri samlet 202 deltakere i Bodø 28.-30. april. Betydningen av å gå psykiatrisk behandling etter i sømmene ble poengtert av flere.

Landskonferansen ble arrangert av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse i samarbeid med NKS Kløveråsen AS. Hovedtemaene var angst, rusproblematikk, medikamentbruk, frontotemporal demens og Huntingtons sykdom.

– Angst går igjen i alle psykiske lidelser, slo psykiater Sjur Seim fast i sitt

foredrag «Angst i store linjers riss». Det var med andre ord gode grunner til å ha en bred seksjon om temaet, der angst og ensomhet hos kronisk somatisk syke, medikamentell behandling og andre behandlingsformer ble grundig behandlet.

Piller og underholdning er ikke nok!

Mirka Kraus er spesialist i gerontopsykologi og driver privat alderspsykiatrisk praksis i Oslo. I sitt innlegg om behandling av angst hos eldre pekte hun blant annet på behandlingsformer som er egnet for eldre personer.

Angst bunner ofte i en negativ livshendelse. Alderdommen innebærer tap av nære relasjoner, endring av roller som er viktige for identiteten, truende sykdommer. Da er mulighet for mestring et viktig spørsmål, sier Kraus.

– Ikke alle klarer å tilpasse seg den nye situasjonen. Sårbare mennesker og mennesker med lite nettverk vil takle negative endringer dårligere enn andre og oppleve en forringet livskvalitet. Da



SYMBOLSK START: I sitt innlegg om angst, kom psykiater og fagsjef Sjur Seim inn på livskalenderen. Der starter livet i januar, og når man runder 70 er man kommet til desember. «Er det noen som gleder seg til jul?» var hans retoriske spørsmål.

kan angst oppstå som en patologisk reaksjon. Terapeutens oppgave er å øke personens mestringskompetanse.

Mirka Kraus er en varm tilhenger av miljøterapi, men ser at en del eldre trenger andre former for terapi for å mestre sin angst. Psykodynamisk innsiktsterapi er en metode som hos personen skal gjenskape en meningsfylt opplevelse av seg selv og sine relasjoner til andre. Metoden er en oppfølger av klassisk psykoanalyse.

– Den kan brukes hos personer som er egnet til å arbeide med egen innsikt og egne følelser.

Interpersonal terapi fokuserer også på angst i ulike roller, men er mer orientert mot problemløsning. Målet er å bygge innsikt i hva overgangen til nye roller innebærer – som overgang til pensjonisttilværelsen, at man får en alvorlig sykdom, at man mister nære personer.

Hva griper du fatt i hos en person som har fått en demensdiagnose og er livredd for hva som vil skje?

– Jeg ville si at du på grunn av din demenssykdom er kommet i en ny livsfase, og at angsten er en naturlig konsekvens av negative endringer. Den kom-

mer fordi du ønsker å leve slik du har gjort før, og det lar seg ikke gjøre lenger. Vi må jobbe med å omforme din modell for det gode liv, og da må vi ta i bruk dine ressurser. Målet er å komme frem til en modell som gjør det mulig for personen å leve et godt liv med mening, opplevelse av verdi og minimal opplevelse av symptomer på angst, med de begrensningene sykdommen medfører.

Fysisk aktivitet er mangelvare

I foredraget trakk Mirka Kraus frem betydningen av fysisk aktivitet for å redusere og forebygge angst. Hun er kritisk til det tilbudet mange sykehjemsbeboere får.

– Massive forskningsresultater de siste ti år viser at angstsymptomer og depresjon reduseres ved fysisk aktivitet. Dette tar ikke Norge de politiske, økonomiske og administrative konsekvensene av. Man har funnet frem til former for fysisk aktivitet som passer til livet på en institusjon og som er tilpasset nedsatt bevegelighet og motorikk og forskjellige stadier av demens. Det er politikernes og planleggerens oppgave å få på plass flere hjemler for fysioterapeuter, aktivtører og miljøterapeuter på institusjoner.

Fjernsynsapparatene bør fjernes fra fellesrommene, og beboerne må få komme ut i frisk luft og bevege seg.

Hva får beboere på sykehjem mot sin angst?

– De får medikamenter med alle de kjente negative konsekvensene det kan gi, og de får mat og underholdning. Det er ikke nok.

Postervinner

Elleve postere ble presentert på konferansen. De omhandlet blant annet kvalitetsregister, betydningen av gruppeterapi for eldre med psykiske lidelser, pårørendes opplevelse av belastning ved glemsomhet og depresjon, alkohol og psykofarmaka. Posteren som vant både fagjuryens og deltakernes pris hadde tittelen *Tro på egen mestring hos personer med mild demens og deres pårørende*. De stolte vinnerne var Johanne Tonga, Liv-Marit Hjemli, Vibeke Gordner og Ingun Ulstein.

Flere ansatte - færre medikamenter!

Fred Andersen er fungerende kommuneoverlege i Tysfjord i Nordland og førsteamanuensis ved Universitetet i Tromsø. I sitt foredrag om co-morbiditet og medikamentbruk viste han til erfaringer fra Demensstudien i Nord-Norge (2006-2010). Der kom det blant annet frem at to tredeler av sykehjemsbeboere har bivirkninger av medikamenter. Andersen pekte på mange uheldige aspekter ved medikamentbruk hos eldre og understreket at leger må være oppmerksomme på flere ting når de behandler eldre pasienter:

Aldersmessige endringer som blant andre er redusert væskeandel i kroppen, relativt økt fettmasse, redusert muskelmasse, svekket nedbryting av medikamenter i leveren og redusert nyrefunksjon.

Internasjonale geriatriiske behandlingskriterier som gir retningslinjer for medikamentforskrivning, blant annet gjennom «Start and Stop»-kriteriene.

OM ANGST OG MESTRING: *Mirka Kraus, spesialist i gerontopsykologi.*





OM CO-MORBIDITET OG MEDIKAMENTBRUK: Førsteamanuensis ved Universitetet i Tromsø, Fred Andersen.

Uhensiktsmessige medikamenter som blant andre kan være sovemedisin, nevroleptika og antidepressiva.

«En stor smørje»

Sykdommer oppstår gjennom livet, og man får medikamenter for hver enkelt sykdom når den oppstår. Etter hvert kan det bli anseelig mengde, og risikoen for uheldig interaksjon mellom medikamentene øker. Slett ikke alltid sjekker legen risikoen for interaksjon, sier Fred Andersen.

– Det trengs mye undervisning både for allmennleger og i spesialisthelsetjenesten på dette feltet. Stopp- og startkriteriene er lite kjent og dermed lite implementert i daglig praksis. Dette er noe leger må lære seg, for selv om det står en del i Felleskatalogen om interaksjon, er det slett ikke alle som tar seg tid til å sjekke interaksjonsmønsteret mellom kanskje syv-åtte medikamenter. Man har lett for å følge gamle, kjente rutiner.

Fred Andersen mener det er for mange tilfældigheter i forskrivning av medikamenter til eldre, og han er bekymret for bruk av kopipreparater som gjør det vanskelig for pasienter å følge med på hvilke medikamenter de bruker mot hva.

– Både polyfarmasi, innføring av kopipreparater og pasienters faktiske bruk av de medikamentene de får forskrevet av legen, er en eneste stor smørje som vi har veldig lite kontroll med. Kopipreparater er godt for økonomien, men ikke nødvendigvis for pasienten.

Vær oppmerksom tidlig

Advarsler mot bruk av mange medikamenter samtidig har vi hørt i mange år,

men hva skal legene gjøre når pasientene har flere sykdommer?

– Dette er grunnleggende utfordringer som leger må være oppmerksomme på allerede tidlig i pasientens sykdomsløp og tilrettelegge en medisinerings som tar hensyn til dem. Når pasienten kommer på sykehjem kan man oppleve at både tilsynslege og øvrig personale stiller seg negativt til seponering av medikamenter. Spesielt langtidsbehandling med sovemedisin og «gamle» antihistaminer er det svært mye av på sykehjem. Tas de bort, kan man oppleve abstinenssymptomer og utagering. Dette krever økt innsats fra de ansattes side, og det har de som regel ikke ressurser til. Det kan være nødvendig å sette inn psykofarmaka eller sederende medisin, men det bør være i korte perioder. Det ville hjulpet på mange lidelser om det var flere ansatte i avdelingene. En hånd å holde i er ofte viktigere og riktigere medisin enn piller!

Neste år blir
landskonferansen arrangert i
Ålesund 20.–22. april.

NYTT STUDIETILBUD



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

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
Nasjonal kompetansetjeneste

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

Ragnhild M. Eidem Krüger (tekst og foto)

Sykehjemsbeboere sitter seg til dårligere helse

Helsedirektoratets aktivitetsråd advarer mot stillesitting. – Skulle ikke dette også gjelde sykehjemsbeboere, undrer Elisabeth Wiken Telenius.

– De sitter seg i hjel, sier hun kontant.

Elisabeth Telenius er fysioterapeut og stipendiat ved Høgskolen i Oslo og Akershus og har gjort en undersøkelse på atten sykehjem om hvordan intensiv styrketrening og balansetrening kan påvirke fysisk og mental funksjon hos beboere med mild og moderat grad av demens (se fakta). Kontrollgruppene har utført en sosial aktivitet eller lett fysisk aktivitet som sittetrening. Intervensjonsgruppene har hatt intensiv trening to ganger per uke, konsentrert om balanse og styrke, utført gjennom bevegelser som kan gjenkjennes fra dagliglivet.

– Vi har ikke vært opptatt av kondisjon i studien, men de som er blitt sterke nok til det, vil kunne drive kondisjons trening på sykkel eller tredemølle. Balanseøvelsene har vært såpass utfordrende at vi har måttet stå ved siden av utøveren. Treningen var individuelt tilpasset hver deltaker og ble instruert i små grupper med en fysioterapeut per to til tre deltakere.

En vanlig øvelse har vært å reise seg fra en stol.

– Det er den beste knebøyningsøvelsen vi har. Den gir styrke og er funksjonell. Alle har bruk for å kunne reise seg fra en stol.

Aldri for tidlig – aldri for sent

Da Elisabeth var rundt for å få med sykehjem i studien, fikk hun ofte høre at det var for sent.

– Når folk er kommet på sykehjem, tror mange at løpet er kjørt. Du må begynne mye tidligere med trening, fikk jeg høre. Men vi i prosjektet mener at trening som kan gjøres også etter innflytting på sykehjem, kan gjøre en forskjell i hvordan personen har det – både fysisk og mentalt.

Deltakerne er testet tre ganger: før intervensjon, etter tre måneder med intervensjon og tre måneder etter at treningen var avsluttet. Den første publiserte artikkelen fra studien drøfter resultatene av testene som ble gjort før treningen startet (se fakta). De viser at personer med bedre balanse og de som er sterke, har bedre livskvalitet.

– Jeg mener det er logisk at det å være i bra fysisk form gjør noe med livskvaliteten. Et eksempel: Det å kunne reise seg fra en stol og gå selv åpner for mer frihet, da en ikke alltid må vente på hjelp. Vi har ikke sett på alle resultatene enda, men jeg håper at de som har trent beholder styrken og balansen over tid. På den annen side er fysisk form ferskvare. Det mest realistiske er at gapet mellom de som har trent og kontrollgruppen vil være større etter intervensjonen, fordi muskeltapet hos de utrente vil være større.

Holdninger må endres

Holdningen på flere av sykehjemmene har endret seg i positiv retning etter treningsstudien, men det er fremdeles en jobb å gjøre.

– På langtidspostene er det frustrerende å se hvor få tilbud det er om fysisk aktivitet. Mange steder oppfattes det som et treningstilbud når beboerne sitter på en stol og slår på en ballong, og personalet kan bli både lei seg og sinte når jeg sier at dette ikke er trening. For meg er det underlig at pasienter som kan gå og stå, skal sitte når de skal trene. Tenk på hva det gjør med søvnkvaliteten og appetitten å få bruke kroppen i løpet av dagen. Det rapporterte sykepleierne i piloten vi gjorde på Lilleborg sykehjem før studien. Dessuten er det et viktig poeng at fysisk spreke pasienter med sterke bein og god balanse er lettere å stelle.

Ikke misbruk rullatoren

Det er utbredt bruk av rullator på de fleste sykehjem. Pleierne er redd pasienten skal falle, men Elisabeth Telenius mener at den lett kan misbrukes.

– Mitt inntrykk er at mange får utlevert rullator omtrent idet de flytter inn, selv om de fint klarer å gå selv. Det er en sikker metode for å ta fra dem balansen. I løpet av dagen bør beboerne som kan gå uten rullator få gjøre det – gjerne med en pleier ved siden av. Noe av forklaringen er dessverre ressursmangel, men noe er også mangel på bevissthet, tror jeg. For mange er det fremdeles en fremmed tanke at vi bør ha fokus på fysisk aktivitet og trening for dem over 85.

– Det er kanskje fremmed for mange på 85 også? De kan vel tenke at de har stått på gjennom et helt liv, og nå vil de hvile?

– Helt klart, og det er ikke min intensjon å tvinge noen til å trene hvis de ikke vil. Det jeg ser er imidlertid at mange ønsker å være i aktivitet, men ikke får muligheten. Personer med demens blir ofte rastløse og går og går, men er henvist til å gå frem og tilbake i en hvit gang.

Takk og pris for at nyere sykehjem ofte har sansehager der folk kan gå ut.

Use it or loose it!

Elisabeth er opptatt av de små tingene i hverdagen. En rullator til en person som ikke trenger den, tar bort noe av personens funksjon. Å hjelpe en person opp av en stol uten at det er nødvendig, fratar personen muligheten til å bruke egne muskler.

– En god regel er: Use it or loose it. Muskler som ikke brukes, svekkes ganske raskt. Men mange på sykehjem er avhengige av at de ansatte motiverer for trening. Det nytter ikke å spørre: «Vil du trene eller vil du heller sitte og se på fjernsyn?» Frivillige vil være en kjemperessurs på dette området. Man trenger ikke tre års utdanning for å gå tur med en person som trenger følge.

Ta i bruk teknologien

Nye treningsverktøy er på inntog i eldreomsorgen. Ergometersykler med film og musikk får beboere til å sykle lange turer. Senioregamere spiller dataspill med kroppsbevegelser som hjelpemiddel (se egen sak). Hvordan ser fysioterapeuten på det?

– Veldig positivt. Det må komme nye, motiverende tilbud for å holde folk i gang. Det er ikke mer spennende for eldre enn for oss yngre å sitte og trø på en ergometersykel og se inn i en vegg.

LES MER

Telenius EW, Engedal K, Bergland A. Physical performance and quality of life of nursing-home residents with mild and moderate dementia. *Int J Environ Res Public Health*. 2013 Dec 2;10(12):6672-86. doi: 10.3390/ijerph10126672.

Helsedirektoratet.no: Anbefalinger fysisk aktivitet og stillesitting



ALDRI FOR SENT: – Mange tror at løpet er kjørt når man havner på sykehjem. Men trening kan gjøre en stor forskjell for beboeren – både fysisk og mentalt, sier fysioterapeut Elisabeth Telenius.

Fakta:

Atten sykehjem med i undersøkelsen, tretten i Oslo, fem i kommuner omkring Oslo. Til sammen 170 deltakere.

En treningsgruppe og en kontrollgruppe på hvert sykehjem, maks seks i hver gruppe.

Grad av demens er målt med Klinisk demensvurdering (KDV).

Livskvalitet er målt med spørreskjemaet QUALID.

Studien er finansiert av Extrastiftelsen.

E.W. Telenius representerer *Forskningsgruppen Aldring, helse og velferd* ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Ragnhild M. Eidem Krüger (tekst og foto)

Fysisk aktivitet med dataspill – en klar vinner

Vanligvis forbindes dataspill med fysisk passivitet. Her skal det handle om det motsatte.

En liten, trang gang på Fredholt bo- og servicesenter i Drammen. Tre godt voksne beboere ankommer, én med rullator og én med stokk, klare for dagens høyde-

punkt. Så slippes rullator og stokk. En og en finner de plassen midt på gulvet, gjør noen armbevegelser og er i gang. De spiller bowling på dataskjerm, og konsentrasjonen er på topp.

– Jaaa! Den satt!

Kjellaug Jakobsen har fått treff på mange kjegler og får applaus. Pleier Geir Blom gjør klar for neste runde, og spillerne Atle Skansen og Freddy Sørensen er ivrige etter å komme i gang. Ingen tar i en fysisk bowlingkule – de spiller mot en stor dataskjerm som er oppstilt i gangen, og styrer kulen med kroppsbevegelser. Dataspill – kalt *Seniorgamer* – har inn tatt eldreomsorgen som fysisk aktivitetstilbud.

Biblioteket sentralt

Drammensbiblioteket flyttet inn i nye, moderne lokaler i 2007. Som landets første bibliotek åpnet de da for dataspill for ungdom. Det ble en stor suksess. Så dukket en ny idé opp: bevegelsesstyrte dataspill for hjemmeboende personer i tidlig fase av demens.

– Ideen ble skapt i det kreative miljøet biblioteket er en del av – en kunnskaps-park med flere aktører innenfor innovasjon og helsesektoren, forteller prosjektleder Lena Hillestad.

– Ideen vokste, og vi søkte midler hos Nasjonalbiblioteket til et forprosjekt. Vi har samarbeidet tett med aktivitetshuset Villa Fredrikke, for vi måtte teste ut om målgruppen syntes dette var interessant.

Uprøvingen startet sent på høsten 2010, og det ble tidlig klart at dette var en populær aktivitet.



VAREMERKE: Prosjektleder Lena Hillestad liker godt at *Seniorgamer* bygges opp som varemerke.

MOTSTANDEREN:
Den store skjermen
det spilles mot.



– På Villa Fredrikke har de dannet Bowlingligaen med egne t-skjorter, og de har spilt hver tirsdag siden starten. Samarbeidet med dem og tilbakemeldingene derfra har vært til uvurderlig nytte.

Et bredere tilbud

Nå leder Drammensbiblioteket utviklingen av Seniorspillsprosjektet som et nasjonalt bibliotekprosjekt for både hjemmeboende og sykehjemsbeboere med mild grad av demens.

– Vi ønsker en samhandling med andre samfunnsaktører og orienterte oss derfor bredere mot helsesektoren.

Dermed ble Fredholt bo- og service-senter kontaktet, og etter hvert som prosjektet ble kjent har pågangen fra institusjoner landet over vært stor for å komme i gang med spill. Lena har vært rundt i landet og fortalt om Seniorspillsprosjektet, og flere steder står på planen.

– Jeg opplever at mange er veldig klare for et nytt aktivitetstilbud som kan fenge deltakerne.

Utstyret som trengs er en tv-skjerm, en Microsoft X-boks som man putter spillene inni og en sensor, Kinect, som registrerer kroppsbewegelser. Spillene kjøpes i butikk eller på nett. Så langt i prosjektet har Lena Hillestad erfart at bowling og boksing er mest populært hos målgruppen.

– Men jeg vet at noen liker å spille fotball, og da får de brukt bena ganske aktivt. Volleyball er også bra for noen. Poenget for veilederne er å finne ut hva som passer for den enkelte spiller og legge opp aktiviteten etter det. Veilederne sikrer at dette foregår i trygge former.



LAGET: Vi er klare! Fra venstre Freddy Sørensen, Kjellaug Jakobsen og Atle Skansen.



SPILLEGLEDE: Ingen tvil om at Kjellaug Jakobsen og Atle Skansen er i sitt ess.

Skaper bevegelse og gode øyeblikk

Spillene bidrar til økt konsentrasjon og fysisk bevegelse fordi all aktivitet på skjermen styres av spillerens kroppsbevegelser.

– Vi ser at folk kommer til spillingen med rullator, men setter fra seg rullatoren og går frem dit de skal stå når de spiller. Da trener de opp balansen, og det forebygger fall. De trenger ikke forstå spillet, bare de har det morsomt og blir motivert til bevegelse! De som har deltatt flere ganger, lærer seg bevegelsene, så det stemmer ikke helt at personer med demens ikke kan lære noe nytt.

Lena har registrert at aktiviteten skaper positive følelser og reaksjoner, og at også de som bare ønsker å se på, har det hyggelig.

– Det viktige er å skape gylne øyeblikk. Personer med demens har lett for å isolere seg, men når man gjør hyggelige ting sammen kan det bli enklere å

snakke også om det som er vanskelig. Og det vi ser, er at deltakere som ellers har problemer med å orientere seg, kan få bowlingkulen av gårde så det suser og gjerne oppnå fullt hus.

Spill på utenlandsk

Aktiviteten kalles Senioregamer. Med tre millioner kroner i prosjektstøtte fra selveste Nasjonalbiblioteket ville nok mange forvente et norsk navn?

– Det startet med at vi søkte om midler til prosjektet «Spill for hjemmeboende eldre i tidlig fase av demens», men ingen ville jo ha lyst til å delta i noe med et så kjedelig navn, ler Lena Hillestad.

– Vi måtte finne noe mer spennende, og senior er et innarbeidet ord som ikke sier noe eksakt om alder eller helsetilstand. Ungdom vet umiddelbart hva en gamer er – det er en som spiller data-spill, så da ble navnet Senioregamer. På Voss heter det Seniorspel, og det er fint.

Merkevare

Senioregamer er bygget opp som en merkevare med egen, lett gjenkjennelig logo og t-skjorter. Hvorfor er dette viktig?

– Det handler om å tydeliggjøre bibliotekenes aktive rolle i prosjektet. Vi skal lage en håndbok om hvordan man kan legge til rette for spillene. Den skal være for biblioteker, pårørende og eldre-institusjoner. Biblioteket er et sted der ingen tenker at man går fordi man er syk, og det kan gjøre det enklere for hjemmeboende personer med demens å komme hit. Vår jobb er å legge til rette for spill gjennom å kunngjøre tidspunkter som passer og å ha en tilgjengelig hjelper.

Prosjektperioden avsluttes ved utgangen av 2014. Avtale med blant annet Frivilligsentralen gjør at frivillige da er kommet på banen og kan samarbeide med bibliotekene ved å være med og veilede senioregamere både i og utenfor institusjon.

GLEDER FLERE:

– *Jeg vant! Men Atle Skansen deler premien storsinnet med de andre.*

Fakta:

Lov om folkebibliotek av 1. januar 2014 understreker bibliotekets rolle som møteplass, forum for debatt og kulturelle opplevelser.

Prosjekt Senioregamer er treårig.

Samarbeidspartnere er FOU-enheten i Drammen kommune, Villa Fredrikke aktivitetshus, Kulturoasen i Drammen kommune, Papirbredden Innovasjon, Mektron AS og Høgskolen i Buskerud og Vestfold.





MER TEKNOLOGI: *Drammensbiblioteket har tatt et nytt skritt på teknologifronten og anskaffet et såkalt surfacebord. Skjermen danner en bordplate som kan styres gjennom berøring. Her kan man legge inn bilder eller filmsnutter og få frem kjente miljøer man kan «rusle» virtuelt gjennom. Dette skal trigge minner og er inspirert av museumsprosjektet «Møte med minner». Man får både mental trening og fysisk aktivitet ved at man står ved bordet eller går rundt det mens man «går» gjennom bildene.*

Dataspill – et velkomment tilbud

Fredholt bo- og servicesenter i Drammen er en institusjon for personer med demens. Fredholt har 40 plasser fordelt på to langtids- og to korttidsavdelinger og har dessuten tilbud om demensutredning.

Fredholt ble valgt da prosjektet skulle prøve ut mobilt utstyr. Seks ansatte ble satt av til å lære dataspillet og være veiledere for beboere som vil spille. Tanken var at utstyret skulle kunne brukes på flere avdelinger, så prosjektet kjøpte skjerm, x-boks og sensor plassert på stativ som kan flyttes rundt på huset. Det synes hjelpepleier Geir Blom er en god løsning. Han arbeider på utredningsavdelingen for demens med ti vanlige plasser og en akuttplass. Der brukes utstyret en til to ganger i uken, for det meste til bowling.

– Vi får ofte inn pasienter som er urolige, og når de får prøvd seg med bowling en stund blir de gjerne roligere. At utstyret kan flyttes gjør det brukbart for

beboere med forskjellige behov. Noen trenger skjerming, andre trives i gruppe

Dette er en form for spill som de færreste eldre er fortrolige med, og det er en utbredt oppfatning at personer med demens ikke så lett lærer nye ferdigheter. Hva er din erfaring?

– Vi har sett mange eksempler på det motsatte. Vår tanke er at alle som vil skal få prøve, og de aller fleste klarer det. Enten man treffer en eller ti kjegler, er det moro og gir opplevelse av mestring. I tillegg kan de spille sammen med barnebarn som kommer på besøk. Både pasientene og vi som jobber her blir i godt humør av spillingen.

Fredholt har tradisjonelle aktiviteter som turgåing og bingo, men Geir Blom mener at den nye teknologien er et positivt tilskudd.

– Jeg opplever at digitale verktøy er noe de eldre gjerne vil vite mer om. De vet at ungdommen driver med dataspill, og nå er det noe de også kan gjøre. Dette synes også mennene er gøy å være med på. De har ellers lett for å falle litt utenfor i en del aktiviteter.

Nå ønsker Blom at flere frivillige kan komme og hjelpe til med aktivitetene.



EGEN SKJORTE: *Geir Blom har fått Seniorgamernes t-skjorte.*

– Det hadde vært morsomt å knytte til seg en klasse på videregående eller ungdomsskole som kunne komme hit en time eller to i uken og spille med beboerne. En slik kontakt tror jeg ville være bra for begge parter.



Bente Wallander (tekst og foto)

Beveger kropp og sjel

Ella Margrethe Hornnes og Kari Brobakken Svaland vet at fysiske aktiviteter gjør dem godt. Under ledelse av fysioterapeut Anne Margrethe Ulleberg går de derfor i vannet hver uke.

– Åhh, sukker Kari Brobakken Svaland i det hun slipper seg ut i det oppvarmede bassenget til Sørlandet sykehus HF i Kristiansand.

– De eneste øyeblikkene jeg føler at jeg har det virkelig godt er når jeg er i vannet. Det er som å ta ti Sobril på en gang!

Styrke og sosialt samvær

Det ukentlige svømmetilbudet for nåværende og utskrevne alderspsykiatriske pasienter fra Vest-Agder er i Kari Brobakken Svalands øyne gull verdt:

– Vannet i bassenget holder 34 grader. Det betyr mye for meg, som sliter med en kombinasjon av slitasje og somatiske plager. Dette gjør godt, både for kropp og sjel.

Initiativet til svømmetimen kommer fra fysioterapeut Anne Margrethe Ulleberg. Hun har også etablert en trimgruppe for deltakere med tilknytning til alderspsykiatrien hver tirsdag.

STYRKE OG FELLESSKAP: – Felles for de to treningstilbudene er et fokus på styrke og fellesskap, forteller fysioterapeut Anne Margrethe Ulleberg ved Sørlandet Sykehus HF (i midten). Her med deltakerne Ella Margrethe Hornnes (t.v.) og Kari Brobakken Svaland.

Positivt pustehull

Opp til fem personer møter opp for å svømme en gang i uka, mens trimgruppen har cirka ti deltakere.

– Felles for gruppene er at vi har fokus på styrke og sosialt samvær, forteller Anne Margrethe Ulleberg.

– Treningstimene skal ikke bare være et forum for fysisk aktivitet. Like viktig er det at deltakerne får et pustehull for åpenhet. Etter å ha trent setter vi oss gjerne litt i kafeen og snakker sammen før vi går hver til vårt. Her kan vi dele ting som ikke kan snakkes om i alle sammenhenger.

– Tilbudene er så gode at jeg for første gang på mange år føler at jeg har noe å glede meg til hver uke, forteller Ella Margrethe Hornnes.

Tilrettelagt tilbud

– Det er viktig at vi følger opp pasientene der de er, så de ikke forsvinner i «systemet», utdyper Anne Margrethe Ulleberg.

– Jeg prøver å finne den fysiske aktiviteten som passer best for den enkelte. Tilrettelegging er også viktig. Vi bestiller for eksempel drosje for deltakerne til og fra gruppetreningstimene, da blir det enklere å komme seg ut. Hvis de måtte benytte buss, ville flere ikke ha klart å delta.

Ulleberg begynte sitt arbeid i alderspsykiatrien i 2001. For tiden tar hun en masterutdanning i eldres helse ved Universitetet i Agder med oppgaven *Fysioterapeutens erfaring med den eldre deprimerede pasient og fysisk aktivitet*.

– Jeg opplever at det finnes flere tilbud til personer med demens her i området, men nesten ingen ting for eldre med psykiske utfordringer. Det er synd. *The Cochrane Library* utga nylig en



SOM TI SOBRIL: – De eneste øyeblikkene jeg føler at jeg har det virkelig godt er når jeg er i vannet, sier Kari Brobakken Svaland.

gjennomgang av effekten av trening på depresjon hos alle aldersgrupper. Det ble konkludert med at trening kan ha en moderat effekt på depresjon. I tillegg konkluderte studien med at trening kan være like effektivt som psykoterapi og tradisjonell medisinsk behandling (1).

Strategi for mestring

Over en kopp kaffe i kafeen etter svømmetimen, utdyper Kari Brobakken Svaland og Ella Margrethe Hornnes sine livserfaringer.

– Jeg har fått et nytt liv etter at jeg var kom inn i det polikliniske alderspsykiatriske systemet. Her har jeg fått bygget opp en følelse av trygghet og fellesskap, det er så fort gjort å føle seg glemt. Treningen er en viktig del av opplegget. Man må unngå at folk setter seg til i en stol, det er så vanskelig å komme seg opp igjen av den alene, sier Kari,



LYSPUNKT: – *Aktivitene betyr så mye. Nå har jeg for første gang på mange år noe å glede meg til hver uke, sier Ella Margrethe Hornnes (t.v.).*



TRENER SAMMEN: *Fysioterapeut Anne Margrethe Ulleberg (t.v.), Kari Brobakken Svaland og Ella Margrethe Hornnes.*

som selv ble syk første gang i 1983. Hun har ikke så mye godt å si om det generelle tilbudet i norsk psykiatri.

– Det var først da jeg kom inn i alderspsykiatrien at jeg opplevde at jeg ble tatt på alvor, hevder hun.

Kari har i alle år har vært åpen om sine utfordringer: – Selv om noen nok har sett litt rart på meg, spesielt eldre mennesker.

Ella Margrethe Hornnes gikk også på en livssmell, men hun reagerte motsatt:

– Jeg lukket meg inne med alt mulig. Til sist var jeg så deprimeret at jeg måtte legges inn på alderspsykiatrisk avdeling. Det var der jeg ble kjent med Annes treningstilbud. Ved utskrivning visste jeg at jeg hadde noe positivt å gå til. Nå er hverdagene mine helt annerledes. Det er ikke så lett å komme i gang med noe på

egenhånd. Det er fysioterapeutens tilbud om fysisk aktivitet og fellesskap som gjør at jeg mestrer livet mitt i dag.

Helbredende fysioterapi

I dette får Ella støtte fra overlege Hans Kristian Henriksen ved alderspsykiatrisk poliklinikk, Sørlandet sykehus¹: «Anne Margrethe Ulleberg helbreder flere enn vi klarer her på klinikken», hevder han.

– Det er bare noe han sier for å være hyggelig, sier Anne Margrethe Ulleberg lett brydd.

– Nei, det er det absolutt ikke, understreker Ella og Kari:

– Det finnes så mange behandlere og leger som ikke hører på deg. De hiver

bare til deg noen piller før du må gå. Her får vi hjelp som hjelper. Det oppleves som å komme til himmelen. Samspillet mellom lege, avdeling og fysioterapeut er også viktig.

– Det finnes ikke mange leger som Henriksen heller; Han kommer jo hjem til oss for å se hvordan vi har det. Men fysioterapeut Anne – hun er selve engelen vår, skjønner du.

REFERANSE

1. Cooney GM, Dwan K, Greig CA et al. Exercise for depression (Review). The Cochrane Library, 9, 2013. 1-123.

¹) *Et intervju med Hans Kristian Henriksen kan leses på side 4 i denne utgave av D&A.*



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste



Lise Marie Øverland

God personsentrert omsorg for eldre mennesker med utviklingshemning

Stadig flere tjenesteytere vil stå overfor disse spørsmålene: Hvordan skal vi gi god individualisert omsorg til eldre mennesker med utviklingshemning med økende omsorgsbehov? Personer med utviklingshemning lever lenger enn før, flere oppnår høy alder. Etter hvert får de aldersrelaterte sykdommer og svekkelser, i tillegg til utviklingshemningen. Boken viser hvordan man kan gi god personsentrert omsorg til eldre med utviklingshemning innenfor rammen av et bofellesskap, og vilkårene som gjør dette mulig.

ISBN 978-82-8061-228-1 | 116 sider – kr 130,-

For bestilling og mer informasjon:

www.aldringoghelse.no

tlf 33 34 19 50 – post@aldringoghelse.no

Med Aldring og helse til Rio de Janeiro



DELTOK PÅ SYMPOSIET: Fra v.: Daniela Jessula Levy, ernæringsfysiolog fra et jødisk sykehjem, Janne Røsvik, stipendiat Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Fabiana Batista de Souza, hjelpepleier CEPE, Janiciene de Souza Silva, sykepleier CEPE, Fayanne Shaustz Bom, sykepleier CEPE, Carlos Eduardo Oliveira, sykepleier fra et privat sykehjem, Karina Pinheiro Fernandes, sykepleier fra et offentlig sykehjem, Marit Mjørud, stipendiat Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Nasjona Cristiane dos Santos Rosa, sykepleier, Ana Paula Carvalho Orichio, sykepleier fra Marinen.

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse deltok på det fjerde brasiliansk-norske symposiet i Rio de Janeiro.

Et reisefølge på fem, bestående av Knut Engedal, Guro Hanevold Bjørkløf, Maria Lage Barca, Janne Røsvik og Marit Mjørud, forlot Norge fredag 4. april. Med ett døgnns reise og seks timers tidsforskjell trengte vi en dag å komme oss på, så på lørdag ruslet vi litt rundt i gatene i bydelen Leblon og på stranden. Søndag fikk Marit, som har erfaring fra Hawaii, en liten brettseilingstur under kyndig veiledning av brasilianske venner. Hun klarte seg bra og viste at hun ikke hadde glemt gamle kunster.

Programmet var ellers tett. Mandag 7. april besøkte vi to sykehjem, et offentlig og et privat. Det er stor forskjell på offentlige og private sykehjem i Rio. Det er også generelt veldig få av dem, tatt i betraktning at byen rommer åtte millioner mennesker. På det offentlige sykehjemmet bor stort sett mennesker som har levd på gaten og som ikke lenger klarer seg selv. De har en bemanning på én pleier per 12 pasienter. Pasientene deler rom og det er opp til åtte-ti personer i hvert værelse. Det fantes også noen tomannsrom, men vi oppdaget ingen dører til noen av rommene. Det hele var åpent, pasientene hadde en seng og et

skap og hadde ikke noe privat område. De fysiske forholdene var enkle, men vi fikk et svært godt inntrykk av pleierne på sykehjemmet; Positive, gode mennesker som brenner for jobbene sine. På det private sykehjemmet var forholdene omtrent som i Norge. Enerom, med egne møbler, god bemanning og de fleste pasientene hadde i tillegg private pleiere som kom hver dag. Pasientenes familier betalte alt, og det er ganske dyrt tatt i betraktning en vanlig inntekt i Brasil.

Senteret, Centro de estudo e pesquisa do envelhecimento (CEPE), Aldring og helses offisielle samarbeidspartner i Rio, er nå i gang med en stor forskningsstudie hvor de skal kartlegge personene som bor på de offentlige sykehjemmene med kognitive tester, ADL-skjemaer, prevalens av demens, atferdssymptomer ved demens og medikamentell bruk. Annibal de Silva, som var i Norge for to år siden og gjorde ferdig sin doktorgrad her, leder dette prosjektet som del av sin postdoktortid. Det blir spennende å se resultatene fra denne studien.

Tirsdag og onsdag gjennomførte Janne og Marit med god hjelp og støtte fra Maria, et kursholderkurs i VIPS praksis-



KURSHOLDERE: Marit Mjørud (t.v.) og Janne Røsvik.

modell (VPM). Det var 40 deltakere; hovedsakelig sykepleiere, psykologer og leger. De likte modellen godt. Åtte av sykepleierne ble plukket ut til å være kursholdere i VPM, og tre av disse fikk ansvaret for å spre VIPS praksismodell i Brasil. Noen av dem kommer til den internasjonale VIPS-kongressen som holdes i Oslo i oktober.

Torsdag og fredag var det tid for det fjerde brasiliansk-norske symposiet. Torsdag var målgruppen ansatte i primærhelsetjenesten. Om lag 60 personer kom til dette symposiet, som omhandlet utredning og behandling av depresjon og demens sett i et primærhelsetjenesteperspektiv. Knut snakket om bruk av skalaer og presenterte den norske modellen med kommunale demensteam, samt behandling av både demens og depresjon.

Fredag var det symposium for spesialisthelsetjenesten, med foredragsholdere fra Brasil og Norge. Det kom mellom 150 og 200 tilhørere. Alle vi norske var i ilden. Knut snakket om likheter og forskjeller mellom demens som debuterer tidlig og sent i livet. Han holdt også et foredrag om bruk av biomarkører og hvilken verdi de kan ha i demensutredningen. Maria snakket om pårørendes belastning, spesielt omtalte hun pårørende til unge pasienter. Marit hadde foredrag om livskvalitet hos personer med demens, mens Guro satte fokus på mestring og sammenhengen mellom mestring og depresjon hos eldre mennesker. Jannes foredrag dreide seg om psykososiale tiltak, behandlingsalternativer til personer med demens og personsentrert omsorg. Maria presenterte på portugisisk, mens resten holdt seg til engelsk. Oversettere arbeidet iherdig og gjorde innholdet om til godt forståelig portugisisk via hodetelefoner og mikrofoner.

Deretter bar det rett til flyplassen og en lang hjemreise etter en hektisk, lærerik og hyggelig uke. Vi fikk ikke tid til å bli solbrent, til tross for at det var sol hver dag og mellom 25 og 30 grader varmt.

■ marit.mjorud@aldringoghelse.no



**TID TIL Å VÆRE
UNG?
NÅR MOR ELLER FAR
HAR DEMENS...**

ER DU MELLOM 18 OG 30 ÅR OG HAR EN MOR ELLER FAR MED DEMENS?

Du inviteres til HELGEKURS 19.–21. september 2014. Samlingen er rusfri og holdes på Selbusjøen hotell i SELBU fra fredag ettermiddag til søndag etter lunsj. Reise og opphold blir dekket.

I løpet av helgen er det felles aktiviteter. Du treffer andre i samme situasjon, får økt kunnskap om demens, råd som kan være til hjelp i hverdagen og får anledning til å snakke med fagfolk.

Arrangører: Fagpersoner ved sykehusene i Levanger og Namsos og Ressurs-senter for demens i Trondheim, i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse og Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Informasjon og påmelding: Marit Fossberg - marit.fossberg@aldringoghelse.no, tlf. 33 34 19 49/900 34 604

Per Kristian Haugen - perkristian.haugen@aldringoghelse.no, tlf. 33 34 19 60/990 32 115.

PÅMELDINGSFRIST 1. SEPTEMBER 2014



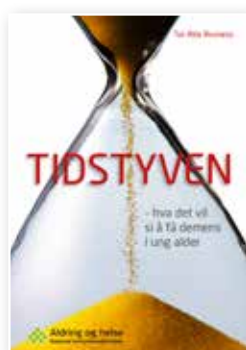
www.aldringoghelse.no



Tor Atle Rosness

Tidstyven

– hva det vil si å få demens i ung alder



Boken omhandler yngre personer med demens. Det er lagt vekt på å skrive en bok som er preget av populærvitenskapelig innhold, forståelig og stimulerende også for dem som ikke har en helsefaglig bakgrunn, men med interesse for å lese om yngre personer med demens. Yngre personer med demens og deres pårørende har behov for skreddersydd behandling fra helseapparatet. Det er ikke bare ung alder som skiller dem fra størsteparten av personer med demens, det er som regel hele livssituasjonen.

Forfatterens ønske er at leseren styrker sin kunnskap om feltet, og samtidig får et bedre utgangspunkt for refleksjon, også uten mye forkunnskap.

ISBN 978-82-8061-229-8 | 128 sider – kr 170,-

For bestilling og mer informasjon:

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



Møteplass for mestring Demens midt i livet

Kurs for yngre personer med demens og deres pårørende i 2014

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

I 2012 og 2013 ble det arrangert totalt 15 kurs med 274 deltakere. Evalueringen viste at Møteplass for mestring hadde gitt både personene med demens og pårørende opplevelse av økt åpenhet

og innsikt i egen situasjon, større kunnskap og felles forståelse for hva demens innebærer i hverdagen.

Parene betaler en egenandel på 1000 kr. for kurs og opphold. Reiseutgifter med billigste transportmiddel utover 1000 kr. dekkes. Samlingene ledes av fagansvarlig helsepersonell i samarbeid med frivillige fra Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Opplys gjerne om tilbudet til aktuelle deltakere!

Region	Samling 2014	Fagansvarlig	Kontaktperson
Nord-Norge	Sommarøy, Tromsø 11.09 – 14.09	Hilde Risvoll NKS Kløveråsen Tlf. 75 55 16 10 rih@kloverasen.no	Frode Vikhals Fagermo ; daglig leder fylkeskontor Tlf. 75 52 34 29 frode.vikhals.fagermo@nasjonalforeningen.no
Midt-Norge	Jægtvollen, Inderøy 4.9 – 7.9	Turid Torland Ressurssenteret i Trondheim Tlf. 947 95 585 turid.torland@trondheim.kommune.no	Frode Moe ; daglig leder fylkeskontor Tlf. 73 52 62 64 frode.mo@nasjonalforeningen.no
Møre og Romsdal	Hustadvika, Fræna 16.6 – 19.6	Birgit Gjerstad Riise og Torunn Edøy Helse Møre og Romsdal, Tlf. 71 12 30 00 Birgit.Gjerstad.Riise@helse-mr.no	Else Marie Gulseth ; daglig leder fylkeskontor Tlf. 71 21 59 76 else.marie.gulseth@nasjonalforeningen.no
Vest-Norge	Fjordslottet, Osterøy 2.10 – 5.10	Marianne Munch NKS Olaviken, Tlf. 924 08 872/934 13 261 marianne.munch@olaviken.no	Ingvild T. Hansen ; aktivitetskoord. fylkeskontor Tlf. 23 12 01 22 INHA@nasjonalforeningen.no
Sør-Norge	Melsomvik, Vestfold 25.9 – 28.9	Kari Midttun Lie Sykehuset i Vestfold, Tlf. 33 34 19 85/33 34 19 20 karmid@sv.no	Bjørn Lofstad ; daglig leder fylkeskontor Tlf. 908 56 404 bjorn.lofstad@nasjonalforeningen.no
Østlandet	Sørmarka, Akershus 9.10 – 12.10	Mette Vinke Hukommelsesklinikken OUS, Ullevål Tlf. 23 01 61 62 UXMEVI@ous-hf.no	Elisabeth Madsen ; daglig leder fylkeskontor Tlf. 40 44 57 56 elisabeth.madsen@nasjonalforeningen.no
Innlandet	Honne hotell, Biri 20.5 – 23.5	Jorunn S. Wolden Sykehuset Innlandet, Tlf. 62 58 15 33 / 62 58 16 84 jorunn.s.wolden@sykehuset-innlandet.no	Terje Hagen ; daglig leder fylkeskontor Tlf. 62 51 79 10 TEHA@nasjonalforeningen.no



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

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

Stockholm 20. og 21. oktober 2014

Andre skandinaviske konferanse om ledelse og demens

God demensomsorg, et spørsmål om ledelse?

Tema: Implementering som holder

Kunnskap om demenssykdommene er i stadig utvikling, samtidig som omsorgen for personer med demens står overfor både muligheter, utfordringer og dilemmaer. Som en følge av knappe ressurser og økende antall personer med demens, er tjenestene til denne gruppen under stadig større press.

For å lykkes har vi behov for å innta et overordnet perspektiv, samt lære av hverandre for å ta i bruk ny kunnskap. Skall kvaliteten på omsorgstjenestene forbedres, må vi samarbeide. En personsentrert tilnærming er nødvendig. Veien til god demensomsorg går gjennom dyktiggjøring og involvering av medarbeiderne.

Svenskt Demenscentrum, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse og Nationalt Videntcenter for Demens inviterer organisatorer og ledere fra hele Skandinavia til konferansen, som holdes i Stockholm Waterfront Congress Centre 20. og 21. oktober 2014.

Konferansen setter fokus på implementering av ny viten om god demensomsorg og diskuterer spørsmålet om hvordan vi kan fastholde forbedringer over tid. Internasjonale forskere og forelesere deltar. Konferansen omfatter et stort antall emneområder og presentasjonene vil bli gitt på norsk, svensk, dansk og engelsk.

Påmelding og program:

www.demenscentrum.se/konf2014

**Demensdagene 2014**

Oslo, 2.–3. desember

Merk av i kalenderen!

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.

Fra programmet kan nevnes:

- Åshild Ulstrup: – Eg ser ei sol. Døden i tankar og undring
- Espen Molden: Legemiddelbruk hos eldre – interaksjoner og bivirkninger
- Ursula Becker: Marte Meo – using the cooperation model in geriatric staff daily routing

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



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste



KURS & KONFERANSER 2014

Kursperiode	Tema	Sted	Påmeldingsfrist
Demens			
3. sept.**	Konferanse – Dementsteam	Molde	20. juni 2014
9. sept.***	Lær å bruke DCM	Tromsø	23. juni 2014
15. sept.***	Basiskurs i demens	Oslo	29. aug. 2014
24. sept.*	Konferanse – Hjemmebaserte tjenester til personer med demens	Kristiansand	20. aug. 2014
25. sept.*	Tilrettelagte dagaktivitetstilbud for personer med demens	Kristiansand	20. aug. 2014
8. okt.*	Utredning av demens i kommunehelsetjenesten	Trondheim	2. sept. 2014
9. okt.*	Etablering og organisering av dementsteam	Trondheim	2. sept. 2014
28. okt.*	Kognitiv svikt og demens hos personer med innvandrerbakgrunn	Oslo	22. sept. 2014
29. okt.*	Tilrettelagte tilbud til yngre personer med demens og deres pårørende	Oslo	23. sept. 2014
4. nov.*	Bogrunder for personer med demens	Lillestrøm	29. sept. 2014
5. nov.*	Erfaringskonferanse – Dagtilbud	Oslo	1. okt. 2014
2. des.**	Demensdagene 2014	Oslo	3. nov. 2014

Alderspsykiatri

11. sept.*	Psykiske lidelser i eldre år	Haugesund	20. juni 2014
15. sept.**	Legkurs – Alderspsykiatri i praksis	Oslo	23. juni 2014
14. okt.*	Rus og legemiddelavhengighet hos eldre	Trondheim	8. sept. 2014
12. nov.*	Psykiske lidelser i eldre år	Tromsø	7. okt. 2014
14. nov.*	Alderspsykiatrisk forskningsnettverk	Oslo	10. okt. 2014

Utviklingshemning og aldring

23. sept.***	Basiskurs – Aldring hos personer med utviklingshemning	Kolvereid	5. sept. 2014
23. okt.*	Temakonferanse – Avgang fra yrkeslivet – hva nå?	Oslo	16. sept. 2014

Funksjonshemning og aldring

22. okt.*	Temakonferanse – Arbeidsliv og pensjonering ved aldring for personer med funksjonshemning	Oslo	16. sept. 2014
-----------	---	------	----------------

Geriatrici

28. okt.*	Akutt hjertesykdom hos eldre	Oslo	22. sept. 2014
-----------	------------------------------	------	----------------

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

Postboks 2136,
3103 TØNSBERG
Tlf.: 33 34 19 50
Faks: 33 33 21 53
E-post: post@aldringoghelse.no

Antall kursdager:

* (1 dag)

** (2 dager)

*** (3 dager)

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

Velkommen til en lærerik høst!

*Med forbehold om endringer
– følg med på vår hjemmeside der program og lenke for påmelding legges ut.*

www.aldringoghelse.no

Skriv for Demens & Alderspsykiatri

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

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

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



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

Fagartikler i D&A

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

En fagartikkel i D&A overskrider sjelden 15 000 tegn uten mellomrom. Vi

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

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

Forskningsartikler i D&A

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

Generelt

- ♦ All tekst skrives i MS Word-format (.doc, .docx) eller i «rikt tekstformat» (.rtf), med fonten Times New Roman, bokstavsstørrelse 12.
- ♦ Linjeavstand skal være 1,5 cm.
- ♦ Sidene skal pagineres (merkes med sidetall).
- ♦ Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig.
- ♦ Artiklene skal inneholde følgende avsnitt, om det er naturlig ut fra hva slags studie artikkelen refererer:
 - Sammendrag, hovedbudskap, bakgrunn, metode (med statistikk), etiske refleksjoner, resultater, diskusjon, konklusjon og referanser.
- ♦ Hovedbudskapet skal sammenfattes i to-tre kulepunkter.
- ♦ Overskriftene markeres med tykkere bokstaver (bold).
- ♦ Fotnoter skal ikke brukes.
- ♦ Figurer og tabeller fremstilles på separate sider etter referanselisten.
- ♦ Det tillates inntil fem tabeller og/eller figurer.
- ♦ Tabeller skal av trykkes tekniske årsaker også sendes inn som egne dokumenter i excel-format (.exl).
- ♦ Forfatteren (forfatterne) har selvstendig ansvar for all språkvasking.
- ♦ Antall ord er maksimalt 3 500 (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser).
- ♦ Sammendraget skal være på norsk og engelsk, og inneholde maksimalt 250 ord for hver språkform.
- ♦ Manuskripter skal være skrevet på norsk, svensk eller dansk.

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

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

1. Overskriftsside

Tittel på artikkelen

Forfatterens (forfatterenes) for- og etternavn.

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

Forfatterens (forfatterenes) stilling og arbeidssted.

Kontaktforsfatterens (vanligvis førsteforsfatter) elektronisk post-adresse og telefonnummer.

Antall figurer og tabeller i artikkelen

2. Sammendrag

Sammendrag skal være på norsk og engelsk, som skrives på egne sider. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet. Det skal dekke studiens bakgrunn, hensikt, metode, hovedresultat og konklusjon. Maksimalt 250 ord.

Etikk

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

Forfatterskap

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

1. Vesentlige bidrag til idé til og utforming av studien, eller 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.

Referanser

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

For fullstendig beskrivelse av stilen og kravene til forskningsartikler som ønskes vurdert for publisering i D&A, se www.demensogalderspsykiatri.no

REFERANSER

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



Demens & Alderspsykiatri

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

Fire utgaver årlig. Abonnement per år:
 Norge: kr 380,- Norden for øvrig: kr 450,-

Trenger dere flere blader på din arbeidsplass?
 Vi sender tre eksemplarer av bladet (forutsatt samme adresse) for kr. 760,- per år.

Bestill tidsskriftet

e-post tidsskriftet@aldringoghelse.no

telefon 22 11 77 28

eller skriv til:

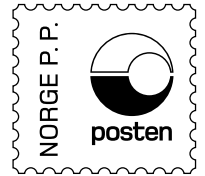
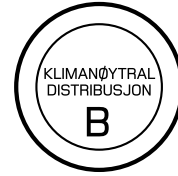
Aldring og helse

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



Aldring og helse
 Nasjonal kompetansetjeneste

www.demensogalderspsykiatri.no



D&A går i dybden - og i bredden

ISSN: 1890-4130

Medlem av



Demens&Alderspsykiatri utgis av



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

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