

Dugnadsarbeid
med demens
**Aktive dager
på museet**

Side 30



4

Så depresjon
hos eldre

14

Bent Høie
om pårørende

15

Eldre underernærte
- overses til døde

- | | |
|--|--|
| <p>4 FOLK I FOKUS
Satte lys på depresjon hos eldre
Intervju med Eystein Stordal</p> <p>7 FAGARTIKKEL
Psykotrope legemidler hos eldre deprimerte pasienter: Blodprøver avslører den faktiske bruken av legemidler
Marit Tveito, Bernhard Lorentzen</p> <p>9 FAGARTIKKEL
Interaksjon av gener og miljø ved demens – GENIDEM-prosjektet
Bjørn Heine Strand, Tor Atle Rosness, Espen Bjertness</p> <p>12 KOMMENTAR
Forskning i norsk alderspsykiatri – fra gründerglød til driftsfase
Geir Selbæk</p> <p>14 KRONIKK
Pårørende – en viktig ressurs
Bent Høie</p> <p>15 KRONIKK
Underernæring – lidelsen alle vet om, men som ingen ser
Arnt Steffensen</p> <p>17 REPORTASJE
Regjeringen vil gi dagaktivitetstilbud til flere – Fra gulrot til pisk</p> <p>20 FAGARTIKKEL
Dagaktivitetstilbud for personer med demens – gir det avlastning for pårørende?
Signe Tretteteig</p> | <p>24 AKTUELT
Takk bare bra – et kurs i forebygging og mestring av depresjon</p> <p>26 AKTUELT
Kurs for bedre livskvalitet</p> <p>28 KONFERANSE
Seminar om menneskerettigheter og eldreomsorg
Demensvennlige samfunn i Norge</p> <p>29 AKTUELT
Livshistoriene viser vei</p> <p>30 REPORTASJE
Dugnad med demens</p> <p>33 KONFERANSE
Påvirket tilhørerne med rusforskning</p> <p>35 KULTUR
Musikk for minnet</p> <p>37 NYE BØKER
Elizabeth er borte, Emma Healey
Eldre og selvmord, Ildri Kjølseth
I morgen forsvinner jeg litt til, Laila S. Østhagen
venner, Torill Heia og Britt-Evy Westergård</p> <p>39 INFORMASJON
Fornøyde D&A-lesere</p> |
|--|--|



Forsiden:
Fra Borgundgavlen
dagaktivitetstilbud,
Sunnmøre museum.
Foto: Martin Lundsvoll

Abonnement:
Aldring og helse
Oslo universitetssykehus HF, Ullevål
Bygning 20
0450 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 4. juni 2015.





Med lov skal landet endres

Stortinget ba i vår regjeringen om å fremme et forslag til endring av helse- og omsorgstjenesteloven som vil gi kommunene plikt til å gi personer med demens et dagaktivitetstilbud fra 1. januar 2020. Regjeringen ble samtidig bedt om å sørge for at fylkesmennene aktivt informerer kommunene om tilskuddsordningene og det mangfold av muligheter som finnes for etablering og innretning av slike tilbud.

Det er flott, og stortingspolitikernes engasjement i saken er verdt et Hurra! Det er å håpe at kommunene nå øker sitt etableringstempo, slik at det utvikles mange nye og gode tiltak lenge før 2020.

Helse- og sosialminister Bent Høie har selv besøkt flere godt fungerende dagaktivitetstilbud i vår, deriblant Vittersø gårds Inn på tunet og Ålesund kommunes samarbeidstiltak ved Sunnmøre museum, som du kan lese mer om i denne utgaven av D&A. Her har personer med demens og deres pårørende selv fått ministeren i tale. Historiene må ha gjort inntrykk. På side 14 kan du lese Bent Høies egne ord om deres situasjon og behov.

Bente Wallander

redaktør

bente.wallander@aldringoghelse.no

NY KUNNSKAP: Det vakte oppsikt da Eystein Stordal og hans forskerkolleger fant at forekomsten av depresjon øker med alderen.



Satte lys på depresjon hos eldre

Eystein Stordal anser alderspsykiatri for å være et av de mest utfordrende fagene innenfor legevitenskapen. – Det omfatter alle funksjoner, både de kognitive, fysiske og psykiske. Som oftest spiller de også sammen, sier han.

Samspill er viktig for Eystein Stordal, både i direkte og overført betydning. Operaens oppsetning av forestillingen *La traviata* har trukket ham og kona Ellen til hovedstaden denne aprilhelgen. Utsikten fra hotellet minner ham om kveldens begivenhet. Det er kanskje derfor pensjonisten smiler så bredt? På operaens hjemmesider kan leses at Giuseppe Verdis *La traviata* «løftet 1850-tallets sykdommer og problemer opp på scenen og kledde dem i musikk».

Forskeren Eystein Stordal høstet selv stor oppmerksomhet da han i 2003 påviste at depresjonslidelser er mer utbredt blant eldre enn yngre, og at risikoen for slik sykdom øker med alderen.

Nå er han selv pensjonist, eller det vil si: Egentlig er han det.

– Jeg har gått av med tjenestepensjon, men har beholdt en 20-prosentstilling som forsker ved Sykehuset Namsos, der jeg har vært tilknyttet nesten hele mitt yrkesaktive liv, og ved NTNU, der jeg har kombinert klinisk arbeid med forskning siden 2004, forteller han fornøyd.

Via Tyskland og Vestvågøy

Eystein Stordal så dagens lys i Voss i 1949.

– Som skolemann og rektor arbeidet min far ved flere skoler og familien flyttet med. Oppveksten hadde jeg derfor i Ski. Da vi flyttet til Namsos i 1966 var jeg fortsatt tenåring, så gymnaset tok jeg her. Med eksamen i 1968 er jeg vel en av de ekte 68-erne? Det var på denne tiden vanskelig å komme inn på medisinstudiet her i landet, så jeg tok min utdannelse ved universitetet i Göttingen i årene 1969-74.

Stordal angreir ikke på at han reiste til Tyskland for å studere. Den siste halvdel av studietiden flyttet også hans kone Ellen (senere den første spesialsykepleieren i alderspsykiatri ved sykehuset i Namsos red.anm.) dit. Mens familien bodde i Göttingen ble også familiens andre barn født.

– Vi hadde det veldig fint i Tyskland, sier Stordal.

Stordals turnustjeneste ble unnagjort i Vestvågøy kommune og ved Gravdal sykehus i Lofoten.

Navn	Eystein Stordal
Alder	66 år
Familie	Gift med Ellen. To barn, fire barnebarn
Bor	Namsos
Stilling	Overlege dr. med, Psykiatrisk klinikk, Sykehuset i Namsos og førsteamanuensis ved institutt for nevromedisin, NTNU, Trondheim

– I 1976 kom jeg så tilbake til Namsos for å begynne ved sykehusets psykiatriske avdeling. Her har jeg siden arbeidet som lege, forteller han.

Da Stordal senere skulle spesialisere seg, sto valget mellom allmennmedisin og psykiatri.

– Det var psykiatrien som trakk det lengste strået. Jeg har alltid vært interessert i dette faget, så det ble ett års avbrekk fra Namsos da jeg hadde min spesialistlegetjeneste ved Haukåsen sykehus i Trondheim (1983/84). Forholdene var på denne tiden gode for slik spesialisering, da det helt siden midten på 70-tallet hadde vært stor legemangel i psykiatrien.

Klinikk for nervøse

Tiden som fulgte ble både spennende og utfordrende.

– Jeg fikk være med på å bygge opp psykiatrien fra «Klinikk for nervøse» til en psykiatrisk klinikk med full behandlingskjede (akuttpost, allmennpost, psyko-sepost og poliklinikk) i tilknytning til det somatiske sykehuset i Namsos. De to første årene hadde vi blant annet ansvaret for psykiatri i hele Nord-Trøndelag. En av de første oppgavene våre var å hente hjem alle nordtrønderne fra Sør-Trøndelag. Nær 300 pasienter fra vårt fylke lå der til behandling for alvorlige psykiske lidelser. Vi var en veldig entusiastisk gjeng medarbeidere som jobbet mye tverrfaglig. Dét likte jeg!

Fra 1984 til 1997 var Eystein Stordal avdelingsoverlege ved psykiatrisk klinikk i Namsos. Arbeidet er variert.

– Jeg har ansvaret for helheten sammen med flere, noen ganger arbeider jeg her og noen ganger der. Som vakthavende arbeider man på hele klinikken, også med allmennpsykiatri.

Fag og forskning

Som avdelingsoverlege ble Eystein Stordal og andre overleger fra Levanger invitert med på planleggingen av psykiatridelen av den store helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, HUNT 2.

– Det var professor Alv A. Dahl som var faglig mentor for undersøkelsens psykiatridel, og han ville ha de lokale miljøene med seg. Jeg samarbeidet blant annet med Wenche Frogn Sellæg (hun arbeidet da som geriater ved Sykehuset

Namsos), som hadde vært en sterk pådriver for at sykehusets psykiatriske avdeling også skulle drive med alderspsykiatri.

Siden tidlig på 2000-tallet har Eystein Stordal arbeidet dels i full forskerstilling, men innimellom også mye i klinikk.

– Jeg har alltid hatt en overlegestilling, har aldri vært stipendiat. Det var på den tiden ingen tradisjon for forskning hos oss. Så kom det plutselig beskjed om, nærmest som et krav, at vi skulle bidra til forskningen. Siden har vi hatt gode vilkår for vitenskapelig arbeid her i Namsos, forteller han.

Deprimerte eldre

Det var ved gjennomgang av HUNT 2-data som omhandlet kjønn, alder og depresjon at Eystein Stordal og forskningskollegene fant at forekomsten av depresjon øker med alderen. Mens fire prosent i aldersgruppen 20-29 år er deprimerte, rammes hele 20 prosent av dem som er over 80 år.

– I motsetning til det vi tidligere antok, at depresjonssykdommer avtar med alderen, fant vi at forekomsten av depresjon er høyest hos de aller eldste, sier Stordal.

Funnene var så vidt kontroversielle at det for Stordal og hans forskerkolleger en tid var vanskelig å få publisert artikler:

– Folk trodde oss nærmest ikke. Andre får i ettertid bedømme vårt arbeid, men forskningen vår med HUNT 2 endret faktisk helsepersonells oppfatning av depresjon og alder, både her hjemme og internasjonalt. De fem vitenskapelige artiklene i mitt doktorarbeid er for eksempel sitert mer enn 900 ganger i vitenskapelige artikler i alle verdensdeler. Disse resultatene danner hovedgrunnlag for den forskningen jeg siden har drevet med, og som jeg disputerte over¹ i 2005.

Skepsisen ble snudd og Eystein Stordal opplever i dag forskningen som anerkjent.

– Noe av problemet vårt i begynnelsen var dette at beskrivelsene av symptomer på depresjon hos eldre ikke nådde frem i forhold til diagnosen depresjonssykdom.

Unikt register

Eystein Stordal hadde på denne tiden fattet en sterk interesse for alderspsykiatri, og i 2005 gikk han fra sin stilling som generell overlege til overlege i alderspsykiatri.

– Somatiserende symptomer var ikke med som kriterier for depresjonssykdom. Søvnvansker og nedsatt motorikk er fortsatt med, men smerter og muskelplager, som vi tidligere regnet som et symptom når vi skulle diagnostisere depresjon, var fjernet i de moderne diagnosesystemene. Vi fant at foranledningen for økningen av forekomsten av depresjon blant eldre, var at blant 30-40 ulike faktorer vi undersøkte var det de somatiske plager/symptomer som medfører funksjonssvikt som ga mest utslag som årsak til hvorfor depresjon øker med alderen. Lav utdanning var en annen faktor.

På initiativ fra Eystein Stordal ble det også opprettet et Demensregister for Nord-Trøndelag. Her blir alle nordtrønderne som får en demensdiagnose etter utredning ved ett av sykehusene



TRAVEL MANN: Eystein Stordal.

¹) *Aspects of the epidemiology of depressions based on self-rating in a large general health study (The HUNT-2 study, 2005).*

registrert. Registeret omfatter nå 1500 personer.

– Kobler man dette registeret opp mot HUNT kan man finne ut hva som særpreger de som får demens. Vi har en stadig befolkning i Nord-Trøndelag, de flytter ikke mye rundt. Mange av dem som får en demensdiagnose møtte opp for å avgi helseopplysninger allerede for 20-30 år siden. Når det snakkes om at depresjon kan være en risikofaktor for Alzheimers demens, kan vi blant annet bidra med gode data. Vi vet mye om befolkningens angst og depresjonsplager 20-30 år tilbake i tid.

For tiden jobber Eystein Stordal og hans kolleger gjennom prosjektet Dem-Gen også med genetikk som en potensielt viktig faktor.

Forskning er gøy

– *Du synes utrettelig i ditt virke? Hva drives du av?*

– Som nevnt innledningsvis synes jeg at alderspsykiatrien er et av de mest utfordrende fagene innenfor legeviten-skapen. Å kunne bidra i forskning på risiko og årsaksforhold når det gjelder demens er både gøy og spennende. I del-tidsfunksjon kommer jeg nok derfor til å holde på med dette arbeidet i flere år fremover. Det planlegges en ny HUNT 4 i 2017-19 og Demensregisteret vil samle data helt til 2028. Jeg tror vel ikke at jeg får være med på det, da blir jeg vel heller

selv et kasus. Jeg har i alle år hatt en svært interessant klinisk funksjon, men forskningen har uten tvil krydret dagene mine.

Å samarbeide tett med andre fagper-soner om oppgaver; slik jeg har gjort med Knut Engedal, Alv A. Dahl og Ole Andresen, har gjort arbeidet mere enga- sjerende, det samme gjelder utviklingen av ny kunnskap om disse sykdommene. Hos oss har vi blant annet en ansatt som ser på faktorer for vellykket aldring; Hva særpreger dem som holder seg kognitivt friske lenge? Vi vet at forklaringen er sammensatt, og at arv og miljø spiller inn på ulikt vis. Selv tenker jeg at vi sannsynligvis har med arvelige funk- sjoner og faktorer å gjøre, men at en del faktorer også er påvirkelige. Det er dette samspillet av genetiske faktorer og livs- stil som vi nå må finne ut mer om. Ett av svarene dreier seg om trening. Jeg tror selv at hjernen trenger like mye trening som muskulaturen, og at hjernen trenger mangesidig, utfordrende kogni- tiv trening og aktivitet også hos eldre. Jeg tror også at vi, om ikke så lenge, vil kunne gi individuelle forslag og råd til pasienter som ønsker å unngå demens. Dette må bygge på forskningsbasert kunnskap om samspillet av genetikk, immunapparat, hormoner og livshend- elser. Personlighet og depresjon, innad- vendt og utadvendt. Det er mange fak- torer som må sees på.

Fint med egentid

Men før Eystein Stordal jobber videre med dette, skal han og kona kose seg med en byhelg i Oslo. Han er glad i klas- sisk musikk, og bestiller ofte en opera- billett når han skal til hovedstaden. Naturen og gode vandreturer fra hytten i fjellet er viktige ingredienser i Eystein Stordals liv. Friluftsliv, fiske og jakt fyller mye av fritiden.

– Det er derfor jeg bor i Namdalen.

Laksen tas med stang og mark i de mange småelvene rundt hjemstedet.

– Jeg jakter ellers mye rype, for tiden med min fjerde fuglehund. Men den begynner å bli gammel, så jeg må nok ha en til før jeg gir meg. Ellers leser jeg mye, ikke minst bøker av Namdalen- forfatteren Olav Duun, som skildrer samspillet mellom naturen, mennesker og sinnsstemninger på en svært fasci- nerende måte. Jeg gleder meg til at Juvikfolket settes opp til høsten.

Carl Frode Tiller er en annen favoritt- forfatter.

– Det ligger mye psykologi i hans Innsirkling-bøker. Jeg leser nummer to av tre nå.

Som pensjonist er det fint å få litt mere tid jeg kan bestemme over selv, det vil si hvis jeg får beholde helsa da.



GLAD I MUSIKK: Eystein Stordal foran operabygget i Oslo.



Marit Tveito, spesialist i psykiatri, enhetsleder ved Alderspsykiatrisk avdeling, Diakonhjemmet Sykehus.
Bernhard Lorentzen, avdelingsoverlege, Alderspsykiatrisk avdeling, Diakonhjemmet Sykehus.

Psykotrope legemidler hos eldre psykiatriske pasienter: Blodprøver avslører den faktiske bruken av legemidler

Eldre pasienter med psykisk lidelse bruker en rekke legemidler ved innleggelse i alderspsykiatrisk avdeling, og blodprøver kan avdekke bruk av urapporterte legemidler som har betydning for utredning og behandling.

Introduksjon

Psykotrope legemidler er hyppig brukt hos eldre generelt (1), men bruk hos eldre psykiatriske pasienter er ikke godt beskrevet. Forskning på legemidler gjøres i liten grad hos de eldste, som i tillegg er mest utsatt for komplikasjoner ved legemiddelbruk grunnet polyfarmasi (2) og aldring (3). Psykotrop polyfarmasi kan defineres på flere måter, og vi har valgt å bruke definisjonen samtidig bruk av tre eller flere psykotrope legemidler (4). Etterlevelse (korrekt bruk av forskrevne legemidler) og urapportert bruk av legemidler er stort sett undersøkt ved hjelp av intervju, spørreskjema eller hjemmebesøk, mens blodprøver (serumanalyser) er lite brukt. Studier har vist at manglende etterlevelse er en viktig årsak til innleggelse ved psykisk lidelse (5), og at komplikasjoner ved legemiddelbehandling forårsaker unødvendige sykehussinleggelser hos eldre (6). Vi ønsket å beskrive bruken av psykotrope lege-

midler ved innleggelse i en alderspsykiatrisk avdeling, samt å undersøke bruk og urapportert bruk ved hjelp av serumanalyser.

Metode

I alt deltok 233 pasienter innlagt ved alderspsykiatrisk avdeling, Diakonhjemmet Sykehus, i studien. Blodprøve til serumspeil av psykotrope legemidler ble tatt dagen etter innleggelse, før endringer i medisinalisten ble gjort. Prøvene ble analysert for alle tilgjengelige medikamenter ved Senter for Psykofarmakologi, totalt 56 legemidler. Bruk av et legemiddel forut for innleggelse ble definert som at legemidlet var til stede i blod morgenen etter. Bruken av legemidler etter fire uker ble registrert i henhold til medisinkurve.

Resultater

I alt 206 (88 prosent) av pasientene brukte psykotrope legemidler ved innleggelse. I gjennomsnitt brukte hver pasient 2,8 psykotrope legemidler. Gjennomsnittsdose var under 1 definert døgndose (DDD) for alle legemiddelgrupper unntatt antidepressiver (1,2 DDD).

Samtidig bruk av to eller flere psykotrope legemidler ble avdekket hos 159 (68 prosent) av pasientene, mens samtidig bruk av tre eller flere psykotrope legemidler ble avdekket hos 109 pasienter (47 prosent).

Få pasienter hadde høye nivåer (over referanseområde) av legemidlene i blodet.

Hos 25 pasienter (11 prosent) var det oppgitt bruk av psykofarmaka som ikke var til stede i blodprøvene. Disse pasientene var yngre enn resten av pasientene, og hadde også en høyere MMSE-skåre.

Hos 100 pasienter (43 prosent) ble det avdekket urapportert bruk av legemidler. De urapporterte legemidlene var hovedsakelig benzodiazepiner (angstdempende medisiner og innsovningsmidler) og antipsykotika. Pasienter med urapportert bruk av psykofarmaka var yngre enn resten av pasientene ($p=0.003$). Antall pasienter med urapportert bruk og fravær av medikament i serumprøver i henhold til legemiddelgrupper er vist i tabell 1.

Når det gjaldt urapportert bruk og ingen legemidler i blodet tross oppgitt bruk, var det ingen forskjell på dem som mottok hjemmesykepleie (66 pasienter) og ikke.

Etter fire uker i avdelingen var det ingen forskjell i antall brukere av de ulike legemiddelgruppene, med unntak av benzodiazepiner – hvor antall brukere var redusert fra 159 til 107 ($p<0.001$).

Pasientene med affektive lidelser som hoveddiagnose brukte flere psykotrope legemidler enn pasienter med demens som hoveddiagnose ($p=0.010$) og flere enn pasienter med psykose ($p=0.044$).

Tabell 1

Antall pasienter med urapporterte legemidler i serum og antall pasienter med rapporterte legemidler som ikke var i serum.

Medikamentgruppe	Antall pasienter med urapporterte legemidler, n (%) ^a	Antall pasienter med rapporterte legemidler som ikke var i serum, n (%) ^a
Antidepressiver	19 (8.2)	6 (2.6)
Antipsykotika	35 (15)	11 (4.7)
Antiepileptika	1 (0.4)	0
Litium	0	6 (2.6)
Benzodiazepiner	78 (33.5)	5 (2.1)
Totalt	100 (42.9 ^b)	25 (10.7 ^b)

Hver pasient kan være representert i flere medikamentgrupper. ^a prosent av brukere i medikamentgruppen, ^b prosent av total gruppe

Diskusjon

Ni av ti pasienter som ble innlagt ved alderspsykiatrisk avdeling brukte psykotrope legemidler allerede ved innleggelse, med et gjennomsnitt på 2,8 legemidler. Psykotrop polyfarmasi var hyppig forekommende, og nesten halvparten av pasientene brukte tre eller flere psykotrope legemidler.

Manglende etterlevelse er en kjent risikofaktor for innleggelse ved psykisk lidelse. Etterlevelse kan undersøkes på forskjellige måter, og er ikke studert i vår undersøkelse. At så mange pasienter har oppgitte legemidler til stede i blodet, tyder imidlertid på at etterlevelsen er nokså høy i denne pasientgruppen. Pasientene som ikke hadde oppgitte medikamenter i blodet, var både yngre og hadde en høyere MMSE-skåre, slik at kognitive problemer blir en mindre sannsynlig årsak til at medisinen ikke er tatt.

En svakhet ved studien er at blodprøven kun gir et øyeblikksbilde av legemiddelbruken, og gir ingen informasjon om bruken over tid. Et øyeblikksbilde kan både overestimere bruken av langtidsvirkende legemidler og underestimere bruken av korttidsvirkende legemidler.

Den urapporterte bruken av legemidler var større enn vi hadde forventet, og særlig bekymringsfullt er det at så mange eldre bruker benzodiazepiner. En nyere studie peker på at det er en sammenheng mellom benzodiazepinbruk og demensutvikling (7), og bruken av disse legemidlene blir det stilt stadig flere spørsmålsteget ved (8).

Oppsummert er bruk av psykofarmaka vanlig ved innleggelse til en alderspsykiatrisk avdeling, og polyfarmasi av disse legemidlene gir grunn til bekymring. Betydelig urapportert bruk av legemidler slik som benzodiazepiner, kan komplisere utredning og forsinke behandling i sykehus. En grundig legemiddelanamnese med bruk av flere kilder er viktig i denne pasientgruppen, og bruk av serumspeil kan gi nyttig informasjon om legemiddelbruk. Et praktisk resultat av studien har vært at måling av benzodiazepiner i blod ved innleggelse er blitt en del av kliniske rutiner, og det har gitt viktig informasjon i utredningen av mange eldre pasienter.

Denne artikkelen er basert på en studie publisert i European Journal of Clinical Pharmacology i 2014 (9).

■ marit.tveito@me.com

REFERANSER

1. Kjosavik SR, Ruths S, Hunskaar S. Psychotropic drug use in the Norwegian general population in 2005: data from the Norwegian Prescription Database. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2009;18(7):572-8.
2. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*. 2007;5(4):345-51.
3. ElDesoky ES. Pharmacokinetic-pharmacodynamic crisis in the elderly. *American journal of therapeutics*. 2007;14(5):488-98.
4. Lesen E, Petzold M, Andersson K, Carlsten A. To what extent does the indicator «con-

FAGTERMINOLOGI

Psykotrope legemidler – legemidler som hovedsakelig har hjernen som målorgan. I vår undersøkelse har vi målt antidepressiver, antiepileptika, antipsykotika, benzodiazepiner og litium.

Psykotrop polyfarmasi – her definert som samtidig bruk av tre eller flere psykotrope legemidler.

Serumanalyse – en blodprøve hvor man måler nivå av et stoff i serum, i vår undersøkelse er det målt hvor store mengder det er av legemidler i blodet (serumspeil).

MMSE – Mini Mental Status Examination, en mye brukt kognitiv test, ofte brukt til å screene for demens.

DDD – definert døgndose for et legemiddel.

current use of three or more psychotropic drugs» capture use of potentially inappropriate psychotropics among the elderly? *European journal of clinical pharmacology*. 2009;65(6):635-42.

5. Rittmannsberger H, Pachinger T, Keppelmüller P, Wancata J. Medication adherence among psychotic patients before admission to inpatient treatment. *Psychiatric services*. 2004;55(2):174-9.
6. Al Hamid A, Ghaleb M, Aljadhey H, Aslanpour Z. A systematic review of hospitalisation resulting from medicine related problems in adult patients. *British journal of clinical pharmacology*. 2013.
7. Billioti de Gage S, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *Bmj*. 2014;349:g5205.
8. Moore N, Pariente A, Begaud B. Why Are Benzodiazepines Not Yet Controlled Substances? *JAMA psychiatry*. 2014.
9. Tveito M, Bramness JG, Engedal K, Lorentzen B, Refsum H, Hoiseth G. Psychotropic medication in geriatric psychiatric patients: use and unreported use in relation to serum concentrations. *European journal of clinical pharmacology*. 2014;70(9):1139-45.



Bjørn Heine Strand ¹⁾
Tor Atle Rosness ²⁾
Espen Bjertness ³⁾

¹⁾ Seniorforsker ved Nasjonalt folkehelseinstitutt, Universitetet i Oslo og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

²⁾ Postdoktor ved Avdeling for samfunnsmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, og medisinsk redaktør i Tidsskrift for Den norske legeforening.

³⁾ Professor i epidemiologi ved Avdeling for samfunnsmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Interaksjon av gener og miljø ved demens – GENIDEM-prosjektet

Ugunstige livsstilsrelaterte faktorer i ung voksen alder, slik som røyking, høyt kolesterolnivå og diabetes var assosiert med økt sannsynlighet for demensdød tre til fire tiår senere. Lav utdanning var assosiert med økt demensdødsrisiko, og sammenhengen skyldtes ikke forskjeller i livsstilsrelaterte faktorer. Dette kan tyde på at utdanning er uttrykk for en kognitiv reserve som virker beskyttende i forhold til demensdød. Fysisk inaktivitet i eldre år var assosiert med økt demensdødsrisiko, og resultatene tyder på at litt fysisk aktivitet i eldre år er bedre enn ingen aktivitet.

Oppsummering

GENIDEM-prosjektet har sitt hovedsete på Instituttet for helse og samfunn ved UiO. Vi har undersøkt i hvilken grad kjente og modifiserbare livsstilsfaktorer (som kolesterol, blodtrykk, blodsukker, røyking, ernæring, alkoholvaner, fysisk aktivitet og mental helse) kan påvirke forekomsten av demenssykdom samt å

forstå mer om hvilken rolle det genetiske arvestoffet spiller hos dem som utvikler demenssykdom. Vi ønsker å bruke våre funn til å fremme teorier til hvorfor noen individer tilsynelatende er mer skånet for å utvikle demens.

Bakgrunnen for GENIDEM-prosjektet

Insidens og prevalens av demens vil øke i fremtiden, både grunnet høyere levealder og økende folketall (1). På denne bakgrunn er det av stor betydning å identifisere årsaksfaktorer, risikogrupper og faktorer som kan utsette debut av demens. Hvordan påvirker livsstil demensrisiko? Og hvordan er samspillet mellom livsstil og gener for slik risiko? GENIDEM-prosjektet har som mål å finne ut mer om effekten av tradisjonelle risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer på demens og sammenhengen mellom livsstil og gener, for å studere utvikling av demenssykdom i et livsløpsperspektiv. Det finnes ingen effektiv måte å unngå demens på, og det er et økende behov for å skaffe mer kunnskap på mekanismene som fører til demens. Litteraturen viser at fysisk inaktivitet, overvekt, lav utdanning, mental helse, ernæring og kolesterolnivå, kan alle være med på å påvirke risikoen for demens.

I GENIDEM, som er støttet av Folkehelseprogrammet i Forskningsrådet i perioden 2010-15, sammenstilles data fra regionale helseundersøkelser, Dødsårsaksregisteret og demografiske registre i Statistisk sentralbyrå. Norge har flere store regionale kohortstudier ut-

ført tilbake på 1970-, 1980- og 1990-tallet hvor helse, livsstil og funksjonsnivå ble kartlagt hos flere titusen nordmenn. Noen av studiedeltakerne avga en blodprøve som er blitt oppbevart for senere analyser. Regional etisk komite har godkjent kobling av disse undersøkelsene med nasjonale helse- og demografiregistre. I GENIDEM utførte vi en blodprøve-analyse for et utvalg hvor vi så nærmere på den basale sammenhengen mellom genetikk og demens, samt samspillet mellom genetikk og miljø/livsstil for demensrisiko. I denne oversikten vil vi trekke frem våre funn, beskrive datakilder og metoder, samt skissere planene for resten av prosjektperioden.

Kohort-studier og registre i GENIDEM

Informasjon om helse og livsstil i ung voksen alder (35-49 år) er hentet fra fylkesundersøkelsene i Oppland, Sogn og Fjordane og Finnmark, hvor om lag 50 000 personer i denne aldersgruppen ble undersøkt i perioden 1974-88 i regi av Statens helseundersøkelser (nå Folkehelseinstituttet). Deltakerprosenten var høy i disse tre kartleggingsrundene – nesten 90 prosent. Bakgrunnen for undersøkelsene var den stigende forekomsten av hjerte- og karsykdommer i Norge. Personer ble invitert til en helsekartleggingsundersøkelse som målte blodtrykk, høyde og vekt, og deltakerne mottok et omfattende spørreskjema som kartla helse og livsstilsvaner som røyking, fysisk aktivitet, kosthold og arbeidsforhold. I tillegg ble det tatt blodprøver

(ikke-fastende) som ble analysert for totalkolesterol, triglyserider og blodsukknivå.

Informasjon om helse og livsstil i eldre år (50-80 år) ble hentet fra en annen større helseundersøkelse, Cohort of Norway (CONOR), som er en samling av 10 regionale helseundersøkelser i perioden 1994-2002. I CONOR ble 50 felles-spørsmål inkludert som overlapper mellom de enkelte undersøkelsene. Innholdet i CONOR tilsvare fylkesundersøkelsene beskrevet ovenfor, men har i tillegg inkludert måling av HDL-kolesterol, spørsmål om mental helse, medisin og alkoholbruk.

GENIDEM har tilgang til data for om lag 90 000 menn og kvinner i alderen 50-80 år ved undersøkelsestidspunktet, hvorav om lag 2 400 har en demensdiagnose på dødsmeldingen i oppfølgingsperioden frem til 1. januar 2012.

Demensendepunkt fra Dødsårsaksregisteret

I GENIDEM benyttes demensdød fra Dødsårsaksregisteret som endepunkt. Fylkesundersøkelsene og CONOR ble koblet med dødsårsaksregisteret frem til 1. januar 2012. Vi fulgte individene over flere tiår, fra de deltok i undersøkelsene

og frem til de døde, flyttet ut av Norge, eller frem til 1. januar 2012 for dem som fortsatt var i live. Dødsårsaker ble kodet i Statistisk sentralbyrå (nå i Folkehelseinstituttet) etter ICD-klassifiseringen. Vi benyttet følgende koder for demens som dødsårsak: ICD-8 290.0, 290.1, 794; ICD-9: 331.0, 294.1, 290.0-290.4, 797; ICD-10 F00-F03, G30.0-G30.9. Både demens som underliggende og medvirkende årsak ble kodet som demens i vårt prosjekt. I analyser hvor endepunktet ble begrenset til demens som underliggende dødsårsak ble ikke resultatene nevneverdig forskjellige. Med en utvidelse av aldersgruppene utover 35-49 i fylkesundersøkelsene og utover 50-80 i CONOR, var det om lag 3 000 demensrelaterte dødsfall blant de 240 000 deltakerne. Det å benytte demensdød i stedet for klinisk demensdiagnose kan være en utfordring med hensyn på sensitivitet, som er funnet å være omtrent 30-40 prosent. Imidlertid er spesifisitet og positiv prediktiv verdi høy – nærmest 100 prosent.

Publiserte resultater

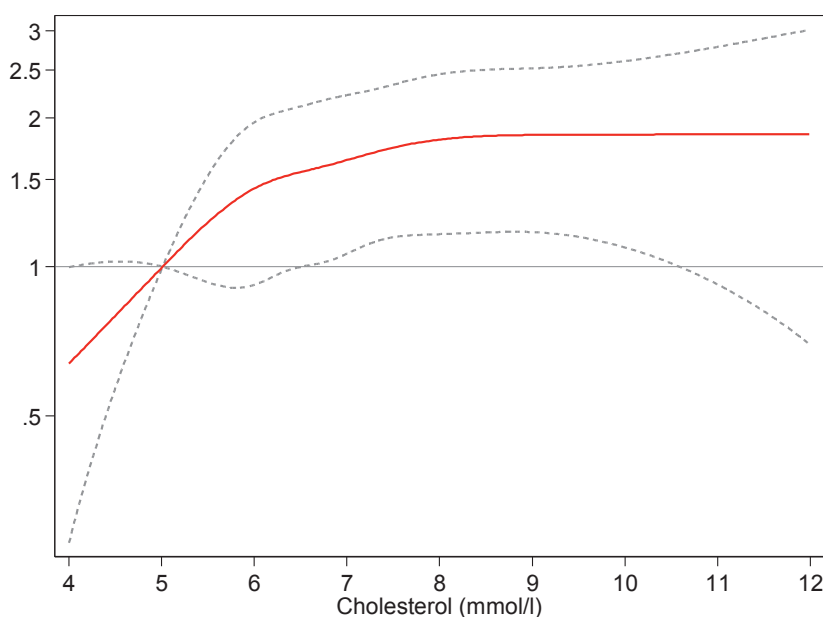
Livstilsfaktorer i alderen 35-49 år er assosiert med demensdød

Vi så på deltagere som var i alderen 35-49 år i fylkesundersøkelsene på 1970- og

1980-tallet, som vi så fulgte for demensdød frem til år 2010, da flere hadde blitt mer enn 80 år gamle. Vi fant at høyt kolesterol, diabetes og lav vekt var assosiert med økt sannsynlighet for demensdød tre til fire tiår senere. Dette er viktige og oppsiktsvekkende funn som er i overensstemmelse med tidligere studier der kliniske demensdiagnoser er anvendt i analysene. Vi fant derimot ingen signifikant sammenheng mellom blodtrykksverdier eller røyking og demensdød, men resultatene tyder på en mulig økt demensrisiko for storryktere. Den økte risikoen for de med høyt kolesterol (se Figur 1), diabetes og lav vekt var robuste for justering for utdanningsnivå og andre forhold som har med hjertesystemet å gjøre, som for eksempel tidligere hjertesykdom eller forhøyet blodtrykk.

Sterk sammenheng mellom utdanningsnivå og demensrelaterte dødsfall

Vi undersøkte sammenhengen mellom utdanning og demensrelaterte dødsfall i tre aldersgrupper; deltakere i helseundersøkelse på 1970- og 1980-tallet da de var 30-49 år gamle, og deltakere i CONOR i perioden 1994-2002 da de var 50-69 og 70-80 år gamle (3). Vi fant at de med lav utdanning hadde høyere risiko for demensrelaterte dødsfall; personer med grunnskoleutdanning hadde om lag 40 prosent signifikant høyere risiko for å dø med demens sammenliknet med dem med høyskole- eller universitetsutdanning (3). Resultatene forble uendret når vi kontrollerte for individuelle forskjeller i kjente risikofaktorer for demens, slik som for eksempel røyking, fedme, inaktivitet, blodtrykk og kolesterol. Sammenhengen mellom utdanning og demens ser dermed ikke ut til å skyldes at utdanningsnivå påvirker disse risikofaktorene. Det ble ikke funnet noen sammenheng mellom utdanning og demensrelaterte dødsfall for de eldste i studien. Resultatene kan tyde på at utdanning er uttrykk for en kognitiv reserve, som virker beskyttende i forhold til demensdød (4). Selv om utdanningsdemens-sammenhengen har vært observert i mange studier, og kognitivreservehypotesen ofte blir diskutert som en mulig forklaring, er de kausale mekanis-



Figur 1. Sammenhengen mellom total kolesterol og demensdød.

Cox regresjon og kubisk splines justert for alder, kjønn og fylke (Y-akse er hazard ratio (HR) for demensdød på log-skala, og prikkede linjer er 95 prosent konfidensintervall). (Figuren er figur 1D i Strand BH et al. Midlife vascular risk factors and their association with dementia deaths: results from a Norwegian prospective study followed up for 35 years. *J Neurol Sci.* 2013;324(1-2):124-30(2). Figuren er publisert med godkjenning av Elsevier).

mene ukjente. En rekke epidemiologiske studier har rapportert beskyttende effekt av utdanning på demens, men få studier har imidlertid hatt muligheten til å følge individer opp fra ung alder slik denne studien har.

Fysisk aktivitet i eldre år assosiert med lavere demensrelatert dødelighet

Sammenhengen mellom selvrapportert fysisk aktivitet i fritiden hos dem i alderen 65-80 år ved undersøkelsestidspunktet ble undersøkt (5). Respondentene ble inndelt i fem grupper etter aktivitetsnivå, hvor det ble skilt mellom inaktivitet, hard og lett fysisk aktivitet og mengden trening hver uke (mindre eller mer enn tre timer). Hard aktivitet var definert som aktivitet man blir svett og andpusten av. Data fra om lag 27 000 nordmenn ble inkludert i undersøkelsen. Det var en signifikant sammenheng mellom fysisk aktivitetsnivå i fritiden og demensdød (5) (Figur 2). Særlig gruppen som var fysisk inaktive hadde forhøyet risiko. Resultatene kan tyde på at det er viktig å være i jevnlig aktivitet. Disse funnene er i samsvar med andre liknende studier.

Alkoholbruk i eldre år og demensrelaterte dødsfall

Sammenhengen mellom alkoholbruk i eldre år (60-80 år) og demensdød ble undersøkt, og særlig avholdspersoner hadde forhøyet demensrisiko; 33 prosent høyere risiko enn de som rapporterte at de drakk alkohol om lag en gang per måned (6). Vi fant også at de som ikke besvarte alkoholspørsmålet hadde høy demensdødelighet, 60 prosent høyere risiko enn referansegruppen, og også høy risiko for å dø av alkoholrelaterte dødsårsaker. Våre funn gir ikke holdepunkter for at alkoholbruk i eldre år medfører høyere risiko for demens (6).

Genetikk og demensrelaterte dødsfall

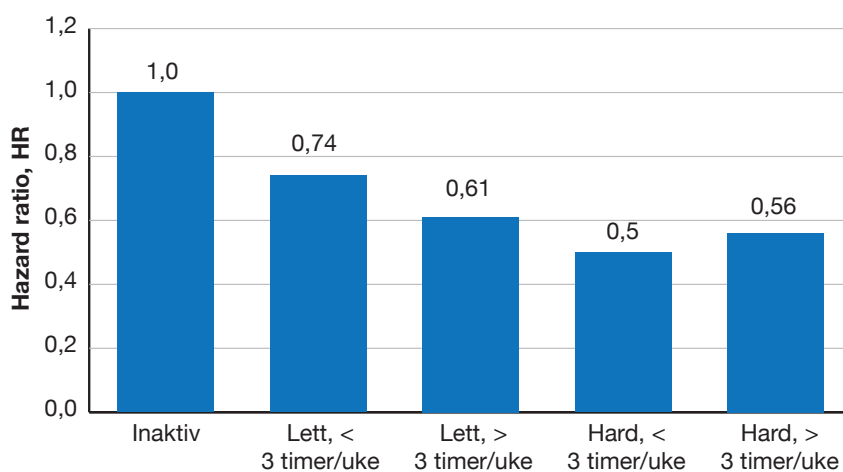
I GENIDEM har vi også gjennomført en nøstet case-control studie hvor det ble utført genetiske analyser på om lag 1200 personer fra CONOR; 600 kasus med demens på dødsmeldingen og 600 levende kontroller. I disse analysene ønsket vi spesielt å se på sammenhengen mellom

Tabell 1
Demensdød hazard ratio (HR) etter alder ved helseundersøkelsestidspunkt og utdanningsnivå.

Utdanning	HR Alder: 35-49	HR Alder: 50-69	HR Alder: 70-80
Lav	1.00	1.00	1.00
Middels	0.74*	0.77*	0.94
Høy	0.71*	0.58*	1.07

* $p < 0.05$

Justert for kjønn, alder, fødselskohort, samt helse og livsstilsfaktorer (røyking, fysisk aktivitet, kroppsmasseindeks, total kolesterol, blodtrykk, historikk av hjerte-karsykdom, diabetes). Basert på Tabell 3 i Strand BH et al. Age, education and dementia related deaths. The Norwegian Counties Study and The Cohort of Norway. *J Neurol Sci.* 2014;345(1-2):75-82 (3).



Figur 1. Fysisk aktivitet i fritiden og demensdød (Hazard ratio, HR).

Justert for kjønn, alder, hypertensjon, total kolesterol, kroppsmasseindeks, diabetes, røyking og utdanning. Basert på Tabell 3 i Rosness TA et al. Associations between Physical Activity in Old Age and Dementia-Related Mortality: A Population-Based Cohort Study. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra.* 2014;4(3):410-8 (5).

gen-variantene av ApoE og demensrelaterte dødsfall, samt gen-miljø interaksjoner. Resultatene er i skrivende stund ikke publisert.

Tvillinger

I GENIDEM har vi også benyttet tvillingregisteret og sammenliknet demensrisiko for tvillingpar, og sammenliknet tvillinger som er forskjellige med hensyn til miljø- og livsstilsfaktorer tidligere i livet. Resultatene er ennå ikke publisert.

Konklusjon

Våre forskningsfunn beskrevet ovenfor vil kunne bidra til å fremme strategier til hvordan forekomst av demens kan reduseres. Vi ønsker videre å prøve ut forebyggende tiltak for å kunne gi kunnskapsbaserte anbefalinger til befolkningen om hvordan demensdebut kan utsettes.

GENIDEMs kjernegruppe består av:

Espen Bjertness - prosjektansvarlig, Tor Atle Rosness - prosjektleder og Bjørn Heine Strand - forsker. Samarbeidspartnere er: Folkehelseinstituttet, Oslo Universitetssykehus, Uppsala Universitet (Sverige), Universitetet i Bergen, Universitetet i Tromsø, NTNU (Norwegian University of Science and Technology), Karolinska Institutet (Sverige), University of Kuopio (Finland).

■ heine@fhi.no

Les mer om prosjektet på UiO sine nettsider: <http://www.med.uio.no/helsam/english/research/projects/genidem/>

Referanser neste side.



Geir Selbæk, Forskningssjef Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Ph.D/psykiater, professor II

Forskning i norsk alderspsykiatri

Mitt første møte med det alderspsykiatriske fagmiljøet fant sted i juni en gang rundt årtusenskiftet, på Sem gjestegård i Asker der det årlige overlege-seminaret arrangeres av Alderspsykiatrisk forening. Været var som vanlig vakkert, stemningen god og de kliniske fagdiskusjonene engasjerende. Deltakerne hadde oppdatert kunnskap om klinikk og de viste fagpolitiske ambisjoner.

REFERANSER SIDE 9-11

1. World Alzheimer Report 2013. 2014.
2. Strand BH, Langballe EM, Hjellvik V, Handal M, Naess O, Knudsen GP, et al. Midlife vascular risk factors and their association with dementia deaths: results from a Norwegian prospective study followed up for 35 years. *J Neurol Sci.* 2013;324(1-2):124-30.
3. Strand BH, Langballe EM, Rosness TA, Bergem AL, Engedal K, Nafstad P, et al. Age, education and dementia related deaths. The Norwegian Counties Study and The Cohort of Norway. *J Neurol Sci.* 2014;345(1-2):75-82.
4. Stern Y. Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *Lancet Neurol.* 2012;11(11):1006-12.
5. Rosness TA, Strand BH, Bergem AL, Engedal K, Bjertness E. Associations between Physical Activity in Old Age and Dementia-Related Mortality: A Population-Based Cohort Study. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra.* 2014;4(3):410-8.
6. Ormstad H, Rosness TA, Bergem AL, Bjertness E, Strand BH. Alcohol consumption in the elderly and risk of dementia related death - A Norwegian prospective study with a 17-year follow-up. *Int J Neurosci.* 2014;1-17.

Forskningen derimot, hadde liten plass. Ambisjonene og ønskene fantes, men de konkrete prosjektene var få, særlig hvis vi ser bort fra det som gjaldt demens. Noen få initiativ fantes, knyttet til enkeltpersoner, og et større miljø med hovedfokus på demens var under utvikling i Stavangerområdet, men ellers vendte forsamlingen fort blikket mot professor Knut Engedal for å høre om han hadde noe å foreslå. Og det hadde han ofte.

Femten år senere er det fullførte doktorgradsarbeider og en lang rekke mastergradsarbeider i alderspsykiatri i alle helseregioner. Flere faggrupper er representert. Selvstendige og robuste forskningsmiljøer er etablert eller i ferd med å bli etablert. Det publiseres regelmessig artikler fra norsk alderspsykiatri i internasjonale tidsskrifter. Utviklingen kan tydelig observeres på landskonferansen i alderspsykiatri, der flere nye doktorgradsprosjekter presenteres hvert år og kvaliteten på poster-prestasjoner er vesentlig hevet.

Hvorfor har man lyktes?

Suksessen har ikke kommet av seg selv. Det er flere eksempler på at kliniske miljøer har vært villig til å satse på forskning til tross for manglende uttelling ved tildeling av forskningsmidler. Ledere i alderspsykiatrien har bevilget egne midler og akseptert at solide klinikere forsvant fra klinikken i kortere eller lengre perioder. Ikke noe av dette er en selvfølge i et rekrutteringssvakt fag-

område. Ved flere foretak har alderspsykiatriske avdelinger stått i spissen ved tilrettelegging for forskning i klinikken. Satsingen har vært dristig. Det har vært sådd i mange år. Først de siste partre årene har det vært tid for å høste fruktene.

Forslagene til professor Engedal er nevnt tidligere. Uten hans tilstedeværelse i dialogen med ledelsen i helseforetakene ville neppe historien vært like suksessrik. Når man starter nær nullpunktet, er det avgjørende at man kan låne faglig tyngde fra sentrale nasjonale miljøer. Som fag- og forskningsleder ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har Knut Engedal vært fødselshjelper og Kirsten giftekniv i samme person. Fra hans arbeid har hoveddelen av de nasjonale multisenterstudiene sprunget ut. I disse studiene har norsk alderspsykiatri vist en unik evne til å trekke sammen. Samtidig har studiene trolig inspirert til nye forskningsprosjekter med lokal forankring.

Hva nå?

Det er en rekke forhold som tilsier at norsk alderspsykiatri kan fortsette suksesshistorien. Som da jeg møtte fagmiljøet for mer enn 15 år siden, eksisterer det stor faglig konsensus på tvers av helseregionene. Utredning og behandling foregår hovedsakelig etter samme mal i Oppland, Rogaland og Troms. Selv om avdelingene de siste årene har investert ressurser i flere forsknings-



Hvor går norsk alderspsykiatri?

Redaksjonen i D&A utfordrer sentrale fagfolk til å delta i en meningsutveksling om utviklingen i norsk alderspsykiatri. Den første som ble bedt om å skrive var Eivind Aakhus (faksimile), som i D&A 4-2014 utfordret fag- og forskningssjef Geir Selbæk til å overta «stafettspinnen». Geir Selbæk utfordrer overlege Marianne Holm ved Alderspsykiatrisk seksjon STHF.

kiatri – fra gründerglød til driftsfase

studier, er det en positiv holdning til å planlegge nye forskningsprosjekter. Flere demografiske forhold gjør Norge godt egnet for forskning med alderspsykiatriske pasienter. Vi har en homogen populasjon som flytter relativt lite. Det gjør at man kan gjennomføre store longitudinelle studier som er en umulighet i andre førende forskningsnasjoner. Norge har store nasjonale helseregistre og regionale helseundersøkelser som ennå i svært liten grad er utnyttet i alderspsykiatrisk forskning.

Nye utfordringer?

Demens har fremdeles for stor vekt i alderspsykiatrisk forskning. Tilbakemeldingen fra årets landskonferanse er et ekko fra fjorårets og året før: Hvor blir det av forskningen som ikke gjelder personer med demens?

Det er ingen tvil om at forskningspengene for tiden følger demenssykdommene. Det er vanskeligere å få uttelling for prosjekter som gjelder depresjon, schizofreni, angstlidelser eller bipolare lidelser hos eldre. Forskningen på eldre med andre psykiske lidelser enn demens må få mer oppmerksomhet. Alderspsykiatrien kan sette disse områdene på forskningskartet, men det vil trolig være krevende. Alternativ tenkning rundt finansiering og forskningsdesign, som alderspsykiatrien tidligere har vært kjent for, vil være nødvendig.

De fleste eldre med psykiske lidelser blir aldri sett av alderspsykiatriske avdelinger, men blir utredet og behandlet i kommunen. Som spesialisthelsetjeneste har alderspsykiatrien et ansvar for å veilede og igangsette forskning på kommunalt nivå. Her er det allerede mange gode initiativ man kan bygge videre på.

Rus blant eldre og psykiske lidelser hos minoritetsgrupper har så langt hatt lite oppmerksomhet. Sentrale føringer tilsier at disse områdene bør prioriteres.

Ny fase

De alderspsykiatriske avdelingene beveger seg nå inn i en ny fase av sin forskningssatsing. Etableringsfasen med sprudlende gründer-entusiasme skal erstattes av solid, forutsigbar og kanskje litt mer kjedelig driftsfase. Plutselig er PhD'ene ferdige med sine disputaser. Hva skal man gjøre med dem? Blir de den faglige ressursen man satset på? Får de en arbeidshverdag som er tilpasset deres nyvunne kompetanse?

Å finne den rette balansen mellom klinisk virksomhet og forskning for de nyslåtte «doktorene», er en av nøklene til videreføring av suksesshistorien. Forhåpentligvis har avdelingene allerede lagt planer for dette. Individuelt tilpasset, i beste personsentrert-omsorg-ånd.

Samarbeidsånden må bevares. Hvis vår forskning skal få internasjonal betydning, trenger vi nye prosjekter på tvers av de alderspsykiatriske avdelingene.

Kvalitetsregister for alderspsykiatri

Kvalitetsregister for alderspsykiatri (KVALAP) vil etter all sannsynlighet bli etablert nasjonalt i løpet av året. De fleste alderspsykiatriske avdelinger har sagt at de ønsker å delta. Det er lagt et godt grunnlag gjennom det arbeidet som Viken alderspsykiatriske forskningsnettverk har gjort med registeret. KVALAP kan bli et fundament som sikrer forskningsaktiviteten på lang sikt samtidig som det bidrar til at den kliniske aktiviteten er oppdatert og i samsvar med nasjonale føringer. Registeret vil gjøre data fra hele landet tilgjengelig for alderspsykiatriske forskere. I tillegg vil Infrastrukturen i KVALAP være et fundament og utgangspunkt for andre forskningsprosjekter. Norge er et lite forskningsland, ikke bare på grunn av folketallet, og samarbeid mellom avdelinger vil være nødvendig.

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har fått ansvar for å drive KVALAP. Dette er et prioritert område de kommende årene. Vi vil søke om status som nasjonalt kvalitetsregister. Kvalitetsregistre i psykiatrien er etterspurt, og med bred forankring er det gode sjanser for å få en slik status. Det vil i så fall ha stor betydning, praktisk og formelt.

Økende betydning

Å jobbe med eldre menneskers sykdommer har aldri gitt mange statuspoeng i den medisinske verdenen. Arbeid med eldres psykiske helse er om mulig enda et hakk ned på rangstigen. De demografiske endringene med økende andel eldre i befolkningen gjør at holdningen er i ferd med å endre seg, sakte, men sikkert. Beslutningstagere og forskningsverdenen etterspør mer kunnskap om de eldres helse. Prestisjetunge forskningsmiljøer kontakter oss og ber om samarbeid.

I likhet med alderspsykiatrisk klinikk må alderspsykiatrisk forskning dyrke det spesielle med psykiske lidelser hos eldre. Symptomer, utredning eller behandling kan ikke uten videre overføres fra det vi vet om tilsvarende tilstander hos yngre personer. Alderspsykiatrien har ansvar for å løfte frem dette perspektivet. Samtidig må samarbeid med nærliggende spesialiteter utvikles. På demensområdet er det allerede utviklet gode samarbeidsrutiner. Et alderspsykiatrisk perspektiv vil styrke forskningen på flere områder, som kreft hos eldre, «frailty», delirium, palliasjon, for å nevne noen.

Viljen, kunnskapen og samarbeidsevnen tilsier at norsk alderspsykiatrisk forskning vil oppleve økende vekst også det neste tiåret. Forskningens betydning vil stige, nasjonalt og internasjonalt.

■ geir.selbaek@aldringoghelse.no



Pårørende – en viktig ressurs

En reportasje på NRK Puls vakte stor oppmerksomhet i fjor høst. Den viser en sykepleier som sitter og synger ved senga til en eldre mann.

– For you are beautiful, and I have loved you dearly. More dearly than the spoken word can tell, synger hun. Da skjer det noe med ham som ligger under dyna. Det fjerne blikket forsvinner. Han gråter, smiler og nynn timer med. – Det er så ekte og fint, sier han. Datteren som sitter ved siden av senga smiler og gråter, hun også.

Reportasjen viste programleder Helene Sandvig som besøkte sin far Helge, som er rammet av demens, på sykehjemmet. Sandvig hadde med seg sykepleier Gina Nordby. Hun bruker musikk for å nå inn til mennesker som lider av demens. En av Helges favorittsanger var «The Last Farewell» av Roger Whittaker med den myke stemmen og den blanke sideskillingen. Det var denne sangen datteren ba sykepleieren spille. Det var den som fikk smilet til å komme. Det var den som fikk ordene til å komme.

De som kjenner pasienten er en viktig ressurs for å gjøre behandling og pleie av mennesker med demens så god og målrettet som mulig. Vi antar at det i dag er nærmere 300 000 pårørende til personer med demens i Norge. De er ektefeller, barn, søsken og venner. Som yter omsorg. Som støtter og trøster. Som dytter og drar. Mange av dem blir slitne, både fysisk og psykisk. De utgjør et støtteapparat som trenger støtte.

Pårørende trenger kunnskap om sykdommen og behandlingen.

De trenger hjelp og avlastning. Erfaring viser at pårørende til personer med demens opplever høyere livskvalitet når de får kunnskap om sykdommen og

hvordan de kan håndtere den. Pårørendeskoler og samtalegrupper er derfor viktige. Å utveksle erfaringer med andre i samme situasjon er til hjelp for mange.

Tilbud om aktiviteter og avlastning gjør også livet med demens lettere – både for den som har sykdommen og hans eller hennes pårørende. Utbygging av aktivitetstilbud blir et viktig tema i regjeringens nye demensplan. I årets budsjett har vi bevilget midler til om lag 1 000 nye dagaktivitetsplasser. Vi kommer også til å foreslå at kommunene får plikt til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens fra 2020.

Når jeg blir syk og ikke greier å ta vare på meg selv trenger jeg god helse-

hjelp og pleie. Men jeg trenger noe mer enn det. Jeg trenger også at historien om livet mitt er en del av hverdagen min – selv om jeg har glemt den. Historien om livet mitt viser hva som er viktig for meg. Den er en del av meg uansett hvor syk jeg blir.

Så de pårørende er ikke bare viktige fordi de yter omsorg. De er også viktige fordi de kjenner historien til den som er syk. Det er dette Helene Sandvig og faren hennes viser oss på en rørende måte.

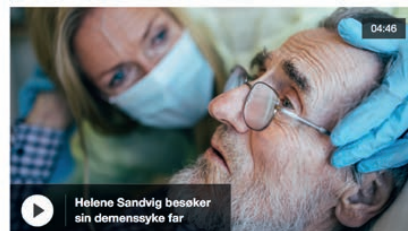
Når vi blir syke trenger vi noen husker hva som var viktig for oss.

Vi trenger noen som husker Roger Whittaker og «The Last Farewell».

Livsstil

NRK-Helene: – Noe av det sterkeste jeg har opplevd

Puls-programleder Helene Sandvig tok med seg en overraskelse til sin demenssyke far. Reaksjonen hans var hun ikke forberedt på.



Helene Sandvig besøker sin demenssyke far

STERK REAKSJON: Se hvordan Helenes demenssyke far reagerer når han hører favorittlåten sin. Han er også smitta med MRSA-bakterien, derfor må hun bruke beskyttelsesutstyr når hun besøker ham. (Foto/video: Ole Jørgen Kolstadbråten)



MER OM DEMENS OG ALZHEIMERS
MER OM HELSE OG LIVSSTIL
Oppdatert 20.10.2014, kl. 12:51

nr.no 20.10.2014



Arnt Steffensen
Leder i Kost- og ernæringsforbundet, en yrkesorganisasjon i Delta

Underernæring

– lidelsen alle vet om, men som ingen ser

I vinter kom det frem at en 73-åring døde av underernæring på et av landets største sykehus. Han var innlagt for lårhalsbrudd, men hadde i tillegg problemer med å kommunisere. Han var omgitt av helsepersonell til alle døgnets tider, likevel var det ingen som oppdaget eller reagerte på at han ikke tok til seg næring, før det var for sent. Det må være en utrolig ubehagelig måte å dø på.

Den tragiske saken utviklet seg på tradisjonelt vis. Mye oppmerksomhet i media, helseorganisasjoner og helsepolitikere snakket seg varme, tiltak ble lovet og alle var selvfølgelig enige i sak, at dette var systemsvikt, og at slikt ikke skal skje. Men så legger støvet seg, hverdagen vender tilbake, verden går videre, og folk slår seg til ro om at dette var en tragisk enkeltsak. Problemet er at det ikke er en enkeltsak. Dette skjer litt for ofte, det skaper bare ikke alltid førstesideoppslag.

Tall viser at fire av ti eldre på institusjon lider av underernæring, og man antar at tallene blant eldre hjemmeboende er like store. Jeg fikk et hjertesukk i vinter fra en kollega som har arbeidet som institusjonskokk innen pleie og omsorg i flere tiår. «Skal det da aldri bli bedre? Vi hadde den samme diskusjonen for tretti år siden!»

Det er i grunnen en merkelig situasjon. Dette er ikke noen ny lidelse som plutselig har dukket opp. Problemet er godt kjent, den er gjennomanalysert, og det er ikke noen hemmelighet hva det dreier seg om. Det dreier seg om at når kroppen ikke får væske og energi over lang tid, så svikter gradvis samtlige av kroppens systemer, med økt risiko for komplikasjoner og altfor tidlig død som resultat. Selv et barn skjønner at man må ha mat for å leve.

Eldre er en sårbar gruppe. Når diagnosen først er et faktum, er det ofte for sent, ettersom det krever veldig mye arbeid og ressurser for å snu utviklingen. Professor i klinisk ernæring ved univer-

sitetet i Southampton, Marions Elia, kaller fenomenet «underernæringskarusellen»: Pasienten er underernært ved utskrivning fra sykehuset, blir ikke fulgt opp av hjemmetjenesten, og blir raskt lagt inn igjen med enda skrøpeligere helse. Allmenntilstanden reduseres dramatisk, risikoen for infeksjoner øker, og et enkelt fall kan ende med lårhalsbrudd.

Når behandlingen blir mer komplisert, tar det lenger tid å bli frisk, og det er ressurskrevende, særlig ettersom pasienten trenger dyre medisiner. En underernært pasient er med andre ord en dyr pasient. Det koster mer å reparere enn å forebygge. Å forebygge underernæring høres litt fremmedgjørende ut, men det dreier seg om at de eldre skal få næringsriktig mat, og at den blir spist opp. Så enkelt, og likevel så vanskelig.

Tall fra Storbritannia viser at ti prosent av helsebudsjettet går med til å behandle denne lidelsen. Universitetet i Oslo har regnet ut at sykehusene kunne spart 800 millioner kroner i året på å forebygge underernæring, fremfor å behandle. Ved Herlev hospital i København fulgte de en gruppe eldre som ble skrevet ut sykehuset. Halvparten av dem ble fikk kostholdsveiledning to-tre ganger i løpet av det neste halve året, den andre halvparten fikk det ikke. I gruppen som ikke fikk veiledning ble 52 prosent lagt inn igjen på sykehuset etter kort tid, mot bare 28 prosent i den andre gruppen. 16 prosent av de som ikke fikk oppfølging

døde i løpet av et halvt år, mot bare 6 prosent i gruppen som fikk veiledning. Vi sier gjerne at mat er medisin. Det er ikke bare et fiffig slagord. Mat virker!

Så hva er problemet? De eldre får tross alt mat på institusjonen, og hjemmeboende eldre med behov for det får som regel tilkjørt mat av kommunen. Problemet er at maten kan være så næringsriktig den bare vil, men blir den ikke spist opp, mister den all verdi. Vi har et begrep som heter «de siste tretti centimeterne», avstanden fra tallerkenen

opp til munnen. Noe av det viktigste er at maten finner veien dit. Det er her vi kan begynne å snakke om god matomsorg og rammen rundt måltidet.

Et måltid er ikke bare en tallerken med mat. Et måltid er en duk på bordet, en bukett blomster, en serviett. Et måltid er hyggelige spiseomgivelser, at man ikke nødvendigvis spiser måltidene sine i sengen. Et måltid er matlukt som sprer seg gjennom gangene, som skaper appetitt og forventninger. Et måltid er noen å spise sammen med. Et måltid er alle disse tingene. Uten dette er det bare en tallerken med for.

Det dreier seg om å gjøre det hyggelig. Rammen rundt måltidet er vel så viktig som selve maten, for det er rammen rundt måltidet som bestemmer om pasienten i det hele tatt ønsker å spise. Mange eldre sliter med dårlig matlyst, kanskje på grunn av redusert helse-tilstand, fordi man bor alene eller fordi man går på medikamenter. Demente sliter i tillegg med at de kanskje glemmer å spise. Kjenner de imidlertid en kjent duft eller kjenner igjen en matrett de har et forhold til, kvikner de ofte til, det virker skjerpende på appetitten, og øker dermed livskvaliteten. Et dansk

forskningsprosjekt ved Holbæk sykehus viser at eldre spiser mer når man gjør små grep ved rammen rundt måltidet.

Jeg har så langt snakket om den ernæringsmessige delen av måltidet. Men det dreier seg også om noe annet og grunnleggende: Respekt for pasienten, og etikk. Noe av det tristeste og mest uverdige jeg har opplevd var på et sykehjem i Oslo. Nederst i en korridor, der leger, pleiere og andre hastet forbi, uten vinduer eller noe, var det plassert et gammelt, slitt møtebord. Ved dette bordet satt det en gammel dame med en tallerken mat foran seg. Det så virkelig ikke ut som hun hygget seg med maten.

Det er viktig at faggrupper samarbeider tettere: Sykepleiere, helsefagarbeidere, leger, ernæringsfysiologer og kjøkkenpersonell. Det har tradisjonelt vært vanntette skott mellom faggruppene, det er på tide å rive dem ned.

Kampen mot underernæring er vanskelig, men det er ikke et alternativ å gi opp.

■ arnt@matomsorg.no



nrk.no 10.03.2015



Bodil Hansen Blix og Torunn Hamran

NYTT TEMAHEFTE

Helse- og omsorgstjenester til samiske eldre

Et nytt temahefte beregnet for helse- og omsorgspersonell som gir tjenester til samiske eldre har som målsetting å heve kompetansen om samisk kultur og gi grunnlag for refleksjon i møte med samiske eldre.

Heftet gir en gjennomgang av noe av det historiske bakteppe for dagens samiske befolkning og gir et innblikk i samenes spesielle rettigheter som urfolk slik dette går frem av internasjonale konvensjoner og norsk lovverk. Det språklige mangfoldet og innvirkningen fra et mangeårig fornukspress omtales samt hvordan man som helse- og omsorgspersonell bør ha kunnskap om dette i møte med samiske eldre.

ISBN 978-82-8061-242-7 - 72 sider - kr 50,-

For bestilling og mer informasjon:

www.aldringoghelse.no

tlf 33 34 19 50 - post@aldringoghelse.no

Bente Wallander (tekst og foto)

Regjeringen vil gi dagaktivitetstilbud til flere

Fra gulrot til pisk



TOK SAGA FATT: Det gikk så flisene skvatt da helse- og omsorgsminister Bent Høie (t.h.) ga Geir Bjørnsen en hjelpende hånd med sagen.

Helse- og omsorgsdepartementet har ved hjelp av tilskuddsmidler forsøkt å friste kommunene til å etablere flere dagaktivitetsplasser for personer med demens, men de økonomiske gulrøttene falt ikke tilstrekkelig i smak. Nå tar regjeringen hardere skyts i bruk. Fra 2020 blir kommunene pålagt å tilby dagaktiviteter for hjemmeboende personer med demens.

Det var i april i år at Stortinget ba Regjeringen komme tilbake med forslag til endringer i helse- og omsorgsloven slik at den fra 1. januar 2020 skal gi kommunene plikt til å tilby dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens. Tilskuddsmidlene de har lokket kommunene med de siste årene har på langt nær blitt brukt opp og med dagens etableringstakt har målet om 9 000 dagaktivitetsplasser på landsbasis fremstått som utopisk å nå.

– Vi vet at demens kan ramme midt i livet. Aktivitetstilbud er et av de viktigste tiltakene for å leve et godt liv med demens. Det er stort behov for et mangfold av tiltak tilpasset den enkeltes alder og interesser. Vi håper at flere nå vil bli

inspirert og oppfordrer kommunene til å søke om de øremerkede midlene. Dagaktivitetstilbud vil også være et viktig satsningsområde i Demensplan 2020, som vi nå arbeider med, sa helse- og omsorgsminister Bent Høie (H) da han besøkte *Inn på tunet*-tilbudet på Vittersø gård i Larvik.

Det gode liv

Helse- og omsorgsministeren var ikke snauere enn at han karakteriserte ordningen som «Demenslandsbyen på norsk», med henvisning til det nederlandske sykehjemmet De Hogeweyk¹:

¹⁾ Se reportasje i D&A, nr. 1, 2015

– Selv om *Inn på tunet* ikke er et botilbud, så har tiltakene et innhold som fører til at folk får muligheten til å være aktive med noe de er vant med fra før. Her blir gården brukt som arena for å gi personer med demens et bedre liv. *Inn på tunet* skal bidra til meningsfulle dager for brukerne, med sosialt samvær, trygghet og opplevelse av mestring. På en gård er det mulig med ulike aktiviteter hele året. Derfor er *Inn på tunet* et flott tilbud til mange personer med demens, sa han.

Med på turen til Vestfold var landbruks- og matminister Sylvi Listhaug (FrP).

– *Inn på tunet* er et tiltak jeg tror på, det passer ikke for alle å sitte på et sykehjem. Mange eldre har i likhet med meg selv tilknytning til gård. De gode øyeblikkene som oppstår når man får drive med dyr og delta i aktiviteter på gården, bidrar til å skape ro i hverdagen. Jeg tror at landbruket også har mye å tjene på dette, sa hun.

Gården er en ressurs

Paul Edvard og Kirsti Bårnes Vittersø var både glade og stolte over å kunne ønske de to ministrene velkommen. Som fjerdegenerasjons gårdbruker er

Paul Edvard særlig opptatt av hva *Inn på tunet*-ordningen kan bety for landbruket:

– Det er viktig at vi bønder bidrar med verdiskapning til samfunnet. Vi må tilby det befolkningen ønsker, og det trenger ikke å være bare mat. *Inn på tunet*-tiltak gir oss muligheter til å utnytte de naturlige kvaliteter som en gård har, det skaper liv og arbeidsplasser i bygda og bidrar til kontakt mellom bybefolkningen og omlandet.

Ektefellen Kirsti Bårnes Vittersø er husflids- og aktivitørutdannet. Hun hadde arbeidet ved en skjermet enhet for personer med demens i syv år da ideen om å utnytte bryggerhuset til et Grønn omsorgs-tilbud oppsto i 2001, men først etter syv års planlegging kunne hun som daglig leder åpne bryggerhusets dører for de seks første *Inn på tunet*-brukerne med demens i 2008.

Pårørende gir motivasjon

Utgangspunktet for driften er en skriftlig driftsavtale med Larvik kommune, som også har arbeidsgiveransvaret for tiltakets tre ansatte.

I starten var tilbudet åpent to dager i uken, nå er det full drift fem dager hver uke.

– I ettertid kan man jo lure. Hvorfor starte en slik virksomhet hjemme, gir det oss noen andre fordeler enn svært kort vei til jobben? Det å få se at pårørende får god avlastning og at de takket være dette orker å ha sine kjære hjemme lenger, er god motivasjon for meg. Vi er tilknyttet nærmeste sykehjem, der kan vi få faglig veiledning og hjelp. Vi samarbeider godt med hjemmetjenesten og tjenestekontoret og involveres i prosessen med å velge aktuelle brukere. Som leder ser jeg at personlig egnethet og gode kunnskaper om demens er en forutsetning for å kunne arbeide med denne pasientgruppen, med dette på plass får man også lav turnover blant de ansatte. Når det passer for dagtilbudet får vi i tillegg hjelp av kompetente frivillige.

Bærekraftig for kommunen

Det var Elin H. Aarø Strandli fra Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse som ledet det første *Inn på tunet*-prosjektet, som fra 2001 til 2004 het Landbruket for personer med demens.

– Siden starten for 15 år siden har det vært en kraftig vekst i antall *Inn på tunet*-tilbud. Fra tilbud i to kommuner i 2004 til de 40 tilbudene vi har registrert



TIL STOR GLEDE OG NYTTE: – I starten tenkte jeg; kan dette virkelig være et tilbud for akademikere og byborgere? Har etter syv års drift erfart at tiltaket kan være til glede og nytte for svært mange, fortalte gårdbruker Paul Edvard Vittersø (t.h.).



EGENPRODUSERT: Daglig leder Kirsti Bårnes Vittersø kunne i samarbeid med tilbudets brukere ønske de celebre gjestene velkommen til et bord fullt av egenproduserte matvarer. På bildet: Bent Høie, Sylvi Listhaug og ordfører i Larvik, Rune Høiseth.

i en hittil upublisert undersøkelse fra 2014/15, fortalte hun.

Strandli påpekte flere årsaker til økningen, til disse hørte Demensplan 2015 og tilskuddsordningen som de siste årene har dekket 30 prosent av kommunens driftsutgifter ved opprettelse av nye dagaktivitetsplasser.

At tiltaket har stor verdi, ble ikke minst understreket av Larvik kommunes kommunalsjef for helse- og omsorg, Karen Kaasa:

– Det viktigste er at det gir brukerne økt livskvalitet. Samtidig ser vi at det er økonomisk bærekraftig for kommunen, fordi det bidrar til å utsette brukernes behov for institusjonsplass. Mens en sykehjemsplass koster kommunen rundt én million kroner hvert år, kommer utgiftene til en dagaktivitetsplass som dette på 360 000 kroner årlig.

Uvant for eks-lærer

Annie Elisabeth Johnsen har benyttet seg av Vittersø gårds dagaktivitetstilbud tre dager hver uke det siste halve året. Hun har alltid vært glad i naturen, trives bra med å være ute og tar gjerne del i aktivitetene på gården.

Sønnen Børre Falchor Johnsen forteller at det var et sjokk for hele familien da Annie ble syk for tre-fire år siden og siden fikk en demensdiagnose.

– Mor har vært lærer hele livet og er fortsatt rasende flink. Å få en slik sykdom ble for henne svært spesielt.

– Nei, nå kan jeg ikke undervise mere, sier Annie, som likevel har litt å berette om hvordan det er å ha demens.

– Det verste er at det er så vanskelig å bruke hodet! Når jeg skal handle, for eksempel. Jeg skriver opp hva jeg skal ha på en liste før jeg går hjemmefra men så, når jeg kommer i butikken, forstår jeg ikke hva det jeg har skrevet betyr.

Mor og sønn satte pris på at ministrene tok seg så god tid under gårdsbesøket.

– Vi hadde en fin morgenstund sammen, og jeg fikk fortalt Høie om mors problemer med handlingen. Han skulle se nærmere på temaet. Kanskje kunne det hjelpe flere personer med demens om de som arbeider i butikkene fikk større forståelse for hva slike sykdommer dreier seg om, sier Børre.



I GLASSHUS: Gjestene koste seg med Imm på tunet-drivhusets varme. Fra v.: Landbruks- og matminister Sylvi Listhaug, gårdbruker Paul Edvard Vittersø, helse- og omsorgsminister Bent Høie, daglig leder av dagaktivitetstilbudet på Vittersø gård, Kirsti Bårnes Vittersø samt Larviks ordfører Rune Høiseth.



PRISER VÅREN: Annie Elisabeth Johnsen og Alf Steen Hansen sår sommerblomster i påsyn av to ministre.



MOR OG SØNN: Annie Elisabeth Johnsen og sønnen Børre Falchor Johnsen var fornøyd med å ha fått fortalt ministrene litt om hvordan det er å leve med demens.



Signe Tretteteig, geriatrik sykepleier MSc og phd- student ved UiO

Signe Tretteteig er med i en forskergruppe ved Nasjonalt kompetansetjeneste som forsker på dagaktivitetstilbud. Tretteteig har i sitt doktorgradsarbeid fokus på pårørende til personer med demens som har et tilrettelagt dagaktivitetstilbud.

Dagaktivitetstilbud for personer med demens – gir det avlastning for pårørende?

En litteraturgjennomgang av internasjonal forskning viser at tilrettelagte dagaktivitetstilbud tilbys både som et aktivitetstilbud for personer med demens, og som et avlastningstilbud for pårørende (2-4). Slik er det også i Norge.

I Demensplan 2015 beskrives denne todelte hensikten.

Dagaktivitetstilbud skal gi hjemmeboende personer med demens en meningsfull hverdag i et miljø med fokus på sosialt samvær, trygghet og opplevelse av mestring, og avlaste pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver (5).

Gjennomgangen av forskning på dagaktivitetstilbud for personer med demens, viser at tilbudene ikke er standardisert i form eller innhold (1). Dette betyr at det kan være store ulikheter i forhold til hvordan tilbudene er organisert og tilbudets innhold. Forskjellene gjør dette til et utfordrende forskningsfelt. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse startet i 2013 en omfattende studie på dagaktivitetstilbud; Effects and Costs of a Day Care Centre Program Designed for People with Dementia-A 24 Month Controlled Study (ECOD) (6). Denne studien skal undersøke ulike effekter av dagaktivitetstilbud – både hos brukerne og hos pårørende. Hvordan dagaktivitetstilbud innvirker på pårørende er et av områdene som skal undersøkes i denne studien.

Vi har altså manglende kunnskap om hvordan dagaktivitetstilbud bør organiseres eller hva tjenesten bør inneholde for at pårørendes skal oppleve tilbudet som avlastning. Heller ikke Demensplan 2015 sier noe om dette. Én måte å tolke dette på er at «pusterommet», som tilbudet gir pårørende, i seg selv oppleves som avlastende. Men er det nødvendigvis slik? Dette var et av spørsmålene vi ønsket svar på ved å sammenfatte og analysere forskningen på feltet.

Pårørendes belastning

En viktig forutsetning for å kunne undersøke om dagaktivitetstilbud virker

avlastende for pårørende til personer med demens, er kunnskap om hva de opplever som belastende, det vil si hva de trenger avlastning fra. Forskning viser at omsorgsrelaterte byrder for pårørende kan inkludere fysiske, psykiske, sosiale og økonomiske aspekter (7, 8), men her er det store variasjoner.

Personer med demens får mye hjelp og støtte fra pårørende. De gir ofte støtte til kognitiv fungering og de må håndtere personens atferdsproblemer og andre endringer. Pårørende kan få nye roller og oppgaver også utenfor de direkte omsorgsoppgavene. Dette kan oppleves stressende og ha en negativ innvirkning på deres psykiske helse og velvære (9). En undersøkelse av dagaktivitetstilbud i Norge 2007/2008 viste at pårørende som bor sammen med personen med demens har en betydelig stressbelastning (10). Disse funnene bekreftes av annen forskning som sier at pårørendes belastning gir økt risiko for stress, depresjon og angst (11-14). I hvilken grad pårørende opplever sin rolle som belastende, kan variere. Det er derfor viktig å kjenne den enkeltes situasjon og behov.

Hva gjør pårørende når personen med demens er på dagaktivitetstilbudet?

For å forstå om dagaktivitetstilbud kan være avlastende, kan det være nyttig å se på hva pårørende bruker denne tiden til, og hvordan de opplever den. Dagaktivi-

Innholdet i denne artikkelen er hentet fra forskningsartikkelen; The influence of day care centres for people with dementia on family caregivers: an integrative review of the literature. Artikkelen er publisert i tidsskriftet Aging and Mental Health 13.04.2015 (1)

tetstilbud gir pårørende et avbrekk fra omsorgsrelaterte oppgaver og et pustemor fra ansvaret. Det øker tiden de kan bruke til andre ting (4, 15, 16). De som bor sammen med personen (i hovedsak ektefeller/samboere) får tid til å dekke egne behov som å gjøre ærend, være sosiale, hvile og gjøre husarbeid (15, 17). Pårørende som er i arbeid (i hovedsak sønner og døtre) tilbringer mesteparten av avlastningstiden på jobb. De dagene deres mor eller far er på dagtilbudet får de jobbe mer i fred, og de er mindre bekymret for foreldrene (17, 18).

Trygghet - en forutsetning for å oppleve avlastning

I tillegg til «pusteroms-effekten» handler avlastning om kvaliteten på tilbudet. For at pårørende skal oppleve dagaktivitetstilbudet avlastende må det være lystbetont for brukeren. Hvis personen med demens ikke vil dra dit kan det føre til skyldfølelse og økt stress hos pårørende (15, 18). For at pårørende skal oppleve dagaktivitetstilbudet som avlastning, må de være trygge på at personen med demens har det bra der – at kvaliteten på tilbudet er god. Kvaliteter som fremmer pårørendes trygghet er:

1. Pårørende opplever at innhold og aktiviteter er *individuelt tilpasset brukerens behov*. Brukeren er sammen med andre mennesker (får sosial stimulering) og personalet er godt kvalifisert til jobben.
2. Pårørende får *informasjon* og blir *tatt med i planleggingen og oppfølgingen* av brukeren. Informasjon i forkant kan hjelpe pårørende til å finne riktig tidspunkt for å introdusere tilbudet. Oppfølging og samarbeid handler om at pårørende gjerne vil være part i en dialog om brukeren. Dette øker tryggheten for at tilbudet blir individuelt tilpasset. Det må finnes rutiner som ivaretar denne informasjonsflyten.
3. Pårørende opplever at de har *noen å dele ansvaret* for personen med demens med, noen som kan ta ansvar hvis det skulle «skje noe» med dem. Det er derfor viktig at personalet kjenner brukerens behov og funksjonsnivå godt.

4. Pårørende kan få *opplæring og støtte*.

Dette gjelder spesielt i forhold til hvordan de skal håndtere utfordrende atferd og hjelpe personen med demens i sine daglige aktiviteter. Personalet kan også gi støtte til å håndtere sorg over at en de er glad i har blitt alvorlig syk. I Norge ivaretar pårørendeskolen i stor grad pårørendes behov for opplæring, men ikke alle har deltatt på dette.

5. Pårørende opplever tilbudet som *fleksibelt*. Dette gjelder både åpningstider, transportordningen og dagsprogrammet. Skulle det oppstå uventede ting eller forandringer hos brukeren eller pårørende, vil et fleksibelt tilbud kunne tilpasses etter de nye behovene (19-21).

Redusert stress og omsorgsbelastning

Hvordan dagaktivitetstilbud innvirker på pårørendes stress er målt gjennom ulike stress- og belastningsskalaer; gjennom deres opplevelse av «å føle seg fanget» (role captivity), rollebelastning (role overload), bekymring og belastning. Forskning viser at dagaktivitetstilbud kan redusere pårørendes stress og belastning, men resultatene er sprikende (4, 18, 22, 22). Stressreduksjonen er størst de dagene personen med demens er på dagaktivitetstilbudet (4, 22, 24, 25). Har personen med demens store atferdsproblemer og/eller betydelig behov for hjelp til dagliglivets aktiviteter, fører dagaktivitetstilbud til mindre stressreduksjon hos pårørendes (24, 26).

«Pusterommet», eller pausen pårørende får fra ansvaret for personen med demens, reduserer pårørendebelastningen (4, 18, 22). Dagaktivitetstilbud reduserer også tiden pårørende bruker til å hjelpe den demenssyke med aktiviteter i dagliglivet, men dette funnet er ikke signifikant (4, 22, 24). Døtre og svigerdøtre opplever en større reduksjon av omsorgsbelastning, enn kvinnelige ektefeller (27, 28). En medvirkende årsak kan være at koner er mer sårbare og oftere deprimerte før deres menn får dagaktivitetstilbud (28). Ektefeller er ofte sterkt involvert i den daglige omsorgen. De kan derfor behøve mer tid til å venne seg til å være atskilt, og til å dele ansvaret med andre. Enkelte studier viser at depressive symptomer hos på-

rørende ble signifikant redusert etter at personen med demens fikk dagaktivitetstilbud (16, 28).

Det er verd å merke seg at pårørende kan oppleve økt belastning knyttet til omsorgsoppgaver de dagene personen med demens skal på dagaktivitetstilbudet (17, 29). En forklaring på dette kan være at pårørende opplever stress ved å få personen klar til vedkommende blir hentet til dagaktivitetstilbudet. Fleksibilitet i forhold til åpnings- og hentetidspunkt vil muligens kunne redusere dette stresset.

Motivasjon til å gi omsorg og utsettelse av behov for heldøgns pleie- og omsorg

Pårørendes innsats er ofte avgjørende for at personen med demens kan bo hjemme. Pårørende kan trenge avlastning for å makte denne oppgaven over tid. Det er mange forhold som innvirker på pårørendes motivasjon og mulighet til å hjelpe og gi omsorg. Hvor langt personen har kommet i demensutviklingen, forekomst av nevropsykiatriske symptomer (NPS), kvalitet på relasjonen mellom pårørende og den syke, opplevd omsorgsbelastning og pårørendes alder og helse, er faktorer som påvirker motivasjonen og mulighetene til å gi omsorg (17, 27, 30). Det er derfor vanskelig å si noe sikkert om dagaktivitetstilbud som enkeltfaktor er med på å utsette behovet for heldøgns pleie og omsorg. Noen studier viser en mulig utsettelse av behovet for heldøgnsomsorg (7, 27), mens andre ikke finner signifikante funn (17). En studie beskriver et spesielt støtteprogram for pårørende «Meeting Centre Support Programme» (NL), som en del av dagaktivitetstilbud. Pårørende som deltok i dette støtteprogrammet fikk økt sin omsorgskompetanse og fikk nye mestringsstrategier. Dette bidro til et utsatt behov for heldøgns omsorg for personen med demens, sammenlignet med personer som deltok på mer tradisjonelle tilbud (31).

Oppsummering og råd til praksisfeltet

Dagaktivitetstilbud gir pårørende en pause i ansvaret og oppgavene som følger med pårørenderollen. Denne pausen gir dem muligheter til å dekke egne behov. Dette

er viktig for motivasjonen og overskuddet til å være en omsorgsgivende pårørende. Pårørendes opplevelse av dagaktivitetstilbud som avlastning avhenger av kvaliteten på innholdet; at aktiviteter og det sosiale fellesskaper er tilpasset brukernes interesser og behov. Det er også viktig hvordan tjenesten imøtekommer pårørendes behov for fleksibilitet, støtte, informasjon og ansvarsdeling. I og med at innhold og organisering i dagaktivitetstilbudene varierer, er det vanskelig å si noe sikkert om hvordan tilbudet innvirker på pårørende. Dette kan være en av grunnene til at vi har lite forskning på effektene, og at mange av studiene er av moderat eller dårlig kvalitet. Vi trenger derfor mer forskning på feltet (1).

Implikasjoner for klinisk praksis

Oppsummeres den forskningen vi har, kan det slås fast at pårørende opplever dagaktivitetstilbud både som et avlastnings- og som et støttetilbud, men at denne opplevelsen påvirkes av kvaliteten på tilbudet (1). Den viktigste forutsetningen for at dagaktivitetstilbudet skal gi avlastning, er at pårørende føler seg trygge. Denne tryggheten avhenger av tilstrekkelig informasjon (før og under) og at ansatte på dagaktivitetstilbudet har gjensidig kommunikasjon med pårørende. Forslag til hvordan dette konkret kan gjøres er beskrevet i tekstsoks 1 og 2. De konkrete rådene er formulert ut fra behovene som er beskrevet i litteraturen (forskningsstudier), samt forfatterens egne erfaringer fra pågående forskningsprosjekt.

■ signe.tretteteig@aldringoghelse.no

Tekstsoks 1: Forslag til gode informasjonsrutiner

- ◆ Informasjon om dagaktivitetstilbud må utarbeides og gjøres tilgjengelig både på internett og på papir. Informasjonen må spres bredt i kommunen; legekantor, hjemmetjenesten, aviser, nettside mm.
- ◆ En eller flere ansatte i kommunen må ha et spesielt ansvar for å informere og veilede personer med demens og deres pårørende om dagtilbudet. Er dette et tilbud som passer nå? Har kommunen flere tilbud, hvilket tilbud passer best? Hva koster det? Kan vi komme på besøk?
- ◆ Det må være utarbeidet rutiner som sikrer at pårørende får nødvendig informasjon før brukeren begynner og underveis. Informasjon om åpningstider, kontaktperson, telefonnummer, åpningstider i ferier og høytider er nødvendig. Noen pårørende ønsker informasjon om ukeplan, dagsplan og middagsmeny. Dette er kanskje viktigst for pårørende som bor sammen med brukerne.
- ◆ Ta i bruk «kommunikasjons-notatbøker» som følger personen med demens. Der kan informasjon utveksles mellom de ansatte og pårørende. Sms og/eller mail kan brukes. Disse kan inneholde både fellesinformasjon og/eller informasjon spesielt om den enkelte.

Tekstsoks 2: Forslag til gode samarbeids- rutiner med pårørende

- ◆ Pårørende må inviteres til samarbeid og ønskes velkommen til å ta kontakt ved behov. Her er det store individuelle forskjeller. Noen ønsker tett kontakt, noen ønsker lite eller ingen kontakt.
- ◆ Ansatte må invitere til jevnlig samtaler med pårørende, gjerne samme med personen med demens der det er ønskelig. I slike samtaler kan en gi og få informasjon, samt utveksle ønsker og behov. Pårørende kan i slike samtaler få støtte og veiledning i sin rolle av en ansatt som kjenner brukeren godt.
- ◆ Pårørende inviteres til dagaktivitetstilbudet (spesielt ektefeller). Det kan være ved spesielle anledninger eller på turer. Å spørre pårørende om å hjelpe til, for eksempel med baking til jul eller vårrydding i hagen, kan for noen oppleves positivt. Pårørende kan også inviteres på «vanlige» dager. Slike besøk er en god anledning til å bli kjent med alle som er på dagaktivitetstilbudet, det kan styrke deres trygghet for brukeren. Ikke alle ønsker eller har mulighet til å bli med på turer eller komme på besøk. Dette er selvfølgelig helt frivillig. Om pårørende ønsker å bli spurt om å komme på besøk eller hjelpe til, bør derfor avklares i en pårørendesamtale slik at dette ikke gir dem dårlig samvittighet.

REFERANSER

1. Tretteteig S, Vatne S & Rokstad A. The influence of day care centres for people with dementia on family caregivers: an integrative review of the literature. *Aging and Mental Health* 2015.
2. Cefalu CA & Hauser M. Adult Day Care for the Demented Elderly. *American family physician* 1993;47(4):723-724.
3. Graham RW. Adult day care: how families of the dementia patient respond. *J Gerontol Nurs* 1989 Mar;15(3):27-31.
4. Jarrott SE, Zarit SH, Stephens MAP, Townsend AL & Greene R. Effects of adult day service programs on time usage by employed and non-employed caregivers. *Journal of Applied Gerontology* 2000 Dec;19(4):371-388.
5. HOD. Demensplan 2015 «Den gode dagen». Delplan til Omsorgsplan 2015. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. Oslo 2007.
6. Rokstad AM, Halse I, Tretteteig S, Barca ML, Kirkevold Ø et al. Effects and Costs of a Day Care Centre Program Designed for People with Dementia-A 24 Month Controlled Study. *J Clinical Trials* 2014;4(4).
7. Balla S, Simoncini M, Giacometti I, Maggiano A, Leotta D et al. The daily center care on impact of family burden. *Arch Gerontol Geriatr* 2007;44 Suppl 1:55-59.
8. Pearlin L, Mullan, J.T., Semple, S.J. & Skaff, M.M. Caregiving and the stress process; an overview of concepts and their measures. *Gerontologist* 1990;30:583-591.
9. Ask H, Langballe EM, Holmen J, Selbaek G, Saltvedt I et al. Mental health and wellbeing in spouses of persons with dementia: the Nord-Trøndelag Health Study. *BMC Public Health* 2014;14:413.

10. Taranrød LB. Mellom hjem og institusjon Dagtilbud tilrettelagt for personer med demens. Utviklingsprogram om dagtilbud og avlastningsordninger for personer med demens. Demensplan 2015. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2011.
11. Etters L, Goodall D & Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *J Am Acad Nurse Pract* 2008 Aug;20(8):423-428.
12. Schulz R & Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *Journal of the American Medical Association* 1999; 282:2215-2219.
13. Akkerman RL & Ostwald SK. Reducing anxiety in Alzheimer's disease family caregivers: the effectiveness of a nine-week cognitive-behavioral intervention. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 2004;19:117-123.
14. Cuijpers P. Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. *Aging and Mental Health* 2005;9:325-330.
15. Zank S & Schacke C. Evaluation of geriatric day care units: effects on patients and caregivers. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2002 Jul;57(4):348-357.
16. Zarit SH, Stephens MA, Townsend A & Greene R. Stress reduction for family caregivers: effects of adult day care use. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998 Sep;53(5):267-277.
17. Berry GL, Zarit SH & Rabatin VX. Caregiver activity on respite and nonrespite days: a comparison of two service approaches. *Gerontologist* 1991 Dec;31(6):830-835.
18. Dziegielewska SF & Ricks JL. Adult day programs for elderly who are mentally impaired and the measurement of caregiver satisfaction. *Activities, Adaptation & Aging* 2001;24(4):51-64.
19. de Jong JDD & Boersma F. Dutch psychogeriatric day-care centers: a qualitative study of the needs and wishes of carers. *International Psychogeriatrics* 2009;21:2:268-277.
20. Donath C, Winkler A, Graessel E & Luttenberger K. Day care for dementia patients from a family caregiver's point of view: a questionnaire study on expected quality and predictors of utilisation - Part II. *BMC Health Serv Res* 2011;11:76.
21. Phillipson L & Jones SC. Use of day centers for respite by help-seeking caregivers of individuals with dementia. *J Gerontol Nurs* 2012 Apr;38(4):24-34; quiz 36-27.
22. Gaugler JE, Jarrott SE, Zarit SH, Stephens MA, Townsend A et al. Respite for dementia caregivers: the effects of adult day service use on caregiving hours and care demands. *Int Psychogeriatr* 2003a Mar;15(1):37-58.
23. Zarit SH, Kim K, Femia EE, Almeida DM & Klein LC. The effects of adult day services on family caregivers' daily stress, affect, and health: outcomes from the Daily Stress and Health (DaSH) study. *Gerontologist* 2014 Aug;54(4):570-579.
24. Mossello E, Caleri V, Razzi E, Di Bari M, Cantini C et al. Day Care for older dementia patients: favorable effects on behavioral and psychological symptoms and caregiver stress. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008 Oct;23(10):1066-1072.
25. Zarit SH, Kim K, Femia EE, Almeida DM, Savla J et al. Effects of adult day care on daily stress of caregivers: a within-person approach. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2011 Sep;66(5):538-546.
26. Gramain A & Malavolti L. Evaluating the effect of care programs for elderly persons with dementia on caregiver's well-being. *Eur J Health Econ* 2004 Feb;5(1):6-14.
27. Cho S, Zarit SH & Chiriboga DA. Wives and daughters: the differential role of day care use in the nursing home placement of cognitively impaired family members. *Gerontologist* 2009 Feb;49(1):57-67.
28. Kim K, Zarit SH, Femia EE & Savla J. Kin relationship of caregivers and people with dementia: stress and response to intervention. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012 Jan;27(1):59-66.
29. Gaugler JE, Jarrott SE, Zarit SH, Stephens MA, Townsend A et al. Adult day service use and reductions in caregiving hours: effects on stress and psychological well-being for dementia caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2003b Jan;18(1):55-62.
30. Zarit SH, Stephens MAP, Townsend A, Green R & Leitsch SA. Patterns of adult service use by family caregivers: A comparison of brief versus sustained use. *An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies* 1999;48(4):355-361.
31. Dröes RM, Meiland FJ, Schmitz MJ, Boerma I, Derksen E et al. Variations in meeting centers for people with dementia and their carers. Results of a multi-center implementation study. *Arch Gerontol Geriatr Suppl* 2004b (9):127-147.

16.-18. SEPTEMBER 2015



EUGMS CONGRESS 2015 OSLO

www.eugms.org/2015

16. SEPTEMBER 2015



DEN SJETTE NORSKE KONGRESSEN I GERIATRI

www.aldringoghelse.no/kurs-og-konferanser

Bente Wallander (tekst og foto)

Takk bare bra

– et kurs i forebygging og mestring av depresjon



FRA KID TIL ELDRE: – Teorigrunnlaget fra KiD-kursene er beholdt, men flere teorier er lagt til og innholdet i Takk bare bra er endret og tilpasset en eldre deltakergruppe, forteller psykiatrisk sykepleier Synøve Minde og sykepleier og kognitiv terapeut, Anne Nævra.

Eldre har ingen tradisjon for å snakke om psykiske plager. Ei heller oppsøker de psykolog. Men et kurs som kan tas når livet gjør vondt, se den «medisinen» takker mange ja til.

– Det er stor forskjell på å gå i terapi og på kurs. Kursdeltakelse medfører alminneliggjøring av psykiske problemer, sier psykiatrisk sykepleier og kognitiv terapeut, Anne Nævra, som også har ledet utviklingen av kurstilbudet.

– Det er et i befolkningen generelt et problem at man ikke har tradisjon for å snakke om psykiske plager. Dette er tydeligere hos eldre enn hos yngre. De færreste eldre vil dermed fortelle at de er deprimerte. Eldre folk snakker ofte om sine fysiske plager, de har smerter og mer diffuse helseutfordringer, men nevner sjelden sine psykiske plager. Det er mer

sosialt akseptert å fortelle at man er nedfor, lei seg, trist eller sliten. Derfor kaller vi dette et mestringskurs i stedet for depresjonskurs, forteller Anne Nævra.

Fra Kid til eldefokus

Utviklingen av kurset startet allerede i 1996/97, med at professor Odd Steffen Dalgard, psykolog Trygve Arne Børve og psykiatrisk sykepleier/kognitiv terapeut Anne Nævra deltok i et EU-finansiert forskningsopplegg der man skulle prøve ut et psykoedukativt, kognitivt basert kurs i depresjonsmestring for deltakere i alderen 18-64 år. Kurset ble testet i fem

ulike land og kursets innhold ble oversatt til norsk. Etter hvert fant trioene ut at de måtte revidere og tilpasse kurset til norske forhold. Mye ble annerledes, de la inn et tilleggselement om sosial kontakt og kalte kurset Kurs i depresjonsmestring (KiD), som senere er blitt et kjent begrep over hele Norge. Etter en tid viste det seg så at kurset ikke var like godt egnet for alle aldergrupper.

– Trygve Børve så etter noen år behovet for å lage et lignendekurs for ungdom, mens jeg og Odd Steffen Dalgard ville lage et kurs for eldre basert på kunnskaper og erfaringer fra KiD. Vi begynte på dette sammen, og var midt i arbeidet med utformingen av kursboka da Odd Steffen døde i 2011, forteller Anne Nævra.

Vellykket pilot

Olav Elvemo ved Rådet for psykisk helse ønsket i 2012 å prøve ut ulike intervensjoner for eldr. Anne Nævra ferdigstilte derfor kurset og prøvde det ut med deltakere fra Engelsborg seniorsenter.

– Etter å ha gjennomført pilotstudien så jeg behov for flere justeringer, deriblant i selve kursboka og måten innholdet ble presentert på.

Kursopplegget ble så prøvd ut gjennom et toårig prosjekt i fire av Oslos bydeler med Olav Elvemo som prosjektleder. Under navnet «Takk bare bra» hadde kurset fire fulle deltakergrupper og tilbakemeldingene var gode, noe Ph.D. Hege Bøens rapport ved Diakonhjemmet Høgskole eksterne vurdering senere har bekreftet.

– Målet mitt har vært at flest mulig skal ha nytte av kurset, jeg har derfor inngått et samarbeid med Geriatrik Ressursenter (GER) i Oslo v/fagkoordinator for psykisk helse og eldre, Synøve Minde. Kurset og kursboken revidert og spesialtilpasset eldre, med en rekke eksempler som eldre kan kjenne seg igjen i.

Kurslederopplæring i Oslo/Akershus

Det er viktig at kurslederne er kvalifisert og at de gjennomgår et godt opplæringsprogram. Synøve Minde og Kirsti Veidahl Solheim ved GER har fått opplæring som kurslærere og er nå ansvarlig

for videre opplæring av nye kursledere. Målgruppen for kurslederopplæringen er helsepersonell med minimum 3-årig helse/sosialfaglig høyskoleutdanning og gjerne erfaring med gruppen eldre. De som fra før av har KiD-kurslederkurs får opplæring i to dager, mens kursdeltakere uten KID-kurs gis fem dager med opplæring.

– Takk bare bra preges av et mestringerspektiv, der deltakerne skal oppmuntres til å bruke sine iboende ressurser. Men, understreker Anne; – En egeninnsats må til for å lære å bruke verktøyene de får gjennom kurset i praksis.

Kursdeltakerne må også selv overføre det de har lært i teorien til eget liv og egne tanker.

– Kurset gjør at det blir enklere å håndtere og mestre egne psykiske plager, sier Synøve Minde.

Mobbing blant eldre

Nytt for mange er at det eksisterer en mobbeproblematikk, også blant eldre.

– Mange føler seg utilpass i grupper, de våger ikke å si seg uenig og tør heller ikke å ta opp ting. Det er viktig at gruppen gir rom for å snakke om dette og at det «blir lovlig» å bryte vaner, endre leveregler eller gjøre noe annerledes enn før. Gamle leveregler og fastgrodde forestillinger begrenser mange eldre. Ved å endre litt på disse kan mange få en mye bedre livskvalitet.

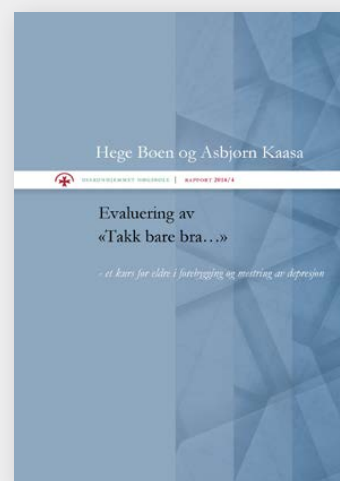
– Det er jo selve essensen i kognitiv metode; Å endre fastgrodde tanker og holdninger, sier Anne Nævra.

At mange kursledere finner rollen både takknemlig og lærerik kan være en medvirkende årsak til at ryktene om Takk bare bra har spredd seg. Flere kommuner i Oslo og Akershus sender nå ansatte til opplæring og i Bærum kommune, der man har flere kurs gående, opereres det for tiden med ventetid.

Informasjon om kurset og kurslederopplæringen finner du ved å søke med ordene *Takk bare bra* på Oslo kommunes hjemmeside www.oslo.kommune.no



Kursheftet «Takk bare bra...»



Gode skussmål

Førstemanuensis Hege Bøen, Institutt for sykepleie og helse, ISH, og førstemanuensis Asbjørn Kaasa, Institutt for Sosialt arbeid og familierapi, begge Diakonhjemmet Høgskole i Oslo, har evaluert kurset «Takk bare bra».

De kom frem til at det har en signifikant og stor virkning og sier at «Resultater fra de kvantitative analysene tyder på at kurset har en signifikant og stor virkning på depresjon, emosjonelt stress, livskvalitet og sosial støtte.» Målingene ble gjort over fire målepunkter: Før kursstart, under kurset, etter kursavslutning og etter tre måneder.

Forfatternes generelle inntrykk fra de kvalitative analysene er at «deltakerne er meget godt fornøyde med kursopplegget og kursledelse. Kurset er nyttig, relevant og til hjelp for deltakerne.»



NYTT MOT: Kjeld Haghus (89) og Berit Bergersen (79) er to av mange fornøyde Takk bare bra-kursdeltakere.

Bente Wallander (tekst og foto)

Kurs for bedre livskvalitet

Berit Bergersen og Kjeld Haghus har ikke sansen for sutring. Men positive eldre kan også tynges av tanker og livsutfordringer. – Kurset «Takk bare bra» har gjort oss bedre rustet til å mestre motbør, sier de.

Berit Bergersen bor sammen med ekte mannen Roar i en leilighet i Frelsesarmeens omsorgssenter Ensjetunet Omsorg +, et senter Kjeld Haghus også har vært bruker av i mange år.

Det var på senteret at de begge kom i kontakt med Anne Brit Sandberg, som de siste seks årene har arbeidet som Frelsesarmeens oppsøkende sykepleier i bydel Gamle Oslo.

Og det var på Ensjetunet de fikk tilbud om å delta på livsmestringskurset «Takk bare bra».

Kjent område

Berit Bergersen og mannen Roar bodde tidligere i en villa på den andre siden av gaten.

– Det var da helsen til mannen min begynte å skranke at vi var heldige og fikk flytte inn i en leilighet her, som noen av de første, forteller hun.

Hun var selv pensjonist, med lang erfaring fra parfymebransjen. Etter å ha tatt noen turer til senterets kafé, fikk Berit snart spørsmål om hun kunne tenke seg å hjelpe til litt. Snart var dagene fylt opp, og vel så det, av frivillig arbeid.

Berit medgir at hun, etter hvert som årene gikk, likevel kunne kjenne seg både ensom og nedstemt:

– Hvis jeg og mannen min setter oss ned med et fotoalbum, ser vi at over halvparten av dem vi har bilde av, allerede er borte. Når jeg ser meg tilbake er det heller ikke alle minner som er lyse.

Berit ble født med ganespalte: – Jeg var vel det man i dag kaller et mobbeoffer. Lese- og skrivevansker i tidlige år satte sine spor. Jeg har som voksen lest masse, men det gjør fortsatt vondt å tenke tilbake på lærerinnen som kalte meg dum.

Trylleøvelser

Kjeld Haghus var ansatt i Oslo kommunes vegvesen fra 1943 til 1990.

– Vi var ofte innom her når vi var på jobb, jeg feide blant annet gatene utenfor Ensjetunet, forteller den fortsatt hjemmeboende 89-åringen.

Da Kjeld fikk tilbud om å delta på «Takk bare bra»-kurset, lånte han først kursboka.

– Jeg fant mye interessant der, og forsto at tiltaket kunne være fint for meg, forteller han.

Fascinasjonen er ikke mindre etter vel gjennomført kurs. Både Berit og Kjeld fremhever temaet *Oppmerksomt nærvær* som særlig positivt.

– Pusteøvelsene vi lærte ble som små tryllegrep for oss. Det er lurt å ta seg tid til å tenke over hva som skjer når man blir lei seg eller urolig. Ved hjelp av denne teknikken klarte jeg selv å snu det vanskelige til noe positivt. Jeg føler derfor at jeg har hatt veldig utbytte av kurset, sier Berit.

For kursleder Anne Brit er det godt å se hvor bevisste de to deltakerne har blitt. Kjeld har blant annet blitt mye flinkere til å snakke om følelser.

– For meg var det nesten like viktig å lære meg å si ordet nei noen ganger. Jeg føler meg tryggere og tar bedre vare på meg selv, sier Berit.

Psyriske utfordringer

Anne Brit Sandberg er spesialsykepleier i psykisk helse. I sin oppsøkende virksomhet har hun hatt en agenda som både har vært av sosial og sykepleiefaglig art. Til hennes oppgaver hørte å kontakte hjemmeboende eldre i bydelen for å gi dem tilbud om råd og veiledning. De fikk samtidig en invitasjon til å bli med på servicesenteret på Ensjøtunet.

– Vi vet at mange eldre sliter med endringer som følge av alder. Hukommelse og helse kan svikte, mange føler seg isolerte og ensomme, de har mistet venner og familie og får gradvis mindre kontakt med omverdenen.

Anne Brit erfarte raskt at mange eldre har utfordringer også av psykisk karakter. Mange sliter med nedstemthet.

– «Vi er den vi er i samvær med andre.» Når andre blir borte er det naturlig å vakle litt, sier hun.

Da Anne Brit Sandberg i 2014 fikk tilbud om å delta på et kurslederkurs i regi av Oslo kommunes geriatriske ressurs-senter, takket hun derfor ja. Hun rakk akkurat å gjennomføre et kurs ved Ensjøtunet Omsorg + før hun skulle gå over i ny jobb.

God tilnærming

I utvelgelsen av deltakere til *Takk bare bra* la Anne Brit vekt på at de som skulle være med på kurset ikke skulle være dypt deprimerte.

– De fleste strevde med tungsinn innimellom, mange følte blant annet sterk sorg etter flere tap.

Å lede kurset ble for henne en positiv erfaring.

– Det var enkelt å bruke kursboken og samtalene mellom deltakerne gikk veldig greit. Som kursleder ble jeg minnet om at en viktig del av jobben er å være en lytter; et medmenneske som kan bekrefte, drøfte og støtte. Boken bidro dessuten til en ufarliggjøring av reaksjoner vi kan få på de utfordringer livet gir. Det er uvant for oss å snakke ut om vanskelige temaer, og for tidligere generasjoner er det nok større avstand til å søke hjelp for psykiske utfordringer. Med denne delikate boken som verktøy ble det enklere å nærme seg problemene, fastslår hun.



KURSLEDELSEN: Spesialsykepleier i psykiatri, Anne Brit Sandberg (t.v.), fikk god hjelp av aktivtør og hjelpepleier Tove Runar da kurset på Ensjøtunet ble gjennomført.

Ensjøtunet Omsorg +

Oslo kommune eier og tildeler de 62 leilighetene i servicesenteret Ensjøtunet Omsorg + (tidligere Ensjøtunet sykehjem).

Frelsesarmeen står for den daglige driften av omsorgs-tiltaket, som holder åpent både for Ensjøtunets egne beboere (cirka 70 personer) og andre hjemmeboende eldre i bydel Gamle Oslo.

Senteret huser blant annet en frisør og et bibliotek, og en ansatt aktivtør og hjelpepleier, Tove Runar, oppmuntrer de fremmøtte til aktivitet. I lokalene hun disponerer i byggets kjelleretasje gjennomføres et lite program hver dag. Her

lager mennene ting i snekkerverkstedet, ofte gjenstander som de kvinnelige beboerne har bestilt og som de senere dekkerer. Tove Runar var en medhjelper på «Takk bare bra»-kurset, som Anne Brit arrangerte.

– Når man skal rekruttere brukere til senteret er aktivitetene en god innfallsvinkel, sier Anne Brit Sandberg og roser Toves «lavterskeltilbud».

Tove er vant til å snakke med grupper, og samtalene rundt bordene her nede dreier seg som oftest om dagligdagse problemstillinger. Det er viktig å ha en slik arena også.

Bente Wallander (tekst og foto)

Seminar om menneskerettigheter og eldreomsorg

Høyre, Fremskrittspartiet og Nasjonalforeningen for folkehelsen inviterte i mars til fagseminar om menneskerettigheter og eldreomsorg. Seminaret ble holdt på Stortinget.

Norsk senter for menneskerettigheter kom like før jul med en rapport som viste omfattende brudd på menneskerettigheter på norske sykehjem. Gjennom media kom det også flere saker relatert til samme tema, spesielt knyttet til personer med demens.

Arrangørene ønsket å se på hvordan man kan øke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene og verdigheten til mennesker på sykehjem gjennom å tenke inn menneskerettighetsperspektivet i arbeidet.

Kristin Høgdahl, som er leder av Nasjonal institusjon ved Senter for menneskerettigheter ved Universitetet i Oslo, innledet med foredraget *Menneskerettigheter i norske sykehjem*.

Geriatr og eks-politiker Wenche Frogn Sellæg satte deretter fokus på temaet *Menneskerettigheter og demens – hva er spesielt for personer med demens*.

Lederen av Verdighetssenteret i Bergen, Stein Husebø, snakket om *Verdighet og etikk i eldreomsorgen*, mens daglig leder av Manglerudhjemmet, Hilde Helland, holdt det avsluttende innlegget om prosjektet *Meningsfulle aktiviteter på sykehjem – «Bedre hverdagsliv»* i Oslo kommune.



NØKKELEN: – Vår nøkkelsetning ble «Hva hadde du gjort om du bodde hjemme», fortalte daglig leder ved Manglerudhjemmet i Oslo, Hilde Helland.

Demensvennlige samfunn i Norge

«Arendalskonferansen fordypning» inviterte i mars til seminar om demensvennlige samfunn i Norge.

Konferansen ble holdt i samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen, Kirkens Bymisjon, Kommunesektorens organisasjons (KS) og Ergoterapeutene.

Norske kommuner har en utfordring med å finne ut hvordan man skal legge til rette for den økende gruppen av personer

med demens. Mange har de siste to årene valgfart til demenslandsbyen De Hogeweyk i Nederland. Andre henter inspirasjon i Motherwell og York. Allerede har dette ført til en oppblomstring av nye, kreative løsninger på kjente utfordringer.

I Arendal var de alle samlet, til fordypning og debatt om fremtidens demensomsorg under ledelse av Nasjonalforeningen for folkehelsens helsepolitiske rådgiver Anne Kjersti Toft.



BREDT SAMMENSATT: I panelet første dag deltok fra v.: Arlene Crockett og Sandra Shafi, begge Alzheimer Scotland, Astrid Saudland, demensrådgiver Arendal kommune, Philly Hare, Programme manager Joseph Rowtree Foundation York, England og Knut Engedal, dr. med., Nasjonalforeningen for folkehelsen. (Foto Bente Wallander)

OM MINNEARBEID:
Hilde Reier (t.v.),
Ingeborg Ryen
Holmsen og
Anne-Pernille Rudi.

Bente Wallander (tekst og foto)

Livshistoriene viser vei

Kunnskap om folks liv gir bedre omsorg. – Gjennom historien til personen med demens ligger også vår nøkkel til forståelse, sier demenskoordinator Anne-Pernille Rudi i Moss kommune.

Man kan gjøre seg kjent med pasienters livshistorie på så mange måter. Moss kommunes eksempel på et minnealbum startet med prosjektet *Livshistorien i tekst og bilder*, med frie midler-støtte fra Fylkesmannen og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmebaserte tjenester i Østfold i 2013.

Demenskoordinator Anne-Pernille Rudi drev prosjektet sammen med daværende aktivtør ved Orkerød sykehjem, Ingeborg Ryen Holmsen.

– Vi så at det kunne være nyttig å ha pasientenes livshistorier enklere tilgjengelig i avdelingene. Albumene hjelper oss til å fokusere på personene og kan således være et godt verktøy i personsentrert omsorg, sier de to.

Til nytte og glede

Prosjektarbeidet resulterte i en oppskrift på minnearbeid som alle pårørende kan bruke. Filen som beskriver veien frem til et ferdig minnealbum ligger til gratis nedlasting på Moss kommunes hjemmeside på internett.

Det var dette dokumentet Hilde Reier tok utgangspunkt i da hun skulle lage et minnealbum for sin svigerfar Egil Reier, som ble innlagt på Orkerød sykehjem med demens og senere døde der, i januar 2015.

– Arbeidet ble til stor glede, ikke bare for Egil selv i den tiden han levde med sykdommen, men også for hele vår familie, forteller Hilde Reier, og fortsetter:

– Det var hyggelig for oss pårørende å lage albumet. Gjennom arbeidet ble vi bedre kjent, både med svigerfars liv og hverandre. Svigerfar var svært stolt av boken og vi måtte kikke på den ved hvert eneste besøk. Bildene virket helt fantastisk på ham. Da språket hans ble dårligere, og han mot slutten ikke klarte å gi uttrykk for noe selv, ble det stadig viktigere for ham å ha noe å vise frem. Albumet kunne også bidra positivt når han i perioder var urolig og frustrert.

Hilde Reier skal nå lage et tilsvarende album for sin mor.

– Hun har også fått demens og er nå innlagt på Orkerød sykehjem. Jeg gleder meg til arbeidet, sier hun.

Bedre omsorg

– Det beste av alt er at slike album er til hjelp for oss som arbeider i omsorgssektoren, sier Anne-Pernille Rudi.

Arbeidet med et minnealbum er etter hennes mening ikke bare til nytte i kontakten med personer med demens. Alle pårørende til personer som får omsorg oppfordres til å gjøre det samme. Minnealbumene er et verktøy man kan ta i bruk overfor pasienter både på sykehjem, sykehus og i psykiatrien.

– Opplysningene er lagt inn etter et fast og lett forståelig system som gjør det enklere for ansatte å få tilgang til viktige hendelser i pasientens liv. Dette er ekstra fint for vikarer, som ikke kjenner pasienten så godt. For ansatte med en annen språkbakgrunn kan det også virke kontaktskapende dersom man har

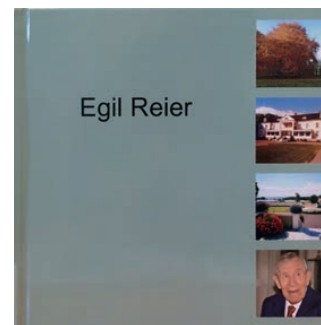
noe konkret man kan sette seg ned å bla i sammen med pasientene.

– Start tidlig

Ryktene om godt arbeid sprer seg raskt. Anne-Pernille Rudi og Ingeborg Ryen Holmsen har etter endt prosjekt blitt invitert til andre kommuner og institusjoner for å demonstrere hvordan det kan gjøres.

– Det er hyggelig. I det heftet vi har skissert er det plass til ett bilde fra hver livsepoke; 13 bilder i alt. Men albumet er ikke ment å skulle erstatte andre bilder. Det er også viktig å påbegynne arbeidet så tidlig som mulig i sykdomsutviklingen, slik at personen med demens får anledning til selv å bidra i utformingen av sin livshistorie.

Viktig er det også å huske at folk forandrer seg i et sykdomsforløp. Folk som tidligere hatet alle slags spill kan stortrives på bingokveldene. De kan like gjerne bli glade karnevalsdelaktare som plutselig å bli glad i å spise noe de inntil nå ikke har likt.



ET EKSEMPEL: Hilde Reiers album til svigerfar Egil Reier. Alt fra heftede utskrifter til gammeldagse fotoalbum kan fungere.



SKOGING: Ola Lynge (t.v.)
og Kåre Stølen.

Dugnad med demens

Personer med demens utfører en betydelig dugnadsinnsats for Sunnmøre museum. Deltakere fra dagaktivitetstilbudet ved Borgundgavlen raker, rydder, luker og gjør annet forefallende arbeid.

Tiltaket holder hus i den nær 200 år gamle Ytterlandsstova. I sommer får den aktive gjengen også sitt eget trimrom og verksted i tunets verneverdige stabbur.

De fleste deltakerne i Ålesund kommunes dagaktivitetstilbud i Borgundgavlen blir kjørt dit med bil, men den første vi møter er Ola Lynge som kommer blidt ruslende. Etter å ha vekslet noen ord utenfor, skritter vi over den høye trammen til det rødmalte laftebygget fra Valderøya. Det er en sur aprildag på Sunnmøre, inne er det lunt og godt.

Vi er ventet, varmen fra den gamle grua slår i mot oss. Ved den står deltaker Dagfinn Havnen, ergoterapeut Christian Tølsby og miljøterapeut Kate Vestre for å ønske oss velkommen.

Fristende frokost

Dagfinn Havnen pleier å komme ekstra tidlig for å ta seg av frokostforberedelsene. Den tidligere journalisten i Sunnmørsposten har også i dag pyntet og dekket

det store langbordet sammen med Kåre Stølen, som bidrar med frivillig innsats noen dager hver måned.

Sverre Søvik venter på benken i rommet utenfor. Han føler seg overbevist om at våren er kommet nå, og med med Astrid Fjørtoft som forsanger stemmer hele gjengen snart i. Sangen «No livnar det i lundar» klinger klart og sterkt.

Når applausen stilner høres tikkingen av et ur fra kjøkkenet. Fra ovnen strømmes duften av nybakte brød som skal fortæres til lunsj. Dagfinn og Kåre er allerede godt i gang med forberedelsene av en het Mulligatawny-suppe.

– Mat, ernæring og det sosiale rundt måltidene er utrolig viktig. Vi legger derfor vekt på å lage maten selv, understreker geriatriisk sykepleier Anne Karin Røsvik Roald, som sammen med geria-



VIKTIG INNHOLD:

Mat, ernæring og det sosiale rundt måltidene vektlegges. Den trivelige frokosten er en god start på dagen for brukerne av dagaktivitetstilbudet i den gamle museumsstuen.



EGEN RYDNING: Vel fremme ved utsiktspunktet som de selv har ryddet, smaker den friske frukten ekstra godt.



HUMØRSPREDER: Sverre Søvik (i kofte midt i bildet) har lært de andre hvordan man lager sopelimer. --Snart får vi et bedehus vi skal ta vare på også, sier den tidligere sløydlereren fornøyd. Her ved Reidun Rødlyng (t.v.) og Lisbeth Folkestad.

trisk sykepleier Liv Årseth Lid var initiativtaker til prosjektet. Begge er fortsatt faglig ansvarlige for tilbudet.

Trimtur hver dag

Etter frokost er det tid for tur. Den aktive gjengen går daglige turer, også vintertid i kuldegrader. En godt merket natursti starter ved museet, underveis får turgjengerne både mosjon og balanse trening. Omtrent halvveis, etter en stigning mange ville finne tung, men som ikke synes å gjøre det minste inntrykk på disse turgjengerne, kommer vi til Utsikten, plassen de selv har ryddet og nå utgjør et høydepunkt på den snaue kilometer lange turen. Fra en sekk hentes og fordeles ferdig oppskåret frukt.

Den fredelige stemningen brytes bare av ei travel sag litt lengre ned i skråningen.

Noen av mannfolkene benytter pausen til å rydde litt til, for å gjøre utsikten over Borgundfjorden enda bedre. Orme-gress fjernes, røtter klippes vekk. Når man først er ute passer det også fint å plukke med seg kvister til limeproduksjonen. Men i dag er det tirsdag; da skal hestene i Borgund dyrekubb få besøk og mat.

Store endringer

Det er lite i den hjemmekoselige Ytterlandsstova som minner om tilstanden da tilbudet startet opp, en hustrig novemberdag i 2010.

– Den første vinteren var steinkald, jeg hadde på meg syv lag med klær når jeg gikk på jobb. Det hjalp med varmegumpen som vi fikk installert. Vi har også skiftet ut oppvaskbaljen med maskin

og gått over fra Toro suppeposer til selvlaget tradisjonsmat, sier Anne Roald.

Borgundgavlen er en del av Sunnmøre museum. Inne på museets område i Ålesund står i alt 55 verneverdige bygninger. Det er alltid mye å gjøre, ute som inne.

– Museet har vært på ja-siden helt fra dag én. Vi bidrar til gjengjeld med dugnadsinnsats av omfattende karakter.

En viktig egenskap ved tilbudet er at det skal utvikle seg sammen med brukerne.

– Som da Sverre, vår tidligere sløydlerer, brakte med seg kunnskap om hvordan vi kan lage sopelimer. I dag er dette et populært og lite kostnadskreven håndverksprodukt som vi selger for å få inn litt ekstra til andre aktiviteter. Målet er å finne meningsfulle oppgaver

som den enkelte mestrer, slik at alle får en god dag. Et godt tilrettelagt miljø er alfa og omega i denne sammenheng.

Mindre væravhengig

Mannfolkene er for tiden mest opptatt av det nye stabbursverkstedet som de skal innvie i sommer. De har selv fjernet mose fra de tykke stabbursveggene som i sin tid ble flyttet fra Vigra. Nå er det ikke skinker og fenalår som skal fylle den romslige førsteetasjen.

Gjensidigestiftelsen står for det økonomiske, sammen med Ålesund og omegn demensforening. 700 000 kroner har de bevilget til prosjektet. I den ene enden blir det et moderne minitrenings-senter med apparater, balanseputer og annet gymnastikkutstyr. I den andre et verksted med høvelbenk og diverse redskaper.

– Med verkstedet på plass blir vi ikke like væravhengige, her kan vi jobbe innendørs hele året, sier Anne Roald.

Men nå står turistsesongen for tur. I fjor var passasjerene fra mange cruiseskip innom museet. Før turistene kommer trakkende opp bakkene til Sunnmøre museum skal deltakerne ved dagaktivitetstilbudet feie og pynte tunene. I fjor luket og ryddet de et urtebed.

– Det ble så fantastisk, i år skal vi ta blomsterbedene også. Spa ut den gamle jorda og legge i ny mold.

Et samarbeidsprosjekt

Planleggingen av dagaktivitetstilbudet på Borgundgavlen startet i 2010, som et samarbeidsprosjekt mellom virksomhet Aktivisering og velferdstjenester i Åle-

sund kommune, Sunnmøre museum og kommunens hjelpemiddelavdeling.

– Vi hadde erfart ved hjemmebesøk at det fantes hull i omsorgskjeden for personer med demens. Flere som falt ut av arbeidslivet med en tidlig diagnose mistet også sitt sosiale nettverk. Nå hadde de ingenting å gå til, forteller Liv Årseth Lied.

Målsettingen var å etablere et tilrettelagt tilbud for yngre personer med demens, utenom tradisjonelle dagsentre. Ved å gi deltakerne muligheter til å utføre meningsfylte aktiviteter ut fra individuelle ressurser ville man avlaste pårørende og utsette behovet for mer omfattende tjenester.

Det ble bevilget 160 000 kroner til igangsettingen. Tiltaket, som i starten var et tilbud for seks-syv deltakere, er nå et tilbud for 10-14 deltakere. Økonomien, som i begynnelsen var stram, ble bedre etter at tiltaket fikk midler fra Helse- og sosialdepartementet.

Fysisk aktive

– Tilbudet skulle opprinnelig gis til yngre personer med demens. Med støtte fra professor Kirsti Skovdahls forskning fra 2010-2012, vektlegger vi i dag interesser og funksjonsnivå mer enn alder.

Deltakerne må kunne nyttiggjøre seg aktivitetene og bidra på hver sine områder. De må også like å være ute, tørre å fryse litt, og være fleksible, for opplegget vårt endrer seg fra dag til dag. Dette er en ny lærdom for oss også, at det går an å jobbe slik, utenfor institusjon. En utfordring og viktig oppgave for Anne og meg, har vært å sikre fagligheten i tilbudet samt gi trygghet, sier Liv Årseth Lied.



TENKER HELHET: Virksomhetsleder Ida Lindstad Skotheim.

Etter at prosjektet ble avsluttet i 2013 ble driften trukket inn i de ordinære budsjettene. 10-15 personer har nå et tilbud på museet tre dager i uken. Den fjerde dagen er det tur og aktivitetsgruppe for hjemmeboende, da spises lunsjen ute.

– Vi ser etter det friske og genuine i folk, det er den bærende ideen for hele virksomheten. Mestring er viktig, vi må avpasse aktivitetene etter hvem som er her. Alle gjør litt. Bærplucking, sylting og vedarbeid er populære aktiviteter. Vi har vært heldige og fått flere dyktige frivillige hjelpere inn i tiltaket, vi har i dag fem personer som kommer for å hjelpe oss. Men frivillige trenger også oppfølging og opplæring, på dette området er vi så heldige at vi får hjelp fra Frivilligsentralen. De er en viktig del av samarbeidet vårt, understreker virksomhetsleder Ida Lindstad Skotheim.



GJENBRUK: – Her skal vi åpne treningsrom og verksted, forteller Kate Vestre.



GODT TRENT: Det er tydelig at vedhugsten og turgången har gitt resultater. Det høres ikke ett andpustent gisp fra den aktive gjengen som her nærmer seg toppen.

Landskonferansen i alderspsykiatri 2015

Påvirket tilhørerne med rusforskning



POULÆRT: Godt over 200 deltakere fant veien til Ålesund og årets landskonferanse i alderspsykiatri.

Hva vet vi i dag om eldre og rus?
Temaet ble satt under lupen av flere under årets landskonferanse i Ålesund, men svaret ble det samme: Kroppen vår har heller ikke i eldre år godt av for mye alkohol.

– Dersom du er ute etter en helseeffekt ved bruk av alkohol må flere forhold være på plass. Du må aldri innta mer enn en til to enheter samtidig, ikke drikke mer enn syv enheter per uke, ha høy inntekt og utdanning, trene fysisk flere ganger per uke og leve på middelhavsdiett, opplyste psykologspesialist Terje Knutheim, KoRus-Sør, Borgestadklinikken, Skien.

– Dette til tross drikkes det mer enn noensinne, fortsatte seniorforsker Anne Sofie Helvik fra Nasjonal kompetanse-tjeneste for aldring og helse.

Drickemønsteret er i endring, men menn drikker fortsatt mer enn kvinner. Avstanden krymper med økende alder for begge kjønn. Bostedet spiller en

rolle, økende tettbebyggdhet gir relativt stor økning alkoholkonsum. Alkoholforbruket påvirkes også av sosial status, utdanningsnivå og bosted.

Helvik forklarte hvorfor alkoholforbruket var et tema for konferansen.

– Sammenhengen mellom alkohol, rus og psykiske lidelser er kjent og sikkert. Vi vet ikke hva som kommer først og sist ved sen debut. Begge deler bør behandles, og det bør skje samtidig.

Eldre har andre utfordringer knyttet til alkohol og medikamentbruk enn yngre, deriblant forhøyet risiko for somatisk sykdom, død, selvmord og svekkede funksjoner.

– Studier viser samtidig at eldre er mer kapable med å motta behandling og

resultatet av behandling er like god og endog bedre enn for yngre personer, fortalte Terje Knutheim.

Dersom behandlingen skal lykkes må den tilpasses den eldre personen, med ofte og korte sesjoner og repetisjoner under samtale. Personalet må også være interessert i og ha erfaring fra arbeid med eldre.

Medikamentbruk

Hovedtemaer under konferansen var Samhandling, Aspekter ved aldring og livets sluttphase, Aktuell behandling ved

alderspsykiatriske lidelser samt Alderspsykiatri og forskning.

Flere talere kom inn på eldres ofte bekymringsfulle inntak av vanedannende medikamenter.

Anne Sofie Helvik snakket blant annet om langvarig bruk av benzodiazepiner. Norge ligger blant de land med den laveste prevalensen av slik bruk.

– Fire av 10 deltakere i HUNT 3 som er 60 år eller mer har likevel fått forskrevet benzodiazepiner i perioden 2004 til 2010. Man ser at andelen kroniske misbrukere øker med økende alder og at

kvinner bruker benzodiazepiner i større grad enn menn.

– Dette er det gjort lite på internasjonalt og ikke noe i Norge, men Aldring og helse har nå fått midler til å se på prevalens av risikofylt alkoholforbruk, kombinasjons bruk, risikofaktorer for slik bruk og konsekvenser av slik bruk for bruk av helsetjenester og død. Dette arbeidet gleder vi oss til å ta fatt på, avsluttet hun.



I ENDRING: Fagsjef alderspsykiatri, Birger Lillesveen fra Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse ledet diskusjonen om konferansens fremtid.



PRIS: Prosjektleder Anne Starheim og overlege Dymitr Melchisedekow, Alderspsykiatrisk seksjon, Ålesund sykehus, presenterer Virkedagsmodellen. Paret fikk senere publikums posterpris.

Posterprisene

Fag- og utviklingskoordinator Kristin Aas Nordin fra SESAM delte ut årets posterpriser. Den første gikk til Astrid Liv Mina Bergem og Nikias Siafarikas, som hadde presentert GENIDEMs tvillingstudie om arvelighet ved Alzheimers sykdom og andre demensformer.

Fra fagjuryen siterte Nordin: «Vinnerposteren har stor faglig aktualitet, den bygger på et stort materiale basert på systematikk av data over tid fra solide norske registre, konklusjonen er presis og forskningen har betydning for vårt arbeid.»

– Det er mange som synes at det vi har funnet ut om Alzheimers sykdom og arvelighet er dystert. Men nå jobber vi med forebyggende tiltak. Og på dette området er det heldigvis mye som kan gjøres, sa Astrid Liv Mina Bergem.

Overlege Dymitr Melchisedekow og prosjektleiar Anne Starheim mottok publikumsprisen for sin poster Samhandling i praksis, om et samarbeidsprosjekt mellom Alderspsykiatrisk seksjon ved Ålesund sykehus og Herøy kommune. Les mer om Samhandling i praksis i D&A 4-2014.



FAGPRISEN: Fag- og administrativ koordinator Kristin Aas Nordin fra SESAM deler ut fagkomiteens pris til Nikias Siafarikas og Astrid Liv Mina Bergem. (Foto: Bente Wallander)



ENGASJEMENT: Hele orkesteret med musikerne David Stewart (t.v. foran) og Elisabeth Svanes fra BFO. Bakerst står Torbjørn Eide (BFO) med kontrabass. Foran til høyre prosjektleder Rune Hannisdal, også fra BFO. Alle blir dirigert med stor entusiasme av Tim Steiner.

Ragnhild M. Eidem Krüger (tekst og foto)

Musikk for minnet

Prosjektet *Musikk for minnet* holdt sin avslutningskonsert i Grieghallen 20. mars.

At brorparten av de cirka 60 dyktige og entusiastiske deltakerne på scenen har en demenssykdom, ga arrangementet en ekstra dimensjon.

Beboere, dagsenterbrukere og andre medvirkende ved Bergen Røde Kors Sykehjem og Lynghaug aktivitetssenter for yngre personer med demens sto for en times humørfyllt og godt utført program. De hadde trygg støtte fra de øvrige involverte, og stemningen var storartet. Prosjektleder Rune Hannisdal smilte bredt etterpå.

– Det var tydelig at både de på scenen og publikum trivdes. Enkelte pårørende var litt skeptiske til prosjektet i starten, men nå uttrykker de glede for at deres deltaker har vært med på noe så positivt innenfor gode, trygge rammer.

Pionerprosjekt

Musikk for minnet er et pionerprosjekt der personer med demens synger, spiller

og danser i samspill med profesjonelle musikere fra Bergen Filharmoniske Orkester (BFO) og musikkterapistudenter og veiledere fra Griegakademiet. Bak konserten ligger det åtte øvingsøkter à to og en halv time sammen med musikkalsk leder, Tim Steiner fra England og de andre støttespillerne. Steiner er komponist og pedagog og har bygget opp formidlingsprogrammer for blant andre The Royal Philharmonic Orchestra. Prosjektet i Bergen, som bygger videre på allerede eksisterende aktivitet, startet i 2013. Avslutningskonserten var den tredje i rekken i Bergens storstue med et lydhørt publikum til stede.

Glede, mestring og trivsel er stikkord for prosjektet. Programmet i Grieghallen besto av sang, bevegelse, dans og en

stor porsjon glede – alt innenfor en ramme av respekt og ivaretagelse. Her ble «Ola var fra Sandefjord» fremført med



INSPIRASJON: Instruktør Tim Steiner ga deltakerne inspirasjon, trygghet og følelse av samhörighet.

fynd og klem, og sjelden er en full sjømann blitt besunget med så mye entusiasme som i «What shall we do with the drunken sailor». Rytmeinstrumenter ble kyndig håndtert av deltakerne, og de seks musikerne fra BFO sto for det øvrige tonefølget på orkesterets instrumenter.

– Vi lager konserten sammen, og at deltakerne bruker instrumenter i tillegg til sang, mener vi er bra, sier Rune Hannisdal som er orkesterpedagog i BFO.

– Rytmene og instrumentene er med på å skape våre versjoner av allerede kjente og kjære sanger. Men ingen trenger å kunne spille et instrument for å bli med i prosjektet – det er ingen terskler her. Det er nok at de har lyst til å bli med.

Ildsjeler i Nasjonalforeningen for folkehelsen og ved Bergen Røde Kors Sykehjem og Lynghaug aktivitetssenter har vært uunnværlige medspillere. Sparebanken Vest har gitt finansiell

støtte, og Nasjonalforeningen for folkehelsen har bidradd både økonomisk og praktisk. Rune Hannisdal, musikerne og flere med dem håper det blir flere slike prosjekter fremover.

– Gjennom de tre årene vi har holdt på har vi bygget kompetanse som vi gjerne vil utvikle videre. Vi ønsker også å dele dette med andre orkestre som kan sette i gang lignende aktivitet rundt om i landet. For min egen del betyr dette ekstra meningsfulle dager på jobb. Det oppleves riktig og viktig, og jeg blir personlig berørt av kontakten med deltakerne, pårørende og de andre støtte-spillerne. Dette bekrefter at musikk og minne hører tett sammen. Vi har sett mye livsglede og hatt mange fine stunder sammen gjennom prosessen.



STIL OG RYTM: En vakker vals av Sjostakovitsj fikk dansefoten i gang.



Emma Healey
Elizabeth er borte
Skjønnlitteratur/krim
Cappelen Damm, 2015

Elizabeth er borte – en velskrevet, varm og tankevekkende bok

Hovedpersonen i boka heter Maud, hun er 82 år og har trolig Alzheimers sykdom. Historien fortelles med Mauds stemme, og handlingen foregår inni Mauds hode. Hun glemmer så mye at hun skriver ned selv de enkleste ting på lapper som hun stadig leter etter. Hjelmehjelpen kjenner hun ikke igjen og bare unntaksvis kjenner hun igjen barnebarnet. Selv datteren, som besøker henne daglig, blir i blant oppfattet som en fremmed.

Maud blir besatt av tanken om at bestevenninnen er forsvunnet, hvor er Elizabeth? En annen traumatisk forsvinning dukker opp parallelt, hva skjedde med Mauds nyligste søster som forsvant sporløst for 70 år siden? Maud leter desperat etter svar, men innimellom husker hun ikke hva hun egentlig leter etter. Nåtid og fortid går over i hverandre. Fortellingen flyter mellom i dag og mellomkrigstiden, da søsteren Sukey forsvant. Fortiden kommer tilbake, levende og nær.

Maud surrer og glemmer og roter seg bort. Men i alt det tragiske som skjer, er Maud full av humor, selvironi og sjarm. Forfatteren er bare 29 år gammel, og måten hun skildrer en gammel kvinne med en demenssykdom på er imponerende. Maud framstilles aldri som patetisk, men som en aldrende person

med tårer, latter, sorg og sinne. Emma Healey sier i et intervju at bestemødrene er inspirasjon til boka, og hun tilegner boka til dem begge.

Det har vært diskutert hvilken genre denne boka tilhører, er det en kriminalroman eller representerer den genren som i de siste årene har vært opptatt av å beskrive hjernens innvirkning på handlinger? Romanens hovedperson er verken en sliten etterforsker eller en skarp politidame, men pleietrengende Maud som ikke husker hva hun har spist til frokost, eller om hun har spist frokost. Men hun er helt sikker på at venninnen er borte, og at søsteren forsvant helt uforklarlig.

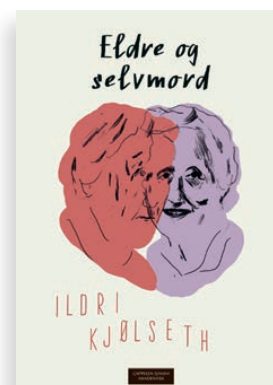
Handlingen foregår i en småby utenfor London. Mange av stedene Maud oppsøker kjenner hun igjen fra ungdomstiden i mellomkrigstiden. Mens nåtiden er tåkete, bringes tenårene i foreldrehjemmet med rasjonering og knapphet på goder, fram i hukommelsen med stor tydelighet.

Mauds humor og refleksjoner preger boka og er vel verdt å merke seg. For eksempel beskrives hjelpere som kommer inn og overtar, ofte på egne premisser og setter Maud ut av spill. Maud føler seg som ei lita skolejente, hun vil fortelle noe, men mister tråden. Maud er glemsk. Hun lager te, men glemmer å drikke den, hun går til butikken, men glemmer hva hun skal der og ender opp med noen bokser ferskener, som hun i sin tid var sendt ut for å kjøpe for sin mor. En tidlig morgen, etter en nokså forvirret spasertur ute, fyller hun badekaret før hjelpere inntar huset: *Gamle skal ikke bade, vi skal dusje mens vi sitter på en liten krakk. Men du kan ikke tenke når du må balansere på en plastikkkrakk mens vannet strømmer over hodet på deg. Og jeg må tenke.* Opplevelsen av at omgivelsene går i oppløsning, at hun ikke forstår hva som skjer når hun flytter inn hos datteren og at hun selv mister grepet, skildres mesterlig – som når Maud skal dekke bordet og ikke husker hvilken side gaffel og kniv skal ligge på: *Det er jo så banalt – å vite hvor bestikket skal legges – men jeg føler det som jeg har strøket til en viktig prøve. En liten bit av meg er borte. Jeg vil aldri dekke bordet igjen.*

Boka gir innblikk i kognitiv svikt, angst, agnosi og handlingssvikt og

pårørendes fortvilelse og mange etiske dilemma.

Omtalt av Aase-Marit Nygård



Ildri Kjølsæth
Eldre og selvmord
Faglitteratur
Cappelen Damm, 2014

Eldre og selvmord – fakta, varselsignaler, forebygging og ny forskning

«Å forebygge selvmord blant eldre handler om å skape et samfunn som det er godt å bli gammel i», sier forfatter og spesialist i geriatri, dr.med. Ildri Kjølsæth. Utgangspunktet for boken er forfatterens doktorgradsarbeid om selvmord blant eldre i Norge; *Control in life – and in death. An understanding of suicide among the elderly.*

Målgruppen er studenter innen helse- og sosialfagene, men Ildri Kjølsæths presentasjon av dette fortsatt så tabubelagte temaet vil være nyttig lesning for alle som arbeider med eldre.

Sentralt i boka står spørsmålene: Bekrefter selvmordene blant eldre at nordmenn har grunn til å frykte alderdommen? Er det mulig å forstå selvmord? Hvilke signaler kan være varsel om selvmord? Hvordan kan jeg hjelpe når jeg tror det er selvmordsfare? samt Har vi lettere for å forstå at eldre mennesker tar livet sitt enn at yngre gjør det?

Forfatteren arbeider som overlege ved Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging region Øst (RVTS Øst).

Omtalt av Bente Wallander



Laila Sognnæs Østhagen
I morgen forsvinner jeg litt til
Skjønnlitteratur
Forlaget Oktober, 2014

I morgen forsvinner jeg litt til

– skrevet med varme, respekt og en god porsjon humor

Signe er 80 år og opplever verden og seg selv i fragmenter – der lite gir mening og alt går i oppløsning. Hun begynner på nytt og på nytt. Skal hjem og passe moren sin, skal hjem og klippe plenen. Minnene kommer i bruddstykker og fortid og nåtid går om hverandre i en salig blanding.

Østhagen levendegjør det som er forvirrende og skremmende i Signes liv. Tilværelsen styres av en egen, indre logikk, der lukter og synsinntrykk trigger tanker og utsagn. Helt logisk innenfor Signes rammer, der vi som lesere også befinner oss. Men ofte uforståelig for omverdenen.

Gjennom flyktige tankesprang får vi glimt av Signes egentlige personlighet. En frisk, yngre kvinne som kledte seg pertentlig, og aldri ville drømme om å iføre seg det rutete og flekkete skjortet hun har på seg nå og som grøsser over helsearbeidernes stygge, men fornuftige fottøy. Det er en pliktoppfyllende og omsorgsfull kvinne som er i ferd med å forsvinne.

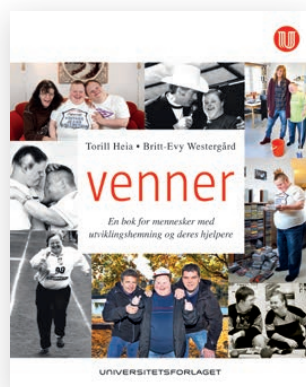
Det er lett å være kritisk til de som skal hjelpe, men Sognnæs Østhagen balanserer godt. De fleste ansatte blir beskrevet som både forståelsesfulle og empatiske. Men vi får også innsikt i hvorfor alle de som skal hjelpe ikke alltid kan

vite hvor Signe befinner seg i tid og rom til enhver tid, eller hvorfor hun reagerer som hun gjør.

Dette er en fin liten roman om hvordan det kan oppleves å leve med demens, skrevet med varme, respekt og en god porsjon humor. Bokens språk reflekterer Signes flyktige tanker, men uten å vanskeliggjøre. Romanen framstår derfor som enkelt tilgjengelig, med en lett språkføring, for en stor del bestående av tanker og dialoger.

Det er mange som opplever demenssykdom på nært hold, og det er mange som føler behov for å forstå hva som skjer med deres nærmeste. Denne boken kan være til god hjelp. Før pleide jeg alltid å anbefale «Alltid Alice» av Lisa Genova, men det kjennes godt å ha et alternativ som beskriver den norske hverdagen og virkeligheten.

Omtalt av Brit Døvre Larssen, Biblioteksjef, Sande kommune



Torill Heia og Britt-Evy Westergård
venner
Faglitteratur
Universitetsforlaget, 2014

venner

– en bok for mennesker med utviklingshemning og deres hjelpere

Venner er viktige. Venner er en del av livet. Venner gjør ting sammen. Venner deler minner. Venner forteller deg hvem du er. Venner er kjærlighet.

Slik presenterer Torill Heia og Britt-Evy Westergård boken venner. Torill har

Downs syndrom, i boken deler hun egne erfaringer fra et liv med funksjonshemning. Sammen tar de to forfatterne opp ulike aspekter ved temaet vennskap, som venn eller kjæreste, personalet som venner, venner i idrett og politikk samt venner som blir syke og dør. Som bakgrunn for boken skriver Torill at: «Jeg er åpen for livet, da lærer jeg nye ting og har nye opplevelser. Det er det som er livet. Det er det gode livet for meg. Jeg liker at livet er en fest. Da er det lettere å ha dager som er vanskelige.»

Men Torill setter også ord på sorgen og savnet hun føler etter at hennes beste venn gjennom livet, Jan Helge, fikk demens og døde bare 53 år gammel. Forfatterens sterke følelser rører og berører. «Jeg ville ikke klart å takle den sorgen aleine. Jeg må ha andre rundt meg, ellers blir det for tøft for meg», forteller hun.

Boken er skrevet for mennesker som har en utviklingshemning og deres hjelpere. Boken kan leses for egen glede eller for å ha et utgangspunkt for samtaler rundt temaene forfatterne har tatt opp. Forfatterne sier at målet med boken er å stimulere leserne til å investere i vennskap som varer. Forfatterne har laget spørsmål som kan brukes for å snakke mer om temaene. Spørsmålene er tilgjengelig på www.universitetsforlaget.no

Boken, som er skrevet med enkel tekst og utgitt med støtte fra Leser søker bok, har i 2015 mottatt Ordknappprisen.

Omtalt av Bente Wallander

Fornøyde D&A-lesere

Da sjansen til å mene noe om fagtidsskriftet Demens & Alderspsykiatri bød seg, valgte leserundersøkelsens deltakere å ytre seg positivt.

– Som utgiver av et fagblad søker vi jo hele tiden å utvikle produktet, slik at man både kan holde på de leserne man har og rekrutterer nye, sier tidsskriftets redaktør Bente Wallander.

Et flertall av de som deltok i leserundersøkelsen oppga at arbeidsplassen abonnerer på D&A og at de leser tidsskriftet jevnlig. Leseinteressen er i hovedsak knyttet til eget arbeid, men pårørende til personer med demens følger også med på den faglige utviklingen.

Blant innholdselementene er det fagartiklene og reportasjene fra praksis som

er mest populære, begge skåret 5,33 av 6 mulige poeng. Aktuelle nyheter fra fagfeltene treffer også bra, mens interessen for å lese om konferanser som har vært synes å være noe mindre.

Enkelte håper av D&A skulle satse enda mere på formidling av stoff via våre nettsider www.demensogalderspsykiatri.no. Andre foreslo flere saker fra «gras-rot», om beste praksis på ulike felt og kommentarstoff. Vi har allerede i denne utgaven av bladet forsøkt å følge flere av disse rådene.

– Vi tar med oss alle gode råd og tips i vårt videre arbeid og håper at tidsskriftets lesere vil være like positive i sin omtale av D&A til kolleger og andre med interesse for tidsskriftets fagfelt. Avslutningsvis er det kanskje denne kommentaren fra en av deltakerne som best oppsummerer resultatene av undersøkelsen: «Jeg synes faktisk at det er bra!», sier Bente Wallander.

Fem av deltakerne i D&As leserundersøkelse får nå en boksjekk fra Forlaget Aldring og helse som takk. Blant de uttrukne finner vi Eva Lianes, Bjørg Lid Skodje og Liv Herder, som alle har rukket å svare at de ser frem til å motta sine premier.



TRAKK VINNERE: Fem deltakere i D&As leserundersøkelse ble trukket ut som vinnere av en boksjekk fra Forlaget Aldring og helse. (Foto: Martin Lundsvoll)



Møteplass for mestring Demens midt i livet

Kurs for yngre personer med demens og deres pårørende

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.

Parene betaler en egenandel på 1 000 kr. for kurs og opphold. Reiseutgifter med billigste transportmiddel utover 1 000 kr. dekkes. Samlingene ledes av fagansvarlig helsepersonell i samarbeid med frivillige fra Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Opplys gjerne om tilbudet til aktuelle deltakere!

Datoer og steder for Møteplass for mestring 2015 blir lagt ut på www.aldringoghelse.no og www.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.



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

FAGSKOLE

**To studietilbud for helsefagarbeidere,
omsorgsarbeidere, hjelpepleiere og aktivitører**

DEMENSOMSORG OG ALDERSPSYKIATRI



UTVIKLINGSHEMNING OG ALDRING

FOR BEGGE STUDIETILBUD

Ukessamlinger og læring på nett



Praksis – mulig på egen arbeidsplass



Deltidsutdanning over 2 år, tilsvarende 1 år på fulltid



60 fagskolepoeng og graden Vocational Diploma

Nytt opptak starter 1. mars 2016

Studiet starter i august

Informasjon, opptakskriterier og søknadsskjema finnes på nettsidene våre:

www.aldringoghelse.no



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste



KURS & KONFERANSER 2015

Kursperiode	Tema	Sted	Påmeldingsfrist
Demens			
1. juni*	Konferanse – Hjemmebaserte tjenester til personer med demens	Stjørdal	28. april 2015
2. juni*	Tilrettelagte dagaktivitetstilbud for personer med demens	Stjørdal	28. april 2015
2. sept.*	GPS – økt livskvalitet for personer med demens?	Oslo	20. juni 2015
8. sept.**	Konferanse – Demensteam	Oslo	21. juni 2015
8. sept.***	Lær å bruke DCM	Stjørdal	21. juni 2015
22. sept.***	Basiskurs i demens	Inderøy	23. aug. 2015
12. okt.*	Utredning av demens i kommunehelsetjenesten	Stjørdal	9. sept. 2015
13. okt.*	Etablering og organisering av demensteam	Stjørdal	9. sept. 2015
19. okt.*	Kognitiv svikt og demens hos personer med innvandrerbakgrunn	Oslo	17. sept. 2015
16. nov.**	Erfaringskonferanse – Dagaktivitetstilbud	Oslo	14. okt. 2015
1. des.**	Demensdagene 2015	Oslo	1. nov. 2015

Alderspsykiatri

21. sept.**	Legekurs – Alderspsykiatri i praksis	Oslo	19. aug. 2015
12. nov.*	Rus og legemiddelavhengighet hos eldre	Oslo	12. okt. 2015
17. nov*	Alderspsykiatrisk forskningsnettverk	Oslo	17. okt. 2015

Utviklingshemning og aldring

22. sept.***	Basiskurs – Aldring hos personer med utviklingshemning	Stavanger	22. aug. 2015
20. okt.*	Temakonferanse – Utviklingshemning og psykiske lidelser i eldre år	Oslo	18. sept. 2015

Funksjonshemning og aldring

21. okt.*	Temakonferanse - Psykiske plager og lidelser ved aldring for personer med funksjonshemning	Oslo	18. sept. 2015
-----------	--	------	----------------

Geriatrici

26. okt.**	Legekurs – Legemiddelbruk	Oslo	22. sept. 2015
------------	---------------------------	------	----------------

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.

Med forbehold om endringer – følg med på vår hjemmeside under fanen «kurs og konferanser» der program og lenke for påmelding legges ut.

www.aldringoghelse.no



QR Code direkte til kurssiden

DEMENS DAGENE 2015

Vi har en plan

Oslo, 1. og 2. desember

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



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

MERK AV I
KALENDEREN!

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

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 eller ta kontakt med redaktør/redaksjon.

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

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

Vitenskapelig redaksjon:

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

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

Geir Selbæk, professor ph.d. forskningsleder

Knut Engedal, professor dr.med.

Vitenskapelige artikler sendes til
fagredaktor@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

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



PRESSENS
FAGLIGE UTVALG

Vi arbeider etter
Vær Varsom-plakatens regler
for god presseskikk.

Den som mener seg rammet av
urettmessig publisering, oppfordres til
å ta kontakt med redaksjonen.
Pressens Faglige Utvalg (PFU) er et
klageorgan oppnevnt av Norsk
Presseforbund som behandler klager
mot mediene i presseetiske spørsmål.

Adresse: Rådhusgt 17
Postboks 46 Sentrum
0101 Oslo

E-post: pfu@presse.no

presse.no



Demens & Alderspsykiatri

Tidsskriftet Demens & Alderspsykiatri er 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. 800,- per år.

Bestill tidsskriftet

e-post
tidsskriftet@aldringoghelse.no

telefon 22 11 77 28

eller skriv til:

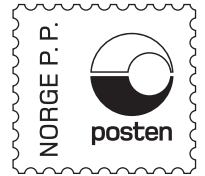
Aldring og helse

Oslo universitetssykehus HF, Ullevål
Bygning 20, 4. etg.
0450 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

Aldring og helse

Oslo universitetssykehus HF, Ullevål
Bygn. 20
0450 Oslo
Tlf: 22 11 77 28 / 33 34 19 50

Aldring og helse

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