

demens & alderspsykiatri

AKTUELT – Vil styrke eldres helse

FAG – Hvem ser barna?

YTRING – De vonde øyeblikkene



TEMA:
Depresjon i eldre år

Psykisk eldrehelse må styrkes



Bente Wallander
redaktør

bente.wallander@
aldringoghelse.no

Temaet for denne utgaven av D&A er depresjon, i følge Verdens helseorganisasjon (WHO) en av de ledende årsaker til sykdom i verden. Depresjon forbindes ikke bare med personlig lidelse og tap av livskvalitet, den påfører også den enkelte og samfunnet store økonomiske omkostninger.

Mange får depresjon tidlig i livet, mindre oppmerksomhet er viet dem som først møter mørket i eldre år. At de aktuelle hjelperne, helse- og omsorgspersonell, selv har for lite kunnskap forverrer bildet. Mange eldre får ikke den behandling og/eller omsorg de skulle hatt og det er store kvalitetsforskjeller i tjenester som tilbys.

Det finnes, som denne utgavens tema-artikler viser, flere veier ut av en depresjon. Og tiltakene overfor eldre med depresjon må være mer enn kun tabletter eller samtaleterapi. Kompetente helsearbeidere må til for å hjelpe folk gjennom deres psykiske kriser.

Dette har også regjeringen innsett. Målet med deres nye eldrereform er å gi flest mulig av oss muligheter til, slik reformens navn antyder; å *Leve hele livet*. Det er å håpe at politikerne i denne sammenheng innser behovet for å styrke også eldres psykiske helse.

Bente Wallander



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

LAYOUT/TRYKK
BK Grafisk, Sandefjord (TAa)

Det redaksjonelle arbeidet er
avsluttet 29. mai 2017.



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

DEMENS & ALDERSPSYKIATRI
utkommer fire ganger i året.

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

Illustrasjon forside:
Headspin Productions



AKTUELT

- 4** Folk i fokus: Wilhelmina Hoffman
Direktør for Svenskt Demenscentrum
- 8** Demens en hovedutfordring i ny hjernehelsestrategi
- 9** D&A som vitenskapelig tidsskrift
- 10** Foreslår plan for styrking av eldres psykiske helse
- 11** TEMA DEPRESJON
Når livet går i svart
- 13** Eldre deprimerte og ECT-behandling:
– Bråvåkne pasienter blir ikke friske
- 14** Ser håp i lyset og mening i det mørke
Intervju av person med alvorlig depresjon
- 16** Flere disputaser om behandling av
psykisk sykdom hos eldre
- 17** Ikke lett å innføre nye retningslinjer for behandling
- 20** Internasjonal kongress i Oslo
- 22** Nesevise øyeblikk
Reportasje fra Lørenskog sykehjem
- 29** Nytt opplæringsprogram i musikkbasert miljøbehandling
- 30** «These days I just walk with you»
Kristine Kroder Schille, fotodokumentar

NYE BØKER

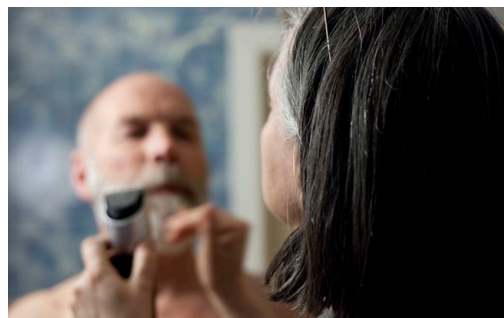
- 28** Alderspsykiatri og omsorgsarbeid, Psykiatri for helse- og
sosialfagutdanningene, Fars stemme

YTRING

- 18** ABC Psykisk sykdom hos eldre:
– mulighet for å styrke kompetanse og samhandling
Anna Jerkovics og Allan Øvereng
- 21** De vonde øyeblikkene
Lisbet Rugtvedt, Nasjonalforeningen for folkehelsen

FAG

- 33** «Hvem ser meg?»
Trine Nordby Skjellestad
- 36** Behandlingsforløp ved NKS Olaviken alderspsykiatriske
sykehus – Hva gjør vi?
*Eivind Haga Ronold, Kathe Elise Skagen, Else Saksvik Wilhemsen
og Herborg Vatnelid*



I sentrum for svensk demensarbeid

TEKST: Bente Wallander

Wilhelmina Hoffman er operativ; hvis noe ikke fungerer vil hun løse det raskt. Som positivist tror hun at det meste er mulig, og hun liker «å bjuda på sig själv». Det er gode egenskaper å ha for en overlege, som i tillegg er rektor, virksomhetssjef og direktør for Svenskt Demenscentrum.

Wilhelmina Hoffman så dagens lys to mil nord for Stockholm, og har bodd i eller ved den svenske hovedstaden hele sitt liv. 18 år gammel flyttet hun inn til byen, der hun ville studere medisin på Karolinska Universitetssjukhuset. Men Wilhelminas engasjement for eldre oppsto lenge før det.

– Min fascinasjon for geriatri startet da jeg som ung jobbet som pleieassistent på et sykehjem. Der var man nesten baret opptatt av pasientenes fordøyelse, det hørte til våre oppgaver å «tømme» deres mager hver tirsdag og torsdag. Arbeidet vi utførte var ikke omsorg. Kanskje var jeg uheldig og fikk jobb på feil sted? Det var kanskje ikke slik i all langtidsomsorg, eller var det meg, som ikke forsto rutinene? Heldigvis at jeg hadde denne opplevelsen, kan man vel si i dag. Jeg forsto raskt at mye kunne gjøres for å forbedre omsorgen for eldre og personer med demens.

Wilhelmina tok tidlig ansvar for endring der hun så det var nødvendig.

– Jeg var for dyreskyttelse og mot plagsomme dyreforsøk, så da jeg i studietiden ble bedt om å gjøre laboratorieforsøk på dyr nektet jeg. Etter å ha sloss hardt for mitt standpunkt fikk jeg lov til å benytte kalvelever i stedet. Det var for meg helt utenkelig at dyr skulle drepes bare for at jeg skulle forstå noe.

Demens og hørsel

Wilhelminas interesse for eldreomsorg til tross; det var ikke mye hun og de andre medisinstudentene lærte om dette i grunnutdanningen. Dette ville hun gjøre noe med. Som ung nyutdannet fikk hun jobb som underlege på

Sabbatsberg sykehus i Stockholms indre område Vasastan, tilhørende bydelen Norrmalm.

– Jeg visste at professor Bengt Winblad holdt til der, så jeg oppsøkte han og fortalte at jeg hadde lyst til å forske. «På hvilket område?», spurte han. «Alle», svarte jeg. Da Winblad lurte på om jeg kunne tenke meg demensforskning, sa jeg ja, uten å vite til hva. Dermed kom jeg med i det store epidemiologiske Kungsholm-prosjektet, der vi besøkte og intervjuet alle som var 75 år eller eldre i bydelen Kungsholmen.

Wilhelminas oppgave var å gjennomføre legeundersøkelsene der folk befant seg, om de var hjemme, på sykehjem eller sykehus.

– Det var et svært lærerikt arbeid, vi møtte jo mange friske gamle også. Med legevesken under armen banket vi på for å ta status, kognitive tester, blodtrykk med mer, forteller hun.

Forsk som forsker var Wilhelmina særlig interessert i hørselsproblematikk, hun tok blant annet med seg et ortoskop for å arbeide med sitt eget lille prosjekt i det store. Artikkelen hun skrev på bakgrunn av dette, viste hvor vanlig det var med hørselsproblemer blant eldre, og at mange hadde nedsatt hørsel på grunn av vokspopper. Funnene fikk stor oppmerksomhet, og førte blant annet til at ventetiden på hørselsutredning sank fra to til under ett år.

Da Wilhelmina var ferdig med sin spesialisering ved Sabbatsberg sykehus hadde hun lyst til å etablere en hukommelsesklinikk. Nok en gang spurte hun om tillatelse - og fikk ja.

– Takk bare bra, sa jeg, uten en gang å vite om det fulgte penger med det positive svaret. Og så gikk jeg i gang med arbeidet. Jeg var nok litt naiv på den tiden, og det var bra.

Navn
Wilhelmina Hoffman

Alder
57 år

Familie
Mann og to voksne barn
(30 og 33 år)

Bakgrunn
Geriatr
Direktør for Svenskt
Demenscentrum og
rektor/virksomhetssjef ved
Silviahemmet, Stockholm

Bosted
Leilighet i Vasastaden,
Stockholm



*Wilhelmina beskriver
Svenskt Demenscentrum
som en møteplass og
motor med formål å
skape bedre pleie og
omsorg for personer
med demens.*
Foto: Martin Lundsvoll

Demensteam Norrmalm

Teamet hun etablerte i 1999 besto av henne selv, en sykepleier og en arbeidsterapeut fra bydelens dagrehabiliteringstilbud. Demensgruppen i Norrmalm, som de ble kalt, fikk snart tillatelse til å sende ut informasjon til folk om pårørendestøtte.

– Det var nesten rart, vi møtte overhodet ingen vanskeligheter, sier Wilhelmina mange år senere.

Området de skulle betjene, Norrmalm, hadde 55 000 innbyggere. Snart ble Østermalm også inkludert, med en populasjon på 70 000, hvorav ganske mange eldre.

– Vår oppgave var å sørge for at folk ikke skulle falle mellom noen stoler. Tilbudet vi ga ble etter hvert kjempebra, og mange pasienter og pårørende sa seg svært fornøyd. Ikke minst med å bli oppsøkt hjemme. Wilhelmina resonerte slik: «Vi er friske og raske, så vi kan ta turen hjem til pasientene.» Dette i motsetning til datidas tradisjon med to ukers innleggelse på sykehus i forbindelse med demensutredning.

Wilhelmina fikk mange reaksjoner på grunn av dette.

– Jeg var jo ung og det jeg hadde funnet på virket kanskje uprofesjonelt? Men jeg trodde på løsningen, og det gikk fint å koble seg opp mot hjemmetjenesten. Ikke skjedde det noe merkelig heller, men en slik løsning ville nok blitt oppfattet som mere normal i dag. For oss som jobbet der var det alt i alt en kjempeartig tid. Vi sykla hjem til folk som hadde henvendt seg til oss, ofte medbragt inkontinensbleier.

Fikk ringvirkninger

Wilhelmina ble så kontaktet av Stockholms Sjukhem på Kungsholmen. Sykehjemmet er eid av en stor privat stiftelse, som ønsket å starte hukommelsesklinikk. Det skulle etableres et team bestående av lege, sykepleier og psykolog, som skulle følge pasienten gjennom hele forløpet. Wilhelmina takket ja til å begynne der som demenslege i 2001, hun har siden aldri vendt tilbake til Landstinget.

– Vi ville skape en helhetlig omsorgskjede for personer med demens. I forbindelse med dette arbeidet etablerte vi til og med en egen utdanningsenhet om demens.

– Noen av mine pasienter med demens har jeg både utredet, stilt diagnose på, fulgt opp hjemme, fulgt når de har fått plass på sykehjemmet og vært deres doktor helt til siste åndedrag. Jeg har også vært doktor for deres pårørende etter det. Denne måten å organisere arbeidet på har vært utrolig lærerik, sier Wilhelmina.

Hun har også fått et godt bilde av et demensforløp.

– Jeg vet hvor store støttebehov de pårørende har, og de vet at de alltid kan ringe oss. Det har vært givende og spennende år.

Mye jobbing

Aktivitetstrangen har medført mye jobbing for Wilhelmina. 24 år gammel fikk hun sitt første barn.

– Jeg var student ved Karolinska da, og kjørte moped til forelesningene. Da jeg fikk mitt andre barn kunne heldigvis svigermor passe min sønn. Noen ganger var han med også. Jeg kunne gå hjemmefra, det tok bare åtte-ti minutter.

Hun har i alle år vært et svært ivrig medlem i Svenskt geriatrisk forening.

– Trangen til å være aktiv ligger i meg. I morgen, for eksempel, skal jeg delta på yngre geriateres årlige to-dagers symposium, som jeg selv tok initiativet til da jeg ledet Stockholms Sjukhem.

Wilhelmina medgir at hun har jobbet veldig mye.

– Det har alltid vært mer enn heltid. Men jeg har også evnen til å stenge av. Det hjelper! Jeg ser i dag at mine barn har tatt etter meg på ulikt vis. Min sønn er veldig akademisk og kjempeambisiøs, han jobber med finans. Datteren min er den operative, med egen bedrift som både går veldig bra og er samfunnsnyttig. Når hun sender økologiske tamponger hjem til svenske kvinners postkasser, overføres det samtidig støtte til undervisning om menstruasjon til en ung kvinne i et utviklingsland. De er begge oppvokst i en familie der man tror at man kan, og at man ikke trenger å være et geni for å gjøre noe bra. Vi har fortsatt en veldig nær relasjon.

Heder og ære

Som takk for sin innsats har Wilhelmina denne våren mottatt ikke mindre enn tre ulike priser. Det startet i februar, da Kong Carl Gustav overrakte Silviahemmets rektor ordenen og medaljen «8:e storrelse i Serafimerordens band» for «framragende innsats som sjef på Silviahemmet og ved Svenskt Demensentrum».

Den 3. april ble hun kåret til Årets Mappie 2016. M-Magasins utmerkelse fikk hun i hard konkurranse med blant Michelle Obama, Carola Häggkvist og Helena Bergström. Begrunnelsen lød som følger: «I mer enn tre årtier har geriater Wilhelmina Hoffman engasjert seg for demenssykes verdighet og rettigheter i mange ulike sammenhenger. Det er hun som har klekket ut ideene, startet virksomhetene og drevet opinionen – og nå hører politikerne.»

Wilhelmina var kjempeglad og stolt over utmerkelsen, og delte villig gleden med alle medarbeidere i demensomsorgen.

– Jeg kan vel si at jeg valgte rett yrke for 30 år siden! Og hvilken bekreftelse er ikke dette på at vi går mot et mer demensvennlig samfunn.

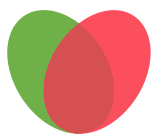
Mappie står for Mature Affluent Pioneering People, på svensk Mogna Attraktiva Pionjärer, som tidligere har gått til en annen type kjendiser. – Nå gikk den til meg, demensdoktoren. Det er morsomt og noe jeg absolutt ikke har jobbet for, men jeg tror likevel det kan være bra for framtiden.

Den 17. mai kom ble det ytterligere en medalje, denne gang fra den svenske Kommunstyrelsen, som siden 1938 har delt ut Sankt Eriksmedaljen til stockholmere som gjennom sin virksomhet eller innsats anses å fortjene en slik utmerkelse.

– Det er fantastisk og kult, selvsagt, å få slike priser for sitt arbeid. Det er sikkert sant at man kan oppnå mye ved å «bjuda på sig själv», men det meste av det vi har fått til er et resultat av teamarbeid.

– Du er en aktiv og positiv dame, som synes å få til det meste. Er det noe du ikke takler så bra?

– Jeg takler ikke urettferdighet eller at folk farer ille. Jeg forsto ikke hvordan man kunne behandle folk slik de gjorde den første gangen jeg arbeidet med omsorg. Man trenger ikke 12 års legeutdanning for å reagere på slikt. Det sitter et annet sted!



Etter å bygd opp Hukommelsesklinikken ved Stockholms Sjukhem ble Wilhelmina Hoffman i 2003 kontaktet av Silviahemmet. De lurte på om hun ville komme dit en dag i uka som lege og ansvarlig for deres utdanningsenhet.

Wilhelmina sa ja. Hun hadde allerede i 2003 vært i Irland og blitt begeistret da hun hørte at de hadde et Nasjonalt kompetansesenter for demens.

– Da jeg kom tilbake derfra kontaktet jeg Svenskt kommune og Landsting (SKL) og sa: «Vi behøver kompetanse om demens.» Jeg hadde med meg en skisse der jeg presenterte mine tanker om Svenskt Demenscentrum. Så gikk det noen år. Jeg glemte ikke ideen, og skrev til minister Ylva Johansson om det samme. I 2007 ga Regjeringen så Socialstyrelsen i oppdrag å peke ut noen som kunne skape et nasjonalt kompetansesenter for demens. En rekke velutdannede profesjoner søkte oppdraget. Mens jeg så at min baby var i ferd med å bli en realitet tenkte jeg at denne oppgaven ville vi aldri få.

Under gallamiddagen på en stor konferanse i Japan skulle hun få endelig beskjed.

– Da meldingen om at Silviahemmet och Stockholms Läns Äldrecentrum fikk oppdraget med å bygge et nasjonalt kompetansesenter for demens bød jeg alle på sjampanje. Jeg har ikke bestemt alt, men det ble omtrent som jeg hadde skissert flere år tidligere. Det nasjonale paraplyorganet som ble innviet den 15. februar i 2008 heter til og med heter Svenskt Demenscentrum, smiler hun.

Mye har skjedd siden da.

– Nye retningslinjer for behandling av demens kom på plass i 2010. Parallelt jobbet vi med å få ferdig først ABC-webutdanningen,



Ansatte ved Svenskt Demenscentrum, for anledningen i fotballtrøyer som symbol på senterets fotballsatsing. Fra venstre bak: Boel Karlin, Malin Grinde og Sara Hjulström. Foran fra venstre: Magnus Westlander, Wilhelmina Hoffman og Gunilla Nordberg. Foto: Bente Wallander

som i dag brukes av over 200 000 helsearbeidere. I tillegg har vi nettutdanning om demens i primæromsorg, bistandsarbeid, hjemmestener, sykehjem og pårørende. SDC tilbyr også nettkurs om demens for politi og vektere, om Nullvisjonen, som det er sterkt fokus på i Sverige i dag, om en demensomsorg uten tvang og begrensninger.

Det skjer så mye artig, men så har jeg også et veldig bra medarbeider-team som pleier å bli med på det meste. Alle har ulike interesser, og jeg sier: Gjør det! Er man interessert i noe, så bæres man av det. Sammen arbeider vi mot det samme mål; Et demensvennlig og inkluderende samfunn der jeg og andre kan være med våre kognitive vanskeligheter. Det finnes mange utfordringer, samfunnet er ikke tilgjengelig i dag. Men tanken er enkel: Jeg skal også kunne ta del i samfunnet, finne fram, forstå, handle og ta del i det kulturelle og transport. I forbindelse med dette er vi blant annet involvert i tre teaterprosjekt på områdene museum, bibliotek og fotball. Vi likner litt på Aldring og helse, men skal ikke drive egen forskning. Vår oppgave er å samhandle om, strukture og spre kunnskap, sier Wilhelmina.

FAKTA

Om Svenskt Demenscentrum (SDC)

- SDC ble innviet 15 februari 2008. Bak står Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum och Stiftelsen Silviahemmet, som arbeider på oppdrag fra Socialstyrelsen och regjeringen som også finansierer driften. Fra 2013 har Svenskt Demenscentrum vært organisert som en egen stiftelse.
- SDC er en sambandssentral og kunnskapsbank på demensområdet hvis oppgaver er å samle og spre informasjon. SDC er en aktiv pådriver for en positiv utvikling av pleie og omsorg og et mer demensvennlig samfunn.
- SDC er en aktiv lenke mellom forskning, praksis, beslutningstakere og FoU-virksomheter.
- Svenskt Demenscentrums virksomhet ble vurdert av Linköpings universitet i 2011. De kom til at SDC hadde svart godt på samfunnets krav om mer kunnskap. Hovedkonklusjonen var at det finnes gode grunner til at SDC skal få fortsette med, og videreutvikle, sin virksomhet i et langsiktig perspektiv.

Demens en hovedutfordring i ny hjernehelsetrategi



Regjeringens toppmøte om hjernehelse samlet en rekke forskere, klinikere og representanter for de aktuelle pasientgruppene.

Til venstre: Aldring og helses forskningssjef Geir Selbæk.

TEKST/FOTO: Bente Wallander

– Demenssykdommer og kognitiv svikt vil være en hovedutfordring i strategien for hjernehelse som Regjeringen nå skal utarbeide.

Det lovte statsminister Erna Solberg på regjeringens toppmøte om hjernehelse i mars. I revidert nasjonalbudsjett som regjeringen la fram i mai ble løftet fulgt opp med en bevilgning på 15 millioner kroner til etablering av et senter for fremragende klinisk helseforskning for nevrodegenerative sykdommer. Midlene til senteret skal utlyses via Forskningsrådet.

– Bevilgningen gir pasientene større mulighet til tidlig å ta del i utprøvingen av ny diagnostikk og nye behandlingsformer. Dermed kan vi gi dem en mer effektiv og trygg behandling, sa statsministeren i en pressemelding.

Som det framgikk av D&A 1-17 hadde Helse- og omsorgsdepartementets statusrapport om hjernehelse tidligere i år skapt uro i norske demenskretser.

Rapporten avdekket svikt i tjenester og store regionale forskjeller, men unnlot å nevne demens på listen over våre største hjernehelsetrategi- og samfunnsutfordring. Noen uker senere ble representanter fra demensmiljøene invitert til et toppmøte om hjernehelse. Med statsminister Erna Solberg og helse- og omsorgsminister Bent Høie som vertskap ble en rekke forskere, klinikere og representanter for aktuelle pasientgrupper oppfordret til å foreslå tiltak som kan bidra til økt kunnskap på området.

Fag- og forskningssjef Geir Selbæk fra Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse understreket i sitt innlegg demenssykdommens særstilling som samfunnsutfordring:

– Dette til tross satses det mindre på forskning om demens og kognitiv svikt enn for eksempel kreft og hjerte- og karsykdommer. Vi har samtidig en tendens å overfokusere på å løse det som ofte kalles «demensgåten», sa han.

Norge har, i følge Selbæk, likevel gode forutsetninger for å hevde seg innen internasjonal forskning på demens og annen kognitiv svikt.

– Vi må dra nytte av klinikknærheten, og forskningen bør være så praksisnær som mulig slik at pasientene kan få direkte nytte av den. Vi bør også finne ut hvordan vi kan støtte forskning på tiltak som forebygger demens, eller utsetter demenssykdommens debut.

Avslutningsvis ga Selbæk uttrykk for et ønske om bedre samarbeid på tvers av fagmiljøene.

– Demens har gjerne sammenheng med de andre hjernesykdommene, det være seg som komplikasjon eller som utfall.



TEKST: Bente Wallander

Vitenskapelig tidsskrift

Demens & Alderspsykiatri (D&A) er nå godkjent som vitenskapelig publiseringskanal på nivå 1.

*Vitenskapelig redaktør
Sverre Bergh.*

Tidsskriftet Demens & Alderspsykiatri (tidl. DEMENS) har publisert fagartikler, meningsytringer og redaksjonelt produsert innhold siden høsten 1997. Forskningsbasert omsorg er et kvalitetsbegrep, nyheter om demens- og alderspsykiatrirelatert forskning har derfor vært høyt prioritert.

Vitenskapelig redaksjon mottok nyheten med stor glede.

– Dette betyr mye for hele fagfeltet, sier vitenskapelig redaktør, postdoc-stipendiat Sverre Bergh.

Han tror at bladets nye status vil være viktig for forskere som arbeider med demens, alderspsykiatri og funksjonsnedsettelse, og for D&As lesere.

En av fordelene med D&A er at det er tverrfaglig, man når med en artikkel i dette tidsskriftet mange yrkesgrupper samtidig.

– Andre tidsskrift som publiserer på norsk kan ha en mer selektert yrkesgruppe som lesere. I tillegg er både pasienter, pårørende og andre lesere av tidsskriftet, opplyser Sverre Bergh.

Løfter fagkompetanse og kvalitet

Forsker og dos doktor Anne Marie Mork Rokstad er medlem av D&As vitenskapelig redaksjon.

– Vi mener og vi håper at vi har en lesergruppe som er genuint opptatt av våre fagfelt, og håper at D&A som vitenskapelig tidsskrift kan bidra til å løfte fagkompetansen og kvaliteten på tjenestene, og øke kunnskapen til de som jobber med feltet, sier hun.

Både hun og Sverre Bergh understreker at D&A fortsatt skal være et aktuelt og populærvitenskapelig preget tidsskrift for alle som arbeider innenfor, eller er engasjert i, norsk alderspsykiatri og demensomsorg.

– Men godkjenningen bidrar til en utvikling av bladet. Ved å publisere forskningsartikler, bidrar vi til kunnskapsformidling, faglig engasjement og debatt. Vi tenker i første rekke på norsk forskning, kanskje også nordisk forskning.

Gir kreditt og poeng

Forskere som publiserer i D&A får kreditt for sin forskningsartikkel. Institusjonene de jobber ved vil også få poeng og bli kreditert. Hva kreves så for å publisere forskning i D&A?

– Man må skrive en god artikkel, selvfølgelig, om et tema som faller inn under ett av våre fagfelt, demens, alderspsykiatri eller funksjonsnedsettelse. Vi mottar både kvantitative og kvalitative forskningsartikler, og det er mulig å sende inn artikler på svensk eller dansk. Det er viktig at innholdet ikke er publisert tidligere, verken i Norge eller internasjonalt, understreker Sverre Bergh.

Hvis vitenskapelig redaksjon vurderer at artikkelen fyller de formelle kriteriene til en vitenskapelig artikkel, vil den gjennomgå en fagfellevurdering (Peer Review). Når to fagfeller har lest artikkelen og avgitt hver sin skriftlige redegjørelse, tar vitenskapelig redaksjon en endelig avgjørelse vedrørende publisering.



Retningslinjer for publisering i D&A finner du på tidsskriftets nettsider
www.demensogalderspsykiatri.no

TEKST: Bente Wallander



Tove Karoline Knutsen

Foreslår plan for styrking av eldres psykiske helse

Arbeiderpartiets medlemmer i Stortingets Helse- og omsorgskomiteé ber Regjeringen fremme en kommunal tiltaksplan for å styrke eldres mentale helse.

– Vi håper på flertall for forslaget, som både dreier seg om helsefremmende og forebyggende arbeid og bedre diagnostisering og behandling av psykisk syke eldre. Statsråden har gitt sitt svar, nå skal komiteen behandle saken, sier stortingspolitiker Tove Karoline Knutsen (Ap).

Eldres helse overses

Psykiske plager og sykdommer utgjør en stor del av sykdomsbildet i Norge. Opp mot 50 prosent av befolkningen kan i følge prognosene utvikle psykiske helseplager i løpet av livet, og mange vil trenge helsehjelp. At også eldre lider av psykiske sykdommer har etter de fem Ap-representantenes mening ikke fått tilstrekkelig oppmerksomhet i det offentlige ordskiftet.

– Når det vanlige hverdagslivet med travel yrkesaktivitet tar slutt, skjer det mange endringer også på det private plan. Du mister det nettverket du hadde i arbeidslivet, kanskje dør også noen av dine nære. Mange mestrer disse årene fint på egen hånd, for andre kan alle omveltningene bli vel tøffe, sier Tove Karoline Knutsen.

En samfunnsutfordring

Verdens helseorganisasjon (WHO) anslår at psykiske lidelser i 2020 vil stå for den tyngste sykdomsbyrden i vestlige land. I Norge utgjør de samfunnsmessige kostnadene ved psykiske sykdom i dag et sted mellom 60 og 70 milliarder kroner årlig, i tillegg til de belastningene lidelsene innebærer for den som er syk og familien. I løpet av 50 år vil antallet 65-åringer i Europa doubles, og antall 80-åringer øke med mer enn hundre prosent.

«Dette innebærer nye utfordringer for samfunnet. Hvordan skal vi kunne yte god helsehjelp, bistand og støtte til de eldre? Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998–2008) bidro til å rette oppmerksomhet mot psykisk sykdom. Det kommunale psykiske helsearbeidet ble på flere områder vesentlig styrket, men det er fortsatt store forskjeller i tilbudene mellom kommuner og SINTEF Helses evalueringsrapport (2008) fastslo at det fort-

satt var behov for bedre kommunale tjenester på feltet psykisk helse», påpeker forslagsstillerne.

Må tenke nytt

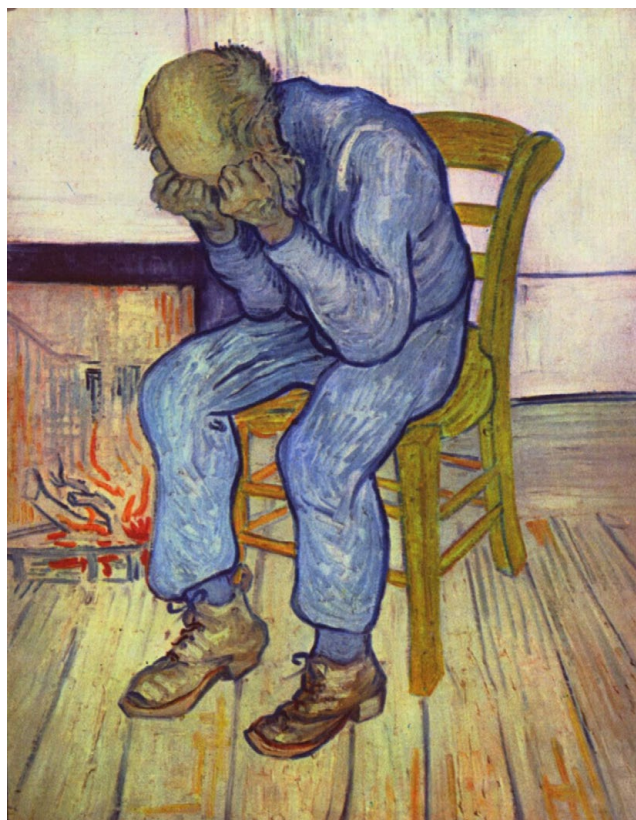
– Vi er nødt til å ha en annen tilnærming til eldres psykiske helse, mener Tove Karoline Knutsen:

– Oppgaven vil ligge i å forebygge og drive godt folkehelsearbeid, slik at eldre mennesker kan bevare både den fysiske og psykiske helsen og så lenge som mulig kunne leve gode, selvstendige liv.

Aps komitémedlemmer tar til orde for et løft i kommunehelsetjenesten for eldres psykiske helse.

– En tydelig styrking av kompetansen for diagnostisering av psykisk sykdom hos eldre mennesker må til, det må også til en satsing på gode, riktige og tilpassede behandlingstilbud til eldre med psykiske lidelser. Helsefremmende og forebyggende arbeid må sees i sammenheng med muligheter for aktivitet, opplevelser, sosialt fellesskap og en meningsfylt hverdag.

– Vi har mye å tjene på god samfunnsplanlegging, å tenke nytt og annerledes. Det kan forhindre at eldre får depresjoner, og at fokus dreies mot riktig behandling når det først skjer, mener Knutsen.



«Ved evighetens port»,
Vincent van Gogh, 1890.

Når livet går i svart

TEKST: Bente Wallander

Depresjon er en av verdens mest utbredte sykdommer. De som har hatt en alvorlig form av depresjon tidligere i livet risikerer nye episoder som gamle. For andre formørkes livene først i eldre år.

Depresjon i alderdommen er ikke en følge av normal aldring. Forekomsten blant eldre er likevel høy, uavhengig av land- og kulturbakgrunn. I Norge vil hver femte person over 65 år oppleve minst én episode med depresjon. Beboere på sykehjem og personer med hjernesykdom er særlig utsatt, og kvinner har dobbelt så stor sjanse for å bli deprimert som menn.

Blant de som har lært sykdommen å kjenne tidlig i livet, vil nær halvparten møte den på ny etter fylte 65 år. De har ofte hatt flere depresjoner gjennom livet. Når den sjelelige formørkelsen inntreffer først sent i livet kalles det aldersdepresjon. Årsakene til debut antas å være forskjellig for de to gruppene. Mens depresjoner tidlig i livet forklares med arv, stress, påkjenninger og sorg relateres aldersdepresjon i større grad til tap. Det være seg tap av nære personer i ens liv, somatisk helse, funksjoner eller autonomi. Riktig diagnose stilles for begge pasientgrupper sjelden og kun et fåtall tilbys god og adekvat behandling. (1) Å leve med depresjon innebærer store byrder for personen selv, dennes familie og samfunnet.

Kjærlighetens vrangside?

Hva er så en depresjon? Hvordan oppleves den? Og hva kjennetegner depresjon hos eldre? Mange er de som med ord, bilder eller toner har gitt uttrykk for den livsformørkelsen de har stiftet bekjentskap med. Fra kunsthistorien huskes maleren Vincent van Goghs gjentatte depresjoner. Et maleri som uttrykker hans dype fortvilelse, Ved evighetens port, ble til samme år som van Gogh døde etter en skyteepisode. Litteraturen byr på utallige be-

skrivelser av alvorlig depresjon. Amalie Skrams hovedperson i romanen Professor Hieronimus, Elsa Kanth, sier det slik: «Å dø var det eneste tiloversblevne. Nedlegge kampen. Forsvinne fra et liv, som kun var lidelsesfullt, og som hun gjorde lidelsesfullt også for andre.»

Ludwig van Beethovens 5. symfoni, kalt Skjebnesymfonien, ble til i en periode da han var dypt deprimert på grunn av sviktende hørsel. «Depresjon er kjærlighetens vrangside. For å være skapninger som er i stand til å elske, må vi også være utstyrt med evnen til å fortvile over tap, og depresjon er mekanikken i denne fortvilelsen», sier journalisten og forfatteren Andrew Solomon (2), som med utgangspunkt i egne erfaringer reiste verden rundt for å samle kunnskap og forståelse for depresjonens vesen, årsak og behandling. Slik kunne man fortsatt.

Skremmende ikke-eksistens

Det er mange grader av depresjon. Med en mild grad av depresjon kan de fleste fungere rimelig normalt selv om de plages av nedstemthet.

Andres livsutfoldelse hemmes av en middels alvorlig depresjon, mens enkelte med alvorlig grad av depresjon trenger innleggelse i sykehus.

Psykiater i geriatri, professor emeritus Knut Engedal har gjennom sin yrkeskarriere møtt en rekke pasienter, som har hatt ulike uttrykk for depresjon. Slik forstår han tilstanden:

– Depresjon er et uttrykk for det bunnløse, følelsen av å ikke være til, at man ikke eksisterer lenger, at man bare er der som en kropp.

Det kan være vanskelig å vurdere alvorlighetsgraden, for når går en slik tilstand over fra å være en bekymring til alvorlig sykdom? En måte å gjøre dette på er å telle symptomer som man av erfaring vet forekommer ofte hos deprimerede pasienter. Ulempen med denne måten å beskrive depresjon på er at man får en mekanistisk forståelse av sykdommen på og ikke ser lidelsen til pasientene. Det kan også med tellemetoden lett bli til at man feilvurderer og feilbehandler.

Knut Engedal trives bedre med den tilnærmingen han og gerontopsykolog Guro Hanevold Bjørkløv valgte i boken *Depresjon hos eldre*; psykologisk og biologisk forståelse og behandling. (1)

– Den biopsykososiale modellen, en forståelse som tar hensyn til helheten, eller for å si det litt banalt «at kropp og sjel henger sammen». Depresjon som debutterer i eldre år er ofte et produkt av fysisk helse, de konsekvenser manglende fysisk helse fører til med funksjons-



Knut Engedal

svikt og personens evner til å mestre en ny tilværelse med sviktende helse.

Eldre deprimerede overses

Tegnene på depresjon er egentlig kjente for de fleste, men likevel sies det i faglitteraturen at depresjon hos eldre ikke blir gjenkjent og behandlet. Dagens gamle, men også deres pårørende, har lett for å tolke symptomer som tretthet og manglende energi og glede i hverdagen som en del av normal aldring.

– Depresjon hos eldre presenterer seg ikke bare med tristhet, men også med tap av energi og tap av interesse for livet, for familie og det som skjer i hverdagen. Rett diagnose kan være vanskelig å stille, fordi mange eldre tror at alderdommen skal være en heller trist affære. Følelsen av tomhet og håpløshet er heller ikke alltid så uttalt som hos yngre personer med depresjon. Alvorlig deprimerede eldre kan hevde at de har liten følelse av tristhet. Resultatet er at sykdommen overses, både av de gamle selv og deres hjelpeapparat, sier Knut Engedal.

God nytte av behandling

Et annet problem er at fastlegene, som til en viss grad fanger opp folks depresjoner, kun har ei reseptblokk å tilby. Mange eldre deprimerede pasienter behandles derfor med antidepressiva, uten ytterligere oppfølging.

– I følge de nasjonale retningslinjene skal man ikke gi medikamenter til en person som har mild til middels alvorlig depresjon, men hvem skal følge opp disse pasientene da? Ved de distriktspsykiatriske sentrene er nåløyet så trangt at der er det vanskelig å komme inn, sier Engedal.

Alt dette til tross, når eldre først får behandling for sin depresjon synes de å dra god nytte av behandling. Ulike behandlingsalternativer finnes, som miljøterapi, psykoterapi/samtalebehandling, antidepressive medikamenter, lysbehandling og elektrokonvulsiv behandling (ECT).

KILDER:

1. Engedal K & Bjørkløv GH. *Depresjon hos eldre: - psykologisk og biologisk forståelse og behandling*. Stavanger: Hertervig Forlag, 2014.
2. Andrew S. *En bok om depresjon. Mørke midt på dagen*: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2003.

FAKTA

DEPRESJON HOS ELDRE OG YNGRE

Ved depresjon sees som oftest flere av følgende symptomer:

Senket stemningsleie. En følelse av at alt er håpløst, at det ikke er noe å glede seg over, men ikke alle alvorlig deprimerede eldre føler tristhet.

Manglende interesse for alt som hører hverdagen til, inklusive familie og venner.

Konsentrasjonsvansker og manglende initiativ. NB: Kan hos eldre skyldes somatisk sykdom, og kan også være tegn til en begynnende demenssykdom.

Treghet. Ting tar lengre tid, både fysisk og kognitivt. Hos eldre dette både være tegn på depresjon og / eller demens.

Selvbebreidelser, -forakt og skyldfølelse. Sees oftest hos de med alvorlig depresjon, hos eldre gjerne uttrykt i langt sterkere grad enn det som anses som normalt.

Søvnvansker. Vanlig symptom på depresjon hos yngre. Eldres søvnproblemer har ved undersøkelser vist seg å kunne ha andre årsaker, og regnes ikke som et typisk tegn på aldersdepresjon.

Dårlig appetitt/vekttap. Ikke typisk tegn på depresjon hos eldre, fordi det kan skyldes somatisk sykdom

Dødsorientert. Tanker om døden og eventuelt selvmord. Eldre er mere opptatt av døden enn yngre, uavhengig av depresjon. Selvmordstanker hos eldre skal tas på alvor, da eldre har større gjennomføringsevne enn yngre.

Angst. Depressive eldre plages ofte av indre uro og engstelse, noen ganger uttrykkes dette så tydelig at tegnene på depresjon overses. Man kan si at depresjon hos eldre ofte uttrykker seg med betydelige angstplager.

Eldre deprimerte og ECT-behandling: – Bråvåkne pasienter blir ikke friske

TEKST/FOTO: Bente Wallander

Psykiater Tor Magne Bjølseth har med sitt doktorgradsarbeid¹ funnet ut hvordan man kan redusere unødige bivirkninger ved elektrokonvulsiv behandling (ECT) av alvorlig deprimerte pasienter.

ECT har i tidligere studier vist seg som det mest effektive behandlingsalternativet for eldre, alvorlig deprimerte pasienter som ikke responderer på antidepressive medisiner og samtalebehandling. Nær halvparten av pasientene som får ECT blir friske på kort sikt. Inntil i fjor var det et etisk dilemma at man ikke på forhånd kunne forutsi hvilke pasienter som ville dra nytte av behandlingen. Den andre halvdel fikk kun unødige bivirkninger.

For Tor Magne Bjølseth, Alderspsykiatrisk avdeling Tåsen, Diakonhjemmet sykehus, var det derfor viktig å finne kliniske mål som kunne forutsi den antidepressive effekten av ECT.

– Vi valgte tre fokusområder for forskningen. Om: a) plasseringen av stimuleringspunktene er avgjørende, b) kognitiv funksjon før behandling spiller en rolle og c) pasientens reorienteringstid etter behandling kunne ha noe å si.

73 eldre alvorlig deprimerte pasienter ble inkludert i den randomiserte kontrollerte studien. Delstudien som ga størst uttelling omhandlet oppvåkningstid etter ECT-behandling. Reorienteringstid, som den også kalles, ble fastslått ved å ta tiden som pasientene trengte umiddelbart etter behandling for å kunne svare riktig på fire av fem spørsmål om eget navn, sted, ukedag, alder og fødselsdato.

– Ingen av pasientene som var reorienterte innen fem minutter ble kvitt sin depresjon, mens de som hadde lengre oppvåkningstid hadde langt bedre prognose. Siden bivirkningene blir større jo flere behandlinger man gjennom-



– Det var som å treffe blink, innrømmer Tor Magne Bjølseth, etter å ha funnet faktorer som kan forutsi nytten av ECT-behandling.

svikt hadde, uansett gruppetilhørighet, like god effekt av ECT som de kognitivt velfungerende.

I behandlingen av eldre pasienter med alvorlig depresjon har man, funnene til tross, fortsatt store utfordringer.

– For de fleste utvikler depresjonen seg til å bli en tilbakevendende sykdom. Uten videre behandling blir opp mot 80 prosent av pasientene syke igjen etter ett år, mens man med tett oppfølging og sosial stimulering reduserer tilbakefallsprosenten betydelig. Selv om ECT hjelper godt på kort sikt, gir heller ikke en behandlingsserie på vanligvis 6-12 sesjoner spesielt god langtidseffekt. Et spørsmål vi må finne svar på er derfor om man bør gi ECT også som vedlikeholdsbehandling, slik man gjør med tabletter.

Resultatene som omhandler elektrodeplassering ble innarbeidet i Helse- og sosialdepartementets retningslinjer for ECT-behandling. Det samme skjedde ikke med måling av reorienteringstid.

– Vår praksis er likevel endret som en følge av studien. De som responderer på ECT får nå tilbud om slik behandling i seks til 12 måneder etterpå. Og selv om vi ikke vet hvorfor ECT virker, kan vi ut fra forskning og klinisk erfaring fastslå at de endringene i hjernen som strømmen setter i gang har en antidepressiv effekt. Dette er spesielt viktig fordi ECT har vært en omstridt behandlingsform.

– Men heller ikke ECT hjelper alene. Like viktig for deprimerte pasienter er å tilby dem omsorg, trygghet og oppmuntring, understreker Bjølseth.

går, kan vi heretter redusere disse ved å gi oss etter to behandlinger av eldre ECT-pasienter som «bråvåkner», forteller Bjølseth.

For å finne svar på de to første spørsmålene delte man pasientene i to grupper, der den ene gruppen fikk elektrodene plassert foran, på begge sider av pannelappene, mens man i den andre satte dem kun på høyre side. Dette grepet ga ingen betydelig forskjell i antidepressiv effekt. Og pasienter med mild kognitiv

1. Predicting the treatment outcome of formula-based ECT in late-life major depression. Emphasis on electrode placement, baseline cognitive function, and post-ictal reorientation time. UiO 2016.

*Einar er ikke syk i dag.
– Men jeg blir heller
aldri helt frisk. Å bevare
håpet og se det positive
vil alltid være min beste
medisin, sier han.*

TEKST/FOTO: Bente Wallander

Ser håp i lyset og mening i det mørke

Verden over jakes det på den beste kuren mot depresjon. Einar¹ har vært i det mørke mange ganger. – Mennesker jeg har møtt fikk større betydning for min tilfriskning enn tabletter og ECT-behandling², sier han.

Einar har hatt flere perioder med alvorlig depresjon. Han søkte og forsøkte ulike tilnærminger som kunne lindre lidelsene; som meditasjon, psykoterapi og psykomotorisk behandling, inntil han 40 år gammel begynte i psykoanalyse. Han måtte helt til bunns og plukke livsbitene sine fra hverandre, før han kunne sette dem sammen igjen.

– Da behandlingene ble avsluttet etter sju år følte jeg meg frisk. Du blir ikke lykkelig av å gå i psykoanalyse, men du får et redskap til å håndtere dine utfordringer. Jeg lærte å kjenne meg selv, og akseptere at mitt liv aldri ville bli bare enkelt.

Dødsskyggenes dal

Einar ble i disse årene ikke sykmeldt for sine depresjoner.

– Men utfordringene preget dagene og tok mye krefter fra min yrkeskarriere. Jeg kunne nok ha utfoldet meg mye mere på det området om jeg ikke hadde brukt så store ressurser på mitt indre.

Takket være lærdommen fra psykoanalysen taklet Einar utfordringene greit, inntil han 61 år

gammel våren 2008 ble diagnostisert med kreft i tykktarmen. Operasjon og behandling var vellykket, ingen spredning ble funnet. Einar rakk å bli erklært frisk før legene ved tremåneders kontroll oppdaget at han hadde en annen og denne gang alvorligere form for kreft, på bukspyttkjertelen. Han var kjent med de dystre prognosene som fulgte diagnosen, og allerede hardt prøvet følte han det som om bunnen nå falt ut.

– Man kan si at det første kreftangrepet reddet livet mitt, det gjorde at svulsten på bukspyttkjertelen ble oppdaget på et svært tidlig tidspunkt. Etter rask og profesjonell behandling og en stor alvorlig operasjon gikk det bra. Gleden var stor, men kortvarig. Etter et par måneder gikk jeg ned i en dyp, dyp kjeller. De neste ett til to årene hadde jeg følelsen av å vandre i dødsskyggenes dal, forteller Einar.

Søkte støtte

At døden, som i noen måneder hadde kastet skremmende skygger over Einars liv, ikke skulle slippe grepet om livet hans så lett, var naturlig.

– Du mobiliserer alle dine krefter for å møte sykdommen og bli fysisk frisk, men har ikke følelsene med deg, sier han.

I sin dype fortvilelse hadde Einar både før og etter den siste operasjonen behov for all mulig støtte fra familie og venner. Han søkte også profesjonell hjelp, deriblant hos sin tidligere psykiater og en prest ved Diakonhjemmet.

– For første gang i livet hadde jeg følelsen av å miste all kontroll, være helt forlatt, jeg måtte bare måtte gi slipp og legge min skjebne i andres hender. Jeg er ikke troende, men prestene har et annet fokus på menneskenes nød enn det man møter i helsevesenet. Som et tvilende menneske grublet

¹. Einar siteres i artikkelen kun med fornavn. Kontaktopplysninger kan fås fra redaktør.

². Les mer om ECT på s 13.

Du ska tacka

Du ska tacka dina gudar,
om de tvingar dig att gå
där du inga fotspår
har att lita på.

Du ska tacka dina gudar,
om de gör all skam till din.
Du får söka tillflykt
lite längre in.

Det som hela världen dömer
reder sig ibland rätt väl.
Fågelfri var mången,
vann sin egen själ.

Den som tvingas ut i vildskog
ser med nyfödd syn på allt,
och han smakar tacksam
livets bröd och salt.

Du ska tacka dina gudar,
när de bryter bort ditt skal.
Verklighet och kärna
blir ditt enda val.

Karin Boye, Gömda land, 1924

Boyes dikt ble viktig for Einar
etter de to operasjonene.



jeg over så mangt. Samtalene gjorde meg godt. Håp, nåde og å søke etter forsoning er til hjelp i fortvilesen.

Prøvde ECT

Da Einar etter et halvt års samtalerapi og tablettbehandling ikke opplevde bedring, ble han henvist til alderspsykiatrisk behandling ved Diakon-hjemmet sykehus i Oslo. Innleggelse ble anbefalt, men Einar valgte poli-klinisk oppfølging.

– Under tvil samtykket jeg til elektrokonvulsiv (ECT) behandling, og var bare innlagt nettene før dette skulle skje. Da jeg ikke kunne merke noen virkning, avbrøt vi behandlingen etter seks-åtte ganger. Heller ikke i ettertid kan jeg si at jeg fikk noen positiv eller negativ effekt av ECT. At jeg kom hel og styrket ut av depresjonen et års tid senere, tror jeg skyldes håp, menneskelig varme og tillit. Jeg ble sett da jeg trengte det som mest, og følte meg trygg på deres vilje til å hjelpe. Det var nok mere vesentlig for min positive utvikling enn antidepressive midler og ECT. «Lykkepiller» har aldri vært til særlig hjelp for meg, sier han.

Følger lyset

Einars depresjoner kommer som regel sigende på vinteren. Han opplever at den norske sommeren er for kort, mens vinteren er lang, mørk og tung.

– Men vi er så heldige å bo i verdens beste land, og jeg kan ikke tenke meg å flytte.

Etter fylte femti har Einar derfor prioritert å oppsøke mere sol og varme.

– Sommerforlengelser, med to-tre ukers «lysbehandling» i sydligere strøk i april/mai, oktober og ved juletider, er for meg den sunneste og beste medisinen. At halvparten av mine krefter bare forsvant over natten etter to kreftangrep, har lært meg å prioritere, det synes jeg er vesentlig.

Med bakgrunn i sine erfaringer, kan Einar heller ikke få fullrost norsk helsevesen.

– Jeg opplever at jeg hele tiden har fått den beste behandling, og bare møtt positive, gode hjelpere og tillit. Vesentlig for rask bedring har vært at de samme legene har fulgt meg gjennom hele sykdomsforløpet, og at jeg har hatt en god fastlege gjennom mer enn 30 år, forteller han.

Når han ser seg tilbake, tror Einar at mye av det han har strevd med kan forklares med en komplisert barndom og oppvekst. Arvelige faktorer kommer i tillegg.

– Livet byr oss på store utfordringer, og jeg synes å ane en linje i mitt liv; at det har vært en slags mening i de prøvelser jeg skulle møte. Jeg skulle gjerne unnvært depresjonen, men når den først er der har den gitt meg rike muligheter til selvinnsikt. Man kan velge å skyve det vanskelige under et teppe, eller å gå inn i det for fullt, og etterpå komme styrket ut, med erfaringer som i beste fall modner deg som menneske og gjør deg klokere. Å prøve å lete opp lyset i det mørke er i seg selv legende. Selv kom jeg ut i lyset igjen i 2010, og har hatt et godt liv etter det. Hvert nytt år er et bonusår, sier han.

Tor Magne Bjølseths forskning var en del av et «trearmet forskningsprosjekt» ved Diakonhjemmets alderspsykiatriske avdeling på Tåsen. Bjølseth innledet selv arbeidet da han begynte på en forskningsprotokoll i 2007.

Flere disputaser om behandling av psykisk sykdom hos eldre

Tre andre behandlere samme sted har levert eller arbeider med følgende avhandlinger:

Psykolog Gro Strømnes Dybedahl disputerte i 2015 over avhandlingen *Cognitive Effects of Electroconvulsive Therapy in Nondemented Elderly Depressed Patients*.

Hukommelsesproblemer er en fryktet bivirkning av elektrokonvulsiv terapi (ECT), og Dybedahl undersøkte med sitt doktorgradsarbeid eldre ECT-pasienters kognitive funksjon. 62 pasienter uten demens i alderen 60 til 85 år ble kognitivt testet i uken før og etter de i gjennomsnitt ti behandlingene med ECT. 54 av pasientene ble også testet ytterligere tre måneder etter avsluttet ECT.

– Den omfattende studien kunne ikke påvise langtids kognitive bivirkninger hos disse pasientene. ECT er en effektiv behandling av alvorlig depresjon og først og fremst et alternativ når samtalebehandling og medikamentell behandling svikter, sa pressemeldingen fra Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.

Overlege Torfinn Lødøen Gaarden er i gang med den tredje armen; som er PhD-studien *The pathophysiological mechanisms of the inflammatory- and neuro-biomarkers in elderly patients suffering from major depression*, der han skal se på mulig sammenheng mellom effekten av ECT og biomarkører i blod hos eldre personer med alvorlig depresjon.

Samtidig legemiddelbruk vanlig

Seksjonsoverlege Marit Tveito ved Diakonhjemmets alderspsykiatriske avdeling på Tåsen disputerte i 2015 over temaet *Psykofarmaka hos eldre – en studie av alderspsykiatriske pasienter*. Studien viste at samtidig bruk av flere legemidler mot psykisk lidelse var vanlig. Nesten halvparten av pasientene hadde slike legemidler i blodet som det ikke var opplyst om av henvisende lege. Få pasienter hadde for høye nivåer av disse legemidlene i blod.

Bivirkninger som i stor grad påvirket deres daglige funksjon ble registrert hos en tredel av

pasientene. Mest utsatt for bivirkninger var deprimerte kvinner som brukte mange legemidler og hadde flere fysiske sykdommer. (Les mer i D&A 2-2015)

Fant negative prognostiske faktorer

Overlege Tom Borza ved Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet, forsvarte i januar 2017 sin avhandling *Depression in later life – The course of depression and depressive symptoms among the elderly in Norway*. Depresjon og depressive symptomer er vanlig blant eldre, og kan ha alvorlige konsekvenser for den enkelte pasient og for samfunnet. Det foreligger få systematiske undersøkelser om eldre og depresjon i Norge. Borza og hans medarbeidere undersøkte forløp og prognostiske faktorer ved depresjon hos 160 deprimerte eldre som alle var innlagt ved alderspsykiatrisk avdeling.

De fant ut at demensdiagnose, dårlig fysisk helse og tidligere depressive episoder var negative prognostiske faktorer for forløpet av depresjon. Av de depressive symptomene som ble målt, bedret *tristhet* og *initiativløshet* seg mest, og *konsentrasjonsvansker* seg minst.

Ved en ny oppfølging ett år etter innleggelse hadde 30 prosent fortsatt ikke hatt tilbakefall eller betydningsfulle symptomer på depresjon.

Borza fulgte så opp 1 158 sykehjemsbeboere i 74 måneder. Alvorligheten av depresjon blant beboerne avtok i løpet av denne tiden. Dårligere somatisk helse, høyere antall medisiner, mer alvorlig demens og bruk av antidepressiva var assosiert med alvorligere grad av depresjon. Det ble også registrert færre av de depressive symptomene *pessimisme*, *tanker om selvmord* og *depressive vrangforestillinger* i løpet av oppfølgingstiden.

Leger og annet helsepersonell som skal følge opp eldre deprimerte, oppfordres til å være særlig oppmerksomme på de negative prognostiske faktorene som ble avdekket i avhandlingen.



Gro Strømnes Dybedahl



Tom Borza



Tom Borza

Spesielt tilpassede opplegg skulle få flere fastleger til å følge nye nasjonale retningslinjer ved depresjon hos eldre, men slik gikk det ikke. Eivind Aakhus har med sitt doktorgradsarbeid vist at selv skreddersydd implementering ikke endrer praksis.

Ikke lett å innføre nye retningslinjer for behandling

TEKST: Bente Wallander FOTO: Martin Lundsvoll

Eivind Aakhus forsvarte i februar sin avhandling *Tailored Implementation for Chronic Diseases: Depression in the Elderly*. Arbeidet var en del av et EU-støttet forskningssamarbeid. Forskernes konklusjon etter å ha testet et skreddersydd implementeringsopplegg for fem ulike sykdomsgrupper i fem land var gjennomgående at det må letes videre etter gode metoder for innføring av nye retningslinje anbefalinger.

Arbeidet han disputerte for var like mye et metodeutprøvningsprosjekt som en klinisk studie.

– Vi hadde to hensikter; Den ene var å teste ut hvorvidt skreddersydd implementering i form av å identifisere faktorer som påvirker praksis og planlegge intervensjoner som tok hensyn til disse ved implementering av retningslinjene var gjennomførbart i en klinisk setting. Den andre var å teste ut om det å skreddersydd implementering kunne gi bedre etterlevelse av retningslinje anbefalinger blant fastleger.

Pasientgruppen som de norske forskerne jobbet med, eldre med depresjon, risikerer i større grad enn yngre med depresjon å utvikle kronisk sykdom.

– Depresjon blant eldre er en ofte forekommende, men likevel underkjent sykdom i primærhelsetjenesten. Mye tyder også på at det, når en eldre person først får en depresjonsdiagnose, tar lengre tid før denne pasienten får adekvat behandling. Det var derfor mange grunner til å ta fatt på temaet, som innebærer høyere risiko for mortalitet og redusert livskvalitet.

Godt mottatt. For Aakhus var det viktig å identifisere barrierer og faktorer som påvirker klinikernes vilje og evne til etterlevelse. Hvis praktikere etterlever retningslinjene for behandling av for eksempel depresjon, vil også prognosen for depresjonen bedres.

En systematisk oppsummering og prioritering av retningslinjer for depresjon endte opp med seks prioriterte anbefalinger. Helsepersonell og pasienter ble i fokusgrupper og individuelle

intervjuer spurt om hvilke faktorer de mente ville fremme eller hemme etterlevelse av anbefalingene. Av 350 foreslåtte faktorer ble 22 prioritert, og disse ble drøftet videre i nye grupper som foreslo intervensjoner som kunne møte de prioriterte faktorene. Til slutt ble 52 små og store intervensjoner valgt ut. Aakhus og en forskningsmedarbeider dro så på besøk til to tredeler av alle fastleger i 40 av totalt 80 kommuner (40 + 40 kontroller).

– Vi drøftet anbefalinger og mulige hindre for etterlevelse av retningslinjer og møtte lokalt stor interesse for denne type faglig input. Slik vi forsto fastlegene hadde de både behov for, og ønsker om, en bedre kunnskapsbasert plattform for valg av behandling.

For å opplyse og motivere brukerne ytterligere, ble all informasjon samlet på et eget nettsted; www.depresjonforeldre.no.

Interessen avtok. Bruken av nettstedet ble mindre enn forventet, og da fastlegene et halvt år senere ble oppringt med spørsmål om deltakelse i datainnsamlingen, var det vanskelig å oppnå forpliktende kontakt. Mange takket nei, andre var ikke tilgjengelige. Kun 124 av 900 potensielle fastleger ble med.

– Når det gjaldt det primære effektmålet; fastlegers etterlevelse av anbefalingene, fant vi en liten, men ikke signifikant forskjell: 58 prosent av deltakerne sa at de fulgte de nye retningslinjene, mot 53 prosent av kontrollene. Heller ikke de øvrige europeiske land fikk fram en sikker effekt, så vi kan ikke i ettertid si at dette er måten vi skal implementere nye rutiner på. For de som skal planlegge helsetjenester kom det likevel fram mye interessant, spesielt i den første artikkelen, mener Eivind Aakhus.



– Vi må lete videre for å finne et godt opplegg for innføring av nye behandlingsrutiner, fastslår Eivind Aakhus.

ABC Psykisk sykdom hos eldre: – mulighet for å styrke kompetanse og samhandling

Fysiske, psykiske og sosiale utfordringer kan gi psykiske plager og sykdom hos eldre.

Det er behov for en storsatsing på dette området. ABC-modellen er en suksess på demensfeltet – og kan bli det også når det gjelder psykisk helse.

Ifølge Helsedirektoratets beregninger er andelen personer over 67 år økende fra 640 000 i 2011 til over en million i 2030 (1). Forekomsten av psykisk sykdom blant eldre er lite undersøkt i Norge, men basert på det man vet anslås forekomsten å ligge på 20–25 prosent (2). Disse beregningene antyder over 250 000 psykisk syke eldre i 2030. I tillegg har mange psykiske plager uten at de er alvorlige nok til å kvalifisere for en diagnose. Psykisk sykdom og psykiske plager er dermed en stor utfordring og det vil være avgjørende at helsevesenet utvikler gode strategier for omsorg og behandling. Forebygging må styrkes og det må satses på tidlig intervensjon for å forhindre at psykiske plager utvikler seg til psykisk sykdom. Begynnende sykdom må møtes raskt og effektivt slik at det ikke utvikler seg til alvorlig sykdom og medfølgende funksjonssvikt.

Alderspsykiatrisk spesialisthelsetjenest tar i mot de eldste og sykeste pasientene, om lag 6 500 pasienter i 2011. Samme undersøkelse viste at de distriktpsikiatriske sentrene tok i mot anslagsvis 3 000 pasienter, hvorav svært få over 80 år (3). Eldre skal ha samme tilbud som andre voksne i psykisk helsevern, (3) men dette gjenspeiles ikke i disse tallene. Vi vet lite om hvordan psykiske sykdommer hos hjemmeboende eldre møtes i primærhelsetjenesten, men tallene viser at det er en stor pasientgruppe.

SKREVET AV
Anna Jerkovic,
Allan Øvereng
Nasjonal kompetansetjeneste
for aldring og helse



Tilbud må styrkes

Psykisk sykdom har innvirkning på en rekke andre forhold: selvmord blant eldre, utvikling av demens (4), alvorlighet og behandlingstid ved somatisk sykdom, risikofylt bruk av alkohol (5) samt pårørendebelastning. I tillegg har psykisk sykdom sammenheng med isolasjon, nedsatt aktivitet, dårlig ernæring, funksjonstap, fall og ulykkesrisiko, økt forbruk av helsetjenester samt uhensiktsmessig bruk av beroligende medikamenter, sovemedisiner og smertestillende.

Arbeid med psykisk helse hos eldre er avhengig av god samhandling mellom alle deler av tjenestene samt pårørende og frivillige (6). Med økende andel eldre i befolkningen samt en forventet styrket bevissthet blant eldre om nødvendigheten og nytten av å søke hjelp for psykiske plager, er det nødvendig å styrke dagens tilbud. Et sentralt element i dette er kompetansebygging og bedre samhandling i tjenestene.

Ifølge samhandlingsreformen skal helse-tjenesten desentraliseres ytterligere. Kommunalt psykisk helsearbeid omfatter forebygging, kartlegging og utredning, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon til alle som trenger det, uavhengig av alder eller diagnose. Den hyppigste årsaken til besøk hos fastlegen i 2014 var psykisk sykdom (7). Kommunehelsetjenesten er derfor en viktig arena for å møte eldre med psykisk sykdom.



For hvert ABC-hefte møtes gruppens deltakere for å diskutere og reflektere over innholdet. Illustrasjonsfoto: Martin Lundsvoll

ABC-modellen

ABC-modellen består av tre hovedelementer; ABC-permer, ABC-grupper og fagseminarer. Grunnpermene er *Eldreomsorgens ABC* og *Demensomsorgens ABC*. Etter å ha gjennomgått en av disse kan man velge blant en rekke påbygningspermer.

ABC-gruppene er en obligatorisk del av opplæringen, de er tverrfaglig sammensatte, på tvers av arbeidsplasser og består av seks-åtte personer. For hvert ABC-hefte møtes gruppene for å diskutere og reflektere sammen over innholdet i permene. Hver deltaker har sin egen ABC-perm og leser det aktuelle temaheftet før hver gruppesamling. Ettersom refleksjonsgruppene er satt sammen av personer med forskjellig utdanning og arbeidserfaring, vil dette kunne gi faglig spennende refleksjoner og diskusjoner i gruppene. Opplegget er i all hovedsak selvdrivet og deltakerne lærer sammen.

ABC psykiske sykdommer i eldre år er beregnet til ett års opplæring og består av ti hefter med temaene: Psykiatrihistorie og verdier, sårbarhet og forebygging, depresjon, angst, psykose, delirium, personlighetsforstyrrelse, bruk av legemidler og psykofarmaka hos eldre, rus i eldre år og personalomsorg/veiledning.

Fagseminarene

Det blir gjennomført to heldags fagseminar per år hvor permens faginnhold ligger til grunn. Det er også mulig å presentere temaer som er knyttet til pågående prosjekter i kommunene, noe som kan lede til erfaringsutveksling mellom ansatte i forskjellige kommuner. Aldring og helse har et overordnet ansvar for fagseminarene og det er laget rammer for organisering av og innhold i disse. Helsedirektoratet gir tilskudd til seminarne gjennom Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Undervisningen er gratis for kommunene og derfor lettere å prioritere enn andre kurstilbud. For forelesere fra spesialisthelsetjenesten er seminarne en ramme for å oppfylle undervisningsplikten overfor primærhelsetjenesten. De utgjør også en god arena for psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, kommunepsykiatri og

øvrig kommunehelsetjeneste til å møtes og utveksle erfaringer. Fagseminarene er slik en mulighet for utvikling av faglige nettverk og bedret samhandling.

Forum ABC

Aldring og helse har opprettet et eget forum for ABC-seminarene på sine hjemmesider. Her finner man ferdige maler for invitasjoner til fagseminar, gruppeoppgaver og Power Point-presentasjoner som omhandler undervisningstemaet ABC Psykiske sykdommer i eldre år. Forelesningsmalene revideres jevnlig av Aldring og helse.

Tilbudet kan bety en god og effektiv start for nye forelesere, og en forenkling for arrangørene. Malene kan brukes som utgangspunkt og omarbeides slik at de passer for den enkelte foredragsholder. I Forum ABC er det også mulig å delta i diskusjonsgrupper og komme med innspill til forbedringer.

Nasjonalt kompetansehevede tiltak

Helse- og omsorgsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Aldring og helse oppdraget med å videreføre ABC-satsningen. Dette gjøres ved underleverandøravtaler med fagmiljøer som for eksempel alderspsykiatriske avdelinger og Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Hver kommune har egne ABC-kontakter med oppgave å koordinere

opplæringen i sin kommune. Aldring og helse administrerer ordningen.

Hvordan involvere psykiatrien i ABC psykiske sykdommer?

Arbeid med psykisk sykdom krever samhandling. Dersom personell fra DPS, alderspsykiatri eller kommunepsykiatri ønsker å delta i ABC psykisk sykdom kan de gjøre det uten å ha gått gjennom grunnpermene dersom de deltar i grupper med deltakere som har ABC-erfaring. Ellers kan de delta i fagseminarene som tilhørere og forelesere.

Spesialisthelsetjenesten har her en anledning til å bidra med kompetanse, oppfylle undervisningsplikten, bygge fagnettverk og egen undervisningskompetanse!

Gjenta suksessen fra Demensomsorgens ABC?

Forskning viser at de som gjennomfører ABC-opplæringen opplever at arbeidspresset går ned. Det kan ha sammenheng med at de opplever at de er tryggere på hvilke arbeidsoppgaver de skal prioritere når kompetansen blir bedre. Opplevelsen av mestring øker, og det samme gjør følelsen av variasjon i jobben. (8)

Over 21 500 er registrert i Demensomsorgens ABC. Suksessen må gjentas, nå med tema psykisk sykdom!

■ allan.overeng@aldringoghelse.no

REFERANSER

1. Helsedirektoratet 2012a. Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten.
2. Engedal K. 2008. Alderspsykiatri i praksis. Aldring og helse.
3. Helsedirektoratet 2012b. Rapport fra kartlegging av tilbud ved alderspsykiatriske avdelinger og DPS.
4. Kaup AR, Byers AL, Falvey C, Simonsick EM, Satterfield S, et. al. 2016. Trajectories of depressive symptoms in older adults and risk of dementia. JAMA Psych. 73, 525-31.
5. Helsedirektoratet og KORFOR 2015. Eldres rusmiddelbruk.
6. Utvalg for alderspsykiatri, Norsk psykiatrisk forening, Den norske legeforening 2010. Plandokument for alderspsykiatri 2011-2020.
7. Helsedirektoratet 2017. Nøkkeltall for primærhelsetjenesten.
8. Mork Rokstad AM. m.fl. The impact of the Dementia ABC educational programme on competence in person-centred dementia care and job satisfaction of care staff. International Journal of Older People Nursing. 10.16 og Forskning.no 05.01.17



TEKST: Bente Wallander

Internasjonal kongress i Oslo

Den 24. nordiske kongressen i gerontologi skal gå av stabelen i Oslo kongressenter den 2.-4. mai 2018. Arrangørene oppfordrer alle interesserte til å sette av dagene allerede nå.

Temaet for den 24. nordiske gerontologiske kongress, «**Lessons of a life time**», indikerer at det ikke bare er aldringen i seg selv som er viktig, men også den ferden vi som individer og samfunn tilbakelegger på vår vei mot eldre år.

Kongressen organiseres av Norsk geriatrikisk forening, Norsk selskap for aldersforskning, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA, samt Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. I invitasjonen til arrangementet oppfordrer de deltakerne til å dele siste nytt når det gjelder forskningsresultater og -ideer.

«Vi ønsker å utnytte vår tids forskningskunnskap om individuell og samfunnsmessig aldring, og samtidig rette et kritisk blikk mot hva vi bør fokusere på i tida som kommer. På hvilken måte kan våre erfaringer vise vei til visdom og kunnskap som kan bidra til en bedre aldring for våre nåværende og fremtidige befolkninger?» sier de i invitasjonen til arrangementet.

Blant foreleserne er professor Ursula Staudinger, Columbia University, New York, Folkehelseinstituttets direktør Camilla Stoltenberg, direktør og professor Mika Kivimäki, Whitehall II Study og University College London, professor Karen Andersen-Ranberg, Geriatrikisk institutt i Sør Danmark og Odense Universitetssykehus, Danmark, professor i sosiologi Sandra Torres, Uppsala Universitet og PhD Maria Krogseth, Oslo Universitetssykehus samt sykehusene i Telemark og Vestfold.

Frister og informasjon

Frist for innlevering til kongressens symposier er 15. november, mens fristen for innsending av abstrakter er 15. desember 2017.

Ytterligere informasjon om kongressen:

<https://blogg.hioa.no/24nkg>

De vonde øyeblikkene

En god latter, en god samtale, et fint kompliment eller noe annet hyggelig kan gjøre at en god følelse blir sittende som velvære i kroppen og kanskje som et smil om munnen en god stund. Det er sånn med de vonde episodene også. Om noe vondt har skjedd kan følelsen sitte lenge som en «klump» i magen eller kjennes over nakken og skuldrene. For personer med demens kan følelsen sitte igjen, etter at selve situasjonen som framkalte følelsene er glemt.

Vi snakker mye om betydningen av de gode øyeblikkene for personer med demens. Men gjøres det nok for å redusere de vonde øyeblikkene? For litt siden ble jeg invitert til en samtale på NRK P1+ om mobbing ved sykehjem. Før samtalen snakket jeg med kollegaer og tillitsvalgte i Nasjonalforeningen for folkehelsen om deres erfaringer og inntrykk. Demenslinjen er alltid en viktig kilde til slik kunnskap.

Det er ikke uvanlig at pårørende ringer og forteller at deres nære på sykehjem er redde for medbeboere. Siden angst og vrangforestillinger er vanlig ved demenssykdom, er det ikke alltid en konkret hendelse som skaper engstelse. Vi vet at mange som har demens mister filtre og kan reagere med irritasjon og sinne på omgivelsene. Vi hører også at personalet ikke alltid klarer å håndtere vanskelig atferd på en god måte, og at beboere kan bli plassert på rommet sitt fordi han/hun oppfører seg «ufint» på fellesrom.

En av våre erfarne tillitsvalgte fortalte meg at hun ofte ser at kognitivt velfungerende beboere reagerer negativt når en person med demenssykdom vil sette seg ved deres bord eller i deres gruppe. De sier rett og slett «Gå din vei» eller «Her kan du ikke sitte». På spørsmål om hvorfor de gjør det, kan svaret være at «Vi er da ikke som

henne». «Hun hører ikke til blant oss». Det er en uvilje mot å identifisere seg med den som fungerer dårlig kognitivt. Om en slik avvisning gjentar seg ved jevne mellomrom, går det inn under mobbedefinisjonen i Store Norske Leksikon: «Mobbing er aggressiv atferd som blir gjentatt over tid og er karakterisert ved et ujevnt styrkeforhold.»

Førsteamanuensis Wenche Malmedal ved NTNU har forsket på trakassering fra personale overfor beboere ved sykehjem. Latterliggjøring og ulovlige former for tvang er noe av det hun har funnet. Men også alvorlige tilfeller av vold og seksuelle overgrep forekommer, både fra personalets side og mellom beboere. Generelt er det lite forskning på dette, og særlig mangler kunnskap om mobbing beboere i mellom. Malmedal har også funnet at få sykehjem har noen beredskap eller rutiner for hva som skal skje om det oppstår alvorlige episoder. Hun forteller at amerikansk forskning viser at det er en tendens til at episoder med vold og trakassering ved sykehjem ikke blir rapportert og fulgt opp. Kan det være tilfellet hos oss også?

I alle diskusjoner som gjelder livskvaliteten ved sykehjem, kommer spørsmålet om bemanning opp. Men vi må ha som mål å skape trygghet, verdighet og fellesskap også innenfor de ressursene vi har. Ingen mener at elever må regne med mobbing inntil det kommer flere lærere i skolen. I skolen bekjemper mobbing med blant annet tydelig kommunikasjon om hva som er uakseptabel oppførsel, holdningsskaping og gode rutiner for å håndtere situasjoner som oppstår. Jeg er sikker på at det kan være noe å lære for sykehjemmene i å legge til rette for et godt miljø.



SKREVET AV
Lisbet Rugtvedt,
generalsekretær,
Nasjonalforeningen
for folkehelsen

Nasjonalforeningen
for folkehelsen



Din helse – vår hjertesak!

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

Nesevise øyeblikk

TEKST: Bente Wallander FOTO: Martin Lundsvoll

De kan ha glemt både ektefelle og barn, og være usikre på hvor de bor,
men ved synet av Yep og Frøken Fiona fylles rommet av gjenkjennende smil.
Klokkeklovnenes knallrøde neser kan de huske.

Det er stille og fredelig på den skjermede avdelingen for personer med demens ved Lørenskog sykehjem. Pasientene har nettopp avsluttet frokosten, nå slumrer flere av dem i en stol på stua. Godt tilbaketrukket i sin egen tankeverden forstyrres de verken av lydene fra oppvask som ryddes vekk eller av at en journalist og en fotograf kommer inn.

Det tar da også et par sekunder før lyden av de gjestende klovnenes rytmiske nynning avstedkommer noen form for reaksjon. Men så endres stemningen.

Skaper bevegelse

Under bordet begynner gamle føtter å bevege seg i takt. Øyne åpnes og glimter til Grete begeistres av rytmene. Hun skynder seg for å gi Patrick van den Boom, som klovnen Yep og Vanita Gro Elton som Frøken Fiona, en klem. Evelyn legger en spe annenstemme til klovnenes sang. At hun har bakgrunn fra kor, er lett å forstå. Svein stråler opp ved gjensynet, det gjør også Tore, som fornøyd får Yep med på sin versjon av O'Sole mio. Når Tore litt senere skal ta farvel med de to klovnene høres både latter og gråt: – Tenk på detta da. Dere altså... Fy flate!

Kasper har ikke noe ønske om å være del av det sosiale som skjer på avdelingen, men han elsker musikk og har selv spilt gitar. Han og kona Erika synger seg ofte gjennom sangboka når hun er på besøk. Paret mottar helst klovnene inne på Kaspers rom. Snart høres lystig musikk inne fra rommet.

Erika sier hun ser at Yep og Fiona har en vanskelig jobb:

– Men jeg synes de er veldig flinke. Det er så fint å se hva de kan få til av bevegelse i pasientenes øyne og kropp. Du ser jo veldig tydelig i kroppsspråket til de syke hvordan besøkene virker på dem.

Ikke alle liker Elvis

Ordet nesevis stammer opprinnelig fra tysk (jamfør norr. nasavit), og betyr egentlig den som har god luktesans. Vår tids forståelse av ordet er frekkhet. Kanskje er det nettopp dette en av pasientene har i tankene når hun opprørt roper: «Stans! Det er naturlige folk som skal være her, ikke galskap som dette!»

Alle i rommet skvetter til. Bekymrede uttrykk skygger for gleden vi nettopp så, forsiktig trekker de seg unna en mulig konflikt. Bare Yep blir stående, rolig bekrefter han kvinnens rett til å ha en annen mening enn flertallet. Deretter leder han og Fiona resten av gjengen fra stua til gangen utenfor, der de kan fortsette sitt program.

Kritiske røster til klovnenes inntog i norske sykehjem ville muligens sagt seg enig med kvinnen som, ifølge avdelingsleder Kjersti Tiller, tidligere har uttrykt stor glede ved deres besøk. I dag står hun opp for sin rett og mulighet til å påvirke det som skjer i pasientenes fellesrom. Hun setter seg demonstrativt med ryggen til, men er snart i dyp samtale med en pleier om noe helt annet og uroen i rommet avtar.

– En viktig erkjennelse, uansett hva man forsøker av tiltak i miljøet, er at ikke alle liker Elvis, understreker Tiller.

– Tidligere hadde vi og musikkterapeutene større fokus på gruppesamlinger med musikk. I dag ser vi hvor feil dette var. For mens én av pasientene våre våkner til liv og viser tydelig glede av en type musikk, sitter en annen i en fortsatt «tom» sinnstilstand. Vi må fjerne oss fra gruppetenkningen og være lydhøre for de signalene hver av våre pasienter med demenssykdom gir oss. Det er jo selve nøkkelen til personsentrert omsorg. «Men hverdagene våre er så hektiske, vi har ikke tid til å drive på slik», sier noen.

– Vi har ikke tid til å la være, svarer Kjersti da bestemt.

– At klovnene fanger pasientenes oppmerksomhet frigjør jo også noen hender. Uten besøkene ville noen pasienter dessuten ha begynt å vandre, og kanskje bygge opp urolig atferd. Etter endt besøk sitter vi nå i stedet tilbake med en fredfylt, fornøyd gjeng.

Samspill med ansatte

Det var lokallagene av Lions klubb og Norges Røde Kors som tok initiativ til et Klokkeklovn-prosjekt ved Lørenskog sykehjem. Sammen forærte de sykehjemmet åtte besøk, inklusive opplæring av ansatte og pårørendeinformasjon. Henvendelsen ble drøftet på et avdelingsledermøte.

– Jeg hadde lest om klovnenes virksomhet tidligere, og svarte med en gang ja, forteller Kjersti Tiller.



Kjersti Tiller



Det følger mye liv og latter med Frøken Fiona og Yeps besøk på den skjermede avdelingen for demens ved Lørenskog sykehjem. «Klokkeklovnene er kjent for å kunne bringe inn øyeblikkenes enkelthet. Med varme, humor og respekt skaper de en ny realitet som overrasker, gleder og trygger», skriver avdelingsleder Kjersti Tiller i sin prosjektrapport.

Etter å ha jobbet på sykehjemmet siden 2003 hadde hun sett mange eksempler på hvor god effekt andre miljøterapeutiske tiltak kan ha, som musikkterapi og besøk av terapihund. Erfaringen har vist at alt handler om å se hver enkelt pasient og å skape den verdifulle kontakten. Det var spennende å se om også klovnene ville klare dette.

De ansatte ble før første besøk tilbudt kurs i regi av klokkeklovnene og kunstnerisk leder.

– Det er viktig at vi ikke setter oss ned som publikum som om det skulle være en forestilling. Det må være et samspill mellom oss. Vi jobber nå aktivt sammen med dem i miljøet, er til stede når de kommer og ivaretar pasientene slik at Patrick og Vanita Gro kan få gjort den aller beste jobben sin. Før og etter hvert besøk tar vi også en prat. Er det noe spesielt klovnene skal være oppmerksomme på i dag? Har det kommet nye pasienter kanskje, eller i hvilken stue kan det være lurt å starte opp?

Når inn til det friske

Etter åtte besøk fra Klokkeklovnene har Kjersti Tiller skrevet en svært positiv rapport.

– Det jeg og de andre ansatte er mest opptatt av, er å formidle alt det positive vi har hørt og sett. Blant våre pasienter finnes de som har glemt både tid, familie og sted. Klovnene med de røde nesene kjenner de likevel igjen, og de spør etter dem mellom besøkene. Kanskje husker de følelser fra tidligere møter, de gode øyeblikkene, undrer hun.

Enkelte pasienter på avdelingen kan på grunn av sykdom opptre utfordrende sosialt. Også hos dem synes klovnene å vekke et positivt engasjement. Det samme gjelder pasienter som lett isolerer seg.

– Klovnene når etter min mening inn til det friske hos personer med alvorlig demens, slik at det som ligger bak en persons sykdom og funksjonstap for et øyeblikk løftes fram. Vi ser tydelig at pasientene endrer atferd under og etter klovnenes besøk. At personer som ofte uttrykker tom tristhet brått viser glede, at de som er stive blir mere bevegelige og at de som for lengst har mistet ordene nå begynner å snakke eller synge. For oss som vet hvor syke de fleste av våre pasienter er, er det en like stor opplevelse hver gang. Vi er veldig takknemlige etter å ha fått være med på dette, understreker avdelingslederen.

Kjersti Tiller foreslår derfor at klovneprojektet blir en fast foreteelse: – Slik at det vi har oppnådd ikke bare blir et stunt.

Noen blir opprørt av klovner i sykehjemshverdagen. Andre røres av de røde nesebærernes kompetente varme.



Klokkeklovnene er en non-profitorganisasjon som har som mål å skape magiske øyeblikk mellom klovnen og personer med demens.

– Lykken er å se glede

– For oss er lykke noe som oppstår når vi ser glede i andres øyne. Vårt mål er å skape positive opplevelser for alle vi møter, sier Klokkeklovnenes kunstneriske leder Patrick van den Boom.

– Personer med demens har på grunn av sin sykdom ofte utfordringer knyttet til kontakt med andre.

Fellesaktiviteter og -underholdning kan for dem oppleves som støyende, forvirrende og ubegripelig. Eldre med demens trenger også å bli sett i sin egen opplevelsesverden. Når ord og tale ikke fungerer som før, kan det være godt å møte noen som kommuniserer på andre måter, sier han.

Ingen forestilling

Patrick og hans 14 norske kolleger har snart 20 års erfaring med klovning i helsevesenssammenheng i Norge og Nederland. De mener at de har funnet en formel som fungerer på sykehjem.

– Med lekenhet, sang og musikk forsøker vi å bringe personer med demens i kontakt med seg selv. Vi er ikke sirkusklovner som holder en forestilling, vårt ønske er å komme som et «hyggelig og uventet besøk». Beboerne er hovedpersonene, og vi føler oss forsiktig fram, med stor respekt for deres opplevelsesverden. Målet er å møte den enkelte med omsorg og varme. Hvert besøk er unikt og tilpasset institusjonen vi samarbeider med, sier han.

Klovnene reiser alltid to i spann, og snakker alltid med personalet på avdelingen først. Deretter trer de tilbake for å sminke seg, samt «stille seg inn» på stedet og personene de skal besøke.

– Godt samarbeid med de ansatte er viktig, da det er de som best kjenner den enkeltes behov. Etterpå er det også en kort muntlig evaluering. Vi tar ikke motstand, slik vi opplevde det i dag, personlig. Slike episoder kan like



i andres øyne

gjernere være uttrykk for skuffelse over livet og sykdommen de har fått, sier Patrick van den Boom.

Bakgrunn

I Nederland begynte man med sykehusklovning for cirka 20 år siden. En dag oppfordret moren til en av klovnene dem til å forsøke med klovning på sykehjem. Dette ble svært vellykket og virksomheten vokste, under navnet Careclowns.

De første klovningene i norsk helsevesen var det Siv Øvsthus og Helseklovnene som sto for, ved barneavdelingen på Haukeland sykehus i 1989. Da Patrick van den Boom kom til Norge hadde han både pedagogisk bakgrunn, skuespillerutdanning, to-årig utdanning som klovner og 13 års erfaring som klovner i nederlandsk demensomsorg. Patrick leder i tillegg en internasjonal klovneskole.

Snart hadde han etablert den ideelle organisasjonen KlokkeKlovnene, som i 2016 hadde 15 tilknyttede klovner som gjennomførte 56 besøk ved sykehjem i Oslo, Lørenskog, Ullensaker, og Skedsmo.

Med støtte fra Kavilifondet kunne KlokkeKlovnene i fjor ansette Einar Tønnessen som daglig leder i prosjektstilling. Tønnessen skal konsentrere seg om driften og kontakt med økonomiske støttespillere.

– Det er, ifølge ansatte ved avdelingene som KlokkeKlovnene besøker, ønsket om mer regelmessige besøk. Utfordringen for sykehjemmene er at de ikke har budsjetter til å dekke dette selv, sier Tønnessen.

– Vi vurderer likevel framtida som full av muligheter. Nye økonomiske støttespillere har meldt seg ved starten av året, og flere kommuner har meldt sin interesse for besøk og kurs.

NYTT OM KLOVNING

100 besøk i statsbudsjettet. Den 28. april ble KlokkeKlovnene tildelt midler over Statsbudsjettet. Via Helsedirektoratet har de fått penger til å gjennomføre 100 sykehjemsbesøk nasjonalt. «Nå er vi i full gang med å kontakte sykehjem og kommuner fra Kirkenes til Kristiansand», sier KlokkeKlovnene i sitt nyhetsbrev.

Rämgård, Carlson og Mangrio utførte i 2015 en studie på klovner og personer med demens i to svenske pleie- og omsorgsenheter; Én i storbyen Malmø, en annen på landsbygda i Osby. Slik ble resultatene oppsummert: «Klovnene har en fantastisk evne til å 'tone inn' og være oppmerksomme på hver enkelt person. De trigger beboernes sanser, oppmuntrer og bekrefter dem verbalt, vier deres fortid oppmerksomhet og stimulerer det sosiale rommet.»

Amnon Raviv viser i sitt abstrakt *Humor i Twilight Zone. Mitt arbeid som medisinsk klovner for pasienter med demens* (2013) til studier som har vist at humor kan bidra til økt livskvalitet for pasienter med demens. «Klovnene kan skape interaksjoner med pasienter basert på humor. De beroliger, styrker og mobiliserer, slik at pasienten forbindes med omgivelsene. Medisinsk klovning er en tverrfaglig terapeutisk kunst, og den medisinske klovner har et 'sett' av flere ferdigheter (inkludert humor, drama, musikk og dans), som alle har en gunstig, terapeutisk effekt på pasientene, skriver han.

Gir ansatte kompetanse om demens og utfordrende atferd

Med økt levealder øker også forekomsten av demenssykdom i befolkningen. For å møte behovene til personer med demens og deres pårørende må kompetansen styrkes. Trondheim kommune har tatt dette på alvor, ved å sette kompetanseheving av ansatte i system.

Trondheim kommunes Kompetansegruppe for utfordrende atferd ble opprettet i 2011. Gruppen fikk i oppdrag å utarbeide et todagers kurs kalt Kompetansepakke utfordrende atferd for kommunens helse- og velferdssentre (sykehjem). Pakken inneholdt kunnskap om demens, tillitsskapende tiltak og APSD (atferdsmessige og psykiske symptomer), og undervisningen ble ledet av leger fra St. Olavs hospital og tilsynslege.

Gruppen erfarte etter en stund at det ville være mer hensiktsmessig å drifte kompetansepakken selv. Medlemmene fikk da opplæring av spesialisthelsetjenesten og et tydelig mandat fra Kommunaldirektør for Helse og velferdstjenesten i Trondheim, Helge Garåsen.

– Hvilke oppgaver har kompetansegruppen?

Gruppens mandat sier at den skal være en ressursgruppe for rådmannen i spørsmål knyttet til pasienter med utfordrende atferd, og at den skal bidra ved aktuelle tilsyn. Gruppen skal sikre at kommunens overordnede rutiner er oppdatert, og at de ivaretar nasjonal faglig retningslinje om demens. Den skal oppdatere og kvalitetssikre innholdet i kompetansepakke utfordrende atferd hvert halvår for å sikre at innholdet er i tråd med nasjonal faglig retningslinje om demens og aktuelt lovverk.

Kompetansegruppen har utarbeidet rutiner til kommunens kvalitetsprogram på områdene: Faglig kvalitetsstandard ved utfordrende atferd, Inntak til forsterket skjermet enhet, Utskrivning fra forsterket skjermet enhet og Ressurspersoners rollebeskrivelse. I *Veileder om utfordrende atferd ved kognitiv svikt* beskriver

gruppen tiltak som anbefales for å forebygge og dempe utfordrende atferd.

Kompetansegruppen tilbyr årlig nyansatte og ressurspersoner i enhetene opplæring i kompetansepakken og VIPS praksismodell i personsentrert omsorg. De som gjennomfører opplæringen blir ressurspersoner for utfordrende atferd i egen enhet. Kompetansegruppen inviterer til nettverkssamlinger for fagledere og ressurspersoner to ganger i året. Nettverkene er også en arena for kompetanseheving gjennom bruk av case, undervisning og refleksjon.

– Hvordan skjer oppfølgingen?

Ressurspersonene skal være synlige og tydelige på egen enhet, bistå og veilede sine kollegaer for å bygge kompetanse på tillitskapende og forebyggende tiltak. Kompetansegruppen er tilgjengelig for ressurspersonene ved behov. Ved å gi støtte og veiledning i miljøbehandling blir enhetene i større grad i stand til å håndtere utfordringer på egen enhet. Ved behov går gruppens deltakere også ut i enheter for å bistå i konkrete utfordringer. Vi bruker da veiledningsmetoder som Marte Meo, Dementia Care Mapping, refleksjon og diskusjon.

Kompetansegruppen får lesetilgang i fagverktøyet Gericat til den aktuelle brukeren. Videre oppfølging dokumenteres av kompetansegruppen med oversiktlig og lett tilgjengelig informasjon.

Kompetansegruppen tilstreber å møte ansatte på en respektfull og ydmyk måte, med forståelse for at de er i krevende situasjoner. Gruppen lytter til de ansattes opplevelser for deretter å komme med ulike innspill. En kan ofte låse seg

SKREVET AV
Liv Berit T. Moen, sykepleier,
Ressurssenter for demens,
Trondheim kommune
Tone Dypaune, fagutviklings-
sykepleier, Sør-Trøndelag helsehus,
Utviklingssenter for sykehjem
i Sør-Trøndelag



◀ Ved å gi støtte og veiledning i miljøbehandling blir enhetene i større grad i stand til å håndtere utfordringer. Ved behov går gruppens deltakere også ut i enheter for å bistå i konkrete utfordringer.

Ill.foto: Martin Lundsvoll

fast i handlingsmønster og oppfatninger av hvordan situasjonen er. Gruppen skal være en samtalepartner utenfra, noen de kan diskutere erfaringer og faglige spørsmål med. Gruppen skal ha fokus på veiledning av faglige utfordringer personalet møter, ikke fokus på enkeltansatte eller personaloppfølging.

– *Hvordan brukes plassene på Forsterket skjermet enhet?*

Trondheim kommune har ti korttidsplasser ved Forsterket skjermet enhet (FSE) ved ett av byens helse og velferdssentre. Brukere kunne tidligere bli boende på avdelingen over lengre perioder fordi inntak/utskrivning ikke ble fulgt opp. I dag kvalitetssikrer kompetansegruppen inntak på FSE, ved uenighet veier vår vurdering tyngst. Gruppen har dialog med FSE om utskrivning av beboere til ordinære avdelinger i Helse- og velferdssentre, og med saksbehandlere på bestiller-/utførerkontor (HVK) og kommunens tildelingsteam for å oppnå hensiktsmessig bruk av plassene.

– *Hvem er kompetansegruppen?*

Kompetansegruppen er et tverrprofesjonelt sammensatt team og har ansatte fra ulike enheter i Trondheim kommune..

20 prosent av den enkeltes stilling er avsatt til arbeidet og gruppen møtes fast hver torsdag. Kompetansegruppen er byomfattende, noe som gir den et overblikk over kommunens tilbud og mangler rundt brukergruppen. Gruppen møter helsepersonell og ledelse fra de ulike bydelene, ser de ulike behovene for økt kompetanse og legger opp undervisning i nettverksamlinger etter dette. Gruppen kan også overfor rådmannen foreslå forbedringer i utviklingen av nye og eksisterende tilbud.

– *Hvilke utfordringer ser dere i arbeidet?*

Gjennom de årene gruppen har eksistert har vi gjort oss noen erfaringer. Vi har opplevd at ressurspersoner som har fått økt sin kompetanse, har opplevd det som vanskelig å få implementert den i egen enhet. Dette kan skyldes at ledelsen ikke etterspør kompetansen, eller at ressurspersonene ikke er bevisst sin rolle. Vi ser betydningen av at de ressurspersonene som blir valgt tar et veilednings- og opplæringssansvar. Det er også viktig at vi jevnlig setter fokus på ressurspersonenes rollebeskrivelse i nettverksamlingene. Dette bidrar til økt bevissthet om rollen i egen enhet.

– *Hva har dere oppnådd?*

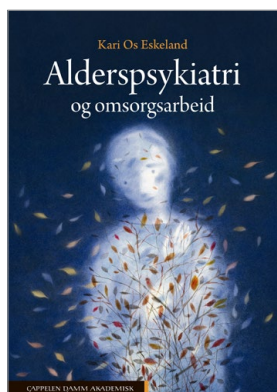
Ressurspersonene er i dag mer bevisst sin rolle. Enhetene tenker oftere; Hvordan kan vi løse denne utfordringen, i stedet for å tenke at bruker må flyttes fra enheten. Enhetene har også blitt flinkere til å håndplukke ressurspersoner, både når det gjelder engasjement og veiledningskompetanse for andre ansatte i sin enhet. Det er tydeligere forankret blant ledere at dette er nyttig og en effektiv måte å jobbe på.

Kompetansegruppen opplever å ha lyktes med å ha en god oversikt over kommunens enheter, tjenestetilbud og et nettverk som vi kan spille på lag med til det beste for personen med demens, deres pårørende og tjenesteytere.

■ liv-berit.moen@trondheim.kommune.no

Kompetansegruppe for utfordrende atferd

Ved årsskiftet 2016/17 består kompetansegruppen av Ingrid Haug Olsen, vernepleier/fagleder ved Ressursenter for demens, Tone Dypaune, fagutviklingssykepleier ved Sjøstad helsehus, Utviklingssenter for sykehjem i Sør-Trøndelag Ann Elin Grande, vernepleier ved Valentinlyst forsterket skjermet enhet, Aina Gulliksen, vernepleier ved Trondhjems hospital, Julie Krutå, vernepleier ved Ressursenter for demens Liv Berit T. Moen, sykepleier ved Ressursenter for demens.



Kari Os Eskeland
Alderspsykiatri og omsorgsarbeid
 Illustrert av
 Fagbok, 2017
 Cappelen Damm Akademisk
 ISBN 978-82-025-1432-7

Aktuelt om møter med psykisk syke eldre

Forfatter Kari Os Eskeland har gjennom sine 19 år som overlege ved en alderspsykiatrisk poliklinikk erfart at det kan være betydelig mangel på alderspsykiatrisk kunnskap og kompetanse i kommunehelsetjenesten. «Psykiske lidelser blir av mange helsearbeidere oppfattet som skremmende og vanskelige å forholde seg til, både faglig og menneskelig», fastslår forfatteren, som deretter gjør alt hun selv kan for å bøte på lesernes inkompetanse og uvitenhet.

Os Eskeland tar i bokens fem deler for seg temaene *Kunnskap for å forstå den eldre med psykisk lidelse, Omsorg til eldre med psykiske lidelser, De psykiatriske sykdommene og omsorgsarbeidet, De hjerneorganiske lidelsene* samt *Juridiske forhold*. Etter å ha gitt leserne et innblikk i psykiske lidelser som hjemmetjenesten risikerer å møte hos sine eldre pasienter, presenterer forfatteren tiltak som førstelinjetjenesten kan iverksette for å lindre pasientenes plager. Boka fungerer dermed også som en håndbok, der ansatte får tildelt verktøy som kan hjelpe dem til å håndtere utfordringer de opplever i møte med psykisk syke eldre. Avslutningsvis inneholder boken en rekke eksempler på problemer eller dilemmaer de som arbeider med eldre kan støte på. Hensikten er å skape refleksjon rundt pasienters utfordringer. Hva kan eller bør man som helsearbeider gjøre for å lindre eller lette pasientenes og deres pårørendes lidelsestrykk?

Boka er aktuell og forståelig for alle som er i kontakt med psykisk syke eldre. Den rettes i hovedsak mot helsepersonell i kommunehelsetjenesten, men den kan være lærerik og nyttig også for andre lesergrupper.

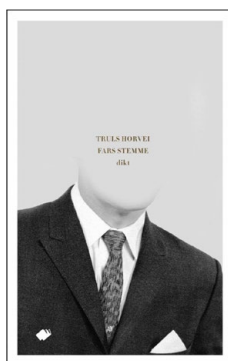


Jannike Engelstad Snoek og
 Knut Engedal
Psykiatri for helse- og sosialfagutdanningene
 Lærebok, 2017
 Cappelen Damm Akademisk
 ISBN 978-82-025-1901-8

Lærebok om psykiatri i ny utgave

Læreboken *Psykiatri for helse- og sosialfagutdanningene* er i vår utgitt i fjerde, reviderte utgave. Boken omfatter fortsatt alle emnene som er vektlagt i psykiatriundervisningen i de treårige helse- og sosialfagutdanningene. Men, som det sies i bokens forord; «Menneskenes hjerter, og dermed også psykiske lidelser, utvikles i samspill med omgivelsene.» Siden den første utgaven kom ut i 2000 har endringer skjedd, både i forståelse og behandling av psykiske lidelser.

Ny kunnskap er derfor tilført boka, deriblant på området psykiske lidelser blant eldre. Temaet omtales bredt i et eget kapittel. Boka er ellers oppdatert med kunnskap som har fått gjennomslag i klinisk virksomhet, og nye behandlingsformer med dokumentert klinisk effekt. Lovverket som regulerer feltet omtales i tråd med vedtatte endringer.



Truls Horvei
Fars stemme
 Dikt, 2017
 Wigstrand Forlag AS
 ISBN 978-82-814-0215-7

Demens i sår diktning

Diktene i boken *Fars stemme* presenteres i to avdelinger, der den første innledes med en prolog. En mann ser tilbake på egen oppvekst på 1960- og 70-tallet. Barnets blikk på de voksne står sentralt, når han ser seg selv utenfra som barn, gutt og tenåring. Minner fra opplevelser og møter med andre kobles opp mot utrygghet og nervøsitet.

Bokens andre del dreier seg om alderdom, forfall, fysisk svekkelse og demens. Balansen mellom far og sønn forrykkes når fars demenssykdom blir så alvorlig at han må på institusjon. Mange kan kjenne seg igjen i de såre, men også varmt og poetisk skildrede episodene som kan oppstå når faren beveger seg vekk fra familien og inn i et for dem nytt og ukjent landskap. Diktene kan leses enkeltvis, og som en sammenhengende fortelling.

Alle omtalt av Bente Wallander

TEKST: Bente Wallander

Nytt opplæringsprogram i musikkbasert miljøbehandling

Med opplæringsprogrammet Musikkbasert miljøbehandling skal ansatte i helse- og omsorgstjenesten lære hvordan de skal integrere musikk og sang i miljøbehandlingen.

Opplæringsprogrammet *Musikkbasert miljøbehandling* er utviklet med forankring i Stortingsmelding 29 (2012-2013), Morgendagens omsorg og i *Demensplan 2020*. Programmet er finansiert av Helsedirektoratet, og det kreves ingen forkunnskaper i sang og musikk for å delta. Ansatte i helse- og omsorgstjenestene skal etter opplæring ha kompetanse som gjør dem i stand til å bruke musikk, sang og bevegelse systematisk, som del av et helhetlig behandlingstilbud. Programmets tre elementer bygger på prinsipper for personsentrert omsorg og har samme kunnskaps- og erfaringsgrunnlag.

ABC Musikkbasert miljøbehandling

- integrert bruk av musikk, sang og bevegelse i eldre- og demensomsorg

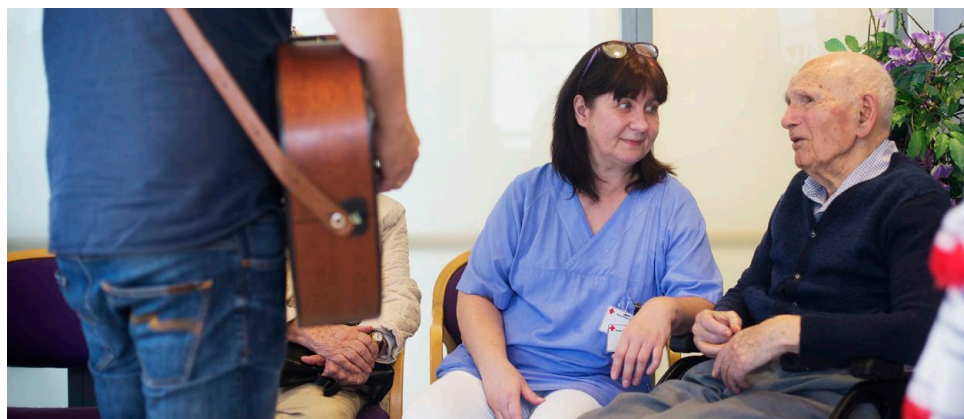
Tilbudet bygger videre på ABC-modellens kunnskap og gir opplæring i hvordan musikk, sang og bevegelse kan benyttes i miljøbehandling i omsorg for personer med demens. Opplæring skjer lokalt. Med utgangspunkt i seks ABC-studiehefter drøftes fagstoffet og egen praksis. Deltakerne er med på én fagdag i eget fylke og selvdrevne studiegrupper på arbeidsplassen. Blant temaene det undervises i er: Hvordan virker musikk på hjerne, kropp og følelser, hva er personsentrert omsorg med musikk, sang og bevegelse og hvordan/hvorfor kan musikk påvirke symptomer ved demens

Samlingsbasert Musikkbasert miljøbehandling

- fordypning i integrert bruk av musikk, sang og bevegelse

Gjennom dette landsdekkende kurset i *Musikkbasert miljøbehandling* får deltakerne opplæring i nye verktøy for å bygge trivsel og mestring og for å endre symptomer som uro, gangvansker og apati. Undervisningen er rettet direkte mot arbeidshverdagen. Modulen er en videreutvikling av opplæringsprogrammene ved Bergen Røde Kors Sykehjem og Myskjaskolen, som tidligere ble arrangert av Fagakademiet. Modulen kan både bygge på Modul 1 og tas

uavhengig av den. Kursopplegget innebærer tre samlinger, praksisveiledning og fagfellevurdering samt tilgang til en webportal med eksempler på musikktiltak og erfaringsutveksling. Temaer for undervisning er blant annet individualisert musikk, rytmisk auditiv stimulering og nær-
værstrening med pust og avspenning.



Ill.foto: Martin Lundsvoll

Utdanninger

- integrert bruk av musikk, sang og bevegelse i helse- og omsorgsutdanningene

Dette tilbudet gir mulighet for flere utdanningsløp innen høyere utdanning.

NORD universitet tilbyr videreutdanningen *Kultur og helse* og videreutdanningen i *Musikkbasert miljøbehandling* (begge gir 7,5 studiepoeng).

Fra høsten 2018 tilbys også mastermodul i *Musikkbasert miljøbehandling*. Temaet inngår i bachelor sykepleie ved Nord universitet, studie-
sted Levanger og Namsos.

Temaer for opplæring er blant annet: Hvordan musikk påvirker hjerne, kropp og følelser; Individualisert musikk, sang og bevegelse; oppbygging trinn for trinn, hvordan finne riktig musikk? Musikk og nevrofysiologi, Musikk i medisinen; om forskningen og gode praksis-
eksempler samt Hvordan bruke musikkbasert miljøbehandling på egen arbeidsplass?

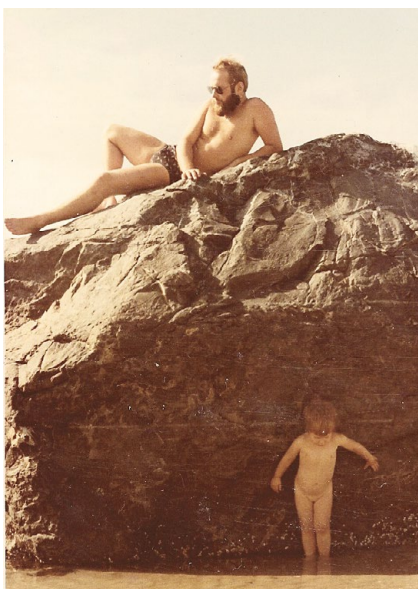


ABC Musikkbasert miljøbehandling



Magne Schille kobler av med musikk.

TEKST: Bente Wallander
FOTO: Kristine Kroder Schille



«These days I just walk with you»

Da Kristine Kroder Schilles far fikk diagnosen Alzheimers sykdom, ble far og datter enige om at hun skulle fotografere sin fars kommende dager.

– Pappa var bare 59 år da han ble diagnostisert. Han var en aktiv og allsidig mann, som fortsatt framsto som frisk da han i en åpenhjertig mail til venner og bekjente fortalte om sykdommen, forteller Kristine Kroder Schille.

Selv sto hun den gang på flyttefot: – Mannen min og jeg hadde bestemt oss for å bo i Nederland mens jeg var i svangerskapspermisjon. Siden jeg ikke er laget til å være hjemmевærende husmor, og det var vanskelig å få til et ordnet arbeidsforhold i et fremmed land, bestemte jeg meg for å ta et fotokurs. Av utdannelse er jeg dramapedagog og regissør, nå fikk jeg en fantastisk sjanse til å utforske et nytt formspråk. Det ble kjærlighet ved første klikk, og kurset jeg skulle ta utviklet seg til å bli et et to-årig fulltidsstudium i fotografisk design/formgivning.

Kristine tok allerede sommeren 2008 en rekke bilder av sin far mens hun var på ferie hjemme hos foreldrene i Narvik. Farens sykdomsutvikling ble en historie hun ville fortelle.

– Som et skoleprosjekt laget jeg først et Alzheimer-magasin, der pappa blant annet stilte opp i en sportsreportasje. Deretter valgte jeg pappas liv som min hovedoppgave. Det siste studiehalvåret pendlet jeg mellom Narvik og Amsterdam for å løse dette oppdraget. Senere kom perioder da jeg og mamma byttet hjem. Hun passet mitt hjem og våre barn mens jeg var hos



Foto: Bente Wallander

▲
Kristine Kroder Schille dokumenterer sin fars dager med demens.



«Jeg beveger meg inn i en del av mine foreldres liv jeg ikke hører hjemme i», skriver Kristine i boka.

pappa i nord. På den måten fikk jeg et enda tydeligere innblikk i pappas dager med demens. Han syntes det var artig at jeg hadde klart å gjøre så mye ut av det vi hadde bestemt oss for.

Eksamensoppgaven; en fotobok med kortfattede tekster, ble publisert digitalt i 2012.

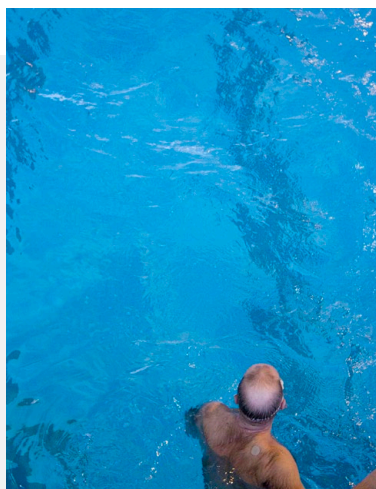
– Mamma og jeg snakket ofte på telefon i denne perioden. Hun delte det hun opplevde som vondt og vanskelig med meg, selv tok jeg det ut i form av dagboknotater. Med utgangspunkt i dette forsøkte jeg å formidle våre sorger, tap og savn på en måte andre kan kjenne seg igjen i.

Kristines far hadde endret seg i løpet av de første årene med diagnostisert sykdom, men

var fortsatt ingen pasient. Som fotograf vil Kristine dokumentere døgnene til en yngre person med Alzheimer, og ved det gi et innblikk i sin fars kaotiske, til tider skremmende og likevel fortsatt gode liv.

Fire år senere, i 2016, fikk faren fast plass på Narvik sykehjem. På grunn av annen sykdom ble han i løpet av kort tid mye dårligere, men Kristine fotograferer fortsatt. Boken hun gjorde det så skarpt med til eksamen er ikke ferdig.

– Jeg kunne ikke gjort dette hvis foreldrene mine ikke hadde vært så åpne. Noen kan synes at jeg utleverer faren min med disse bildene, men selv lener meg til det han sa mens han fortsatt var frisk. Vi gjorde en avtale om å stå løpet ut.



Epilog

Pappa sa til meg i dag:

«Først kjentes det som Alzheimers satt på hodet mitt.
Veien kjentes tung og nesten umulig å gå.

Nå kjennes det som Alzheimers går sammen med meg.
Litt lengre bak.

Men vi går sammen»

Kristine Kroder Schille, 2012

Kristine Kroder Schiller viser på forespørsel bilder og holder foredrag om prosjektet og pårønderrollen. Se flere av Kristines bilder her: <http://www.blurb.com/b/3347865-these-days-i-just-walk-with-you>
Bildene gjengis med foreldrene Inger Johanne N. Schille og Magne Schilles tillatelse.

«Hvem ser meg?»

De er ikke mange, men de er mange nok til at de fortjener vår oppmerksomhet. Mindreårige barn som har en forelder med demens lider ofte i det stille og kan oppleve at deres hverdag og roller innad i familien endres.

Mange tenker kanskje at demens er noe som bare rammer eldre personer, men vi vet at demens også kan ramme yngre. Med yngre menes i denne sammenheng personer under 65 år. De færreste vet kanskje at demens også kan ramme i enda yngre år og at flere som får en demensdiagnose har mindreårige barn. I en tidlig fase av sykdommen antas det at en av fire yngre personer med demens har barn under 18 år (1, 2). For familien vil sykdommen få store konsekvenser. De opplever at ens nærmeste får en sykdom som resulterer i alvorlige endringer i intellekt og væremåte. Sykdommen betyr for ektefellen at framtidsplaner må revideres, roller i familien endres og økonomien blir vanskeligere for mange. I tillegg til omsorgen for personen med demens vil den friske ektefellen få ansvaret alene for barn og ungdom, ofte har den samme personen gamle foreldre som og trenger hjelp (3).

Tilbud til barn og noen resultater fra multisenterstudien

Våren 2015 gjennomførte Aldring og helse en ikke-vitenskapelig kartlegging av tilbudet avdelinger i spesialisthelsetjenestens gir til barn som har en mamma eller pappa med demens. Det ble blant annet spurt om avdelingen har barneansvarlige personell, hvilke tiltak og rutiner avdelingen har for å følge opp barn som pårørende, om de samarbeider med andre instanser hvis det er behov for det og om de gir informasjon om foreldrenes sykdom.

I november 2015 ble resultater fra multisenterstudien *Barn som pårørende* publisert (4). Målet med denne studien var å gi ny kunnskap om situasjonen for barn som har foreldre som er pasienter i spesialisthelsetjenesten. Studien fokuserer på barnas og foreldrenes egne beskrivelser av sin situasjon og sine



erfaringer. Studien fokuserer også på hvordan foreldrenes sykdom virker inn på barnas dagligliv og helse, hvilke utfordringer de opplever, hvilken hjelp de har mottatt, hvordan de har opplevd denne hjelpen og hvor godt spesialisthelsetjenesten er i stand til å identifisere barn og vurdere deres behov. I tillegg sier studien også noe om i hvilken grad bestemmelsene i helselovgivningen om barn som pårørende er implementert.

På bakgrunn av tidligere forskning (5, 6), samtaler med barn og resultater fra multisenterstudien (4), vet vi at oppfølgingen av barn som pårørende er mangelfull. Barn har behov for å snakke om sin situasjon, men ikke alle barn har noen å snakke med. Flere barn får heller ikke tilstrekkelig informasjon til å forstå sin forelders sykdom og konsekvenser av den. Vi vet også at barn og unge som pårørende påtar seg vesentlig mer omsorgsoppgaver og husarbeid enn det som er vanlig, de bruker mye tid på det, og opplever stress og belastning på grunn av det. Barna kan bli mye overlatt til seg selv, eller de får mye ansvar for den syke. Flere barn sier at de ønsker mer praktisk hjelp hjemme slik at de kan avlastes og leve sitt eget liv med skole, venner og fritidsaktiviteter (4).

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (Aldring og helse) fikk i 2015 i oppdrag fra Helsedirektoratet å utvikle tilbud til mindreårige barn som har en mamma eller pappa med demens. Prosjektet fikk navnet *Hvem ser meg?* Prosjektet besto av tre delprosjekter; 1) kartlegging, 2) utvikling av informasjon, 3) sommerleir. I denne artikkelen ønsker vi å beskrive hva som er gjort når det gjelder utvikling av informasjon til barn og unge, samt presentere erfaringer fra den første sommerleiren rettet mot barn som har en mamma eller pappa med demens.

SKREVET AV
Trine Nordby Skjellestad,
Enhetsleder enhet 1,
Diakonhjemmet sykehus,
alderspsykiatrisk avdeling

Informasjon om demens tilpasset barn og unge

Om demens finnes det allerede mye informasjon, både skriftlig i brosjyrer og bøker, samt digital informasjon på internett. Veldig lite av denne informasjonen er tilpasset barn og unge. Vi vet fra samtaler med pårørende barn, blant annet i fokusgrupper og på sommerleiren, at tilpasset informasjon er noe barna ønsker seg. Derfor har det vært viktig for oss å utvikle informasjon om demens rettet mot denne målgruppen.

Før Aldring og helse tok valget om hvordan informasjon om demens tilpasset barn og unge skulle utvikles, inviterte vi til et dialogmøte og påfølgende fokusgruppeintervju. Overordnede temaer på disse møtene var blant annet å diskutere behovet for informasjon og møteplasser. Deltakere på dialogmøte var ungdom fra 19 år og oppover, foreldre og helsepersonell. Deltakere i fokusgruppen var barn og ungdom i aldersgruppen ni til 18 år, en forelder deltok også.

Nesten alle barna og ungdommene sa at de ønsket at mamma eller pappa og helsetjenesten skulle informere om den syke forelderens diagnose, situasjon og framtidsutsikter. De fortalte også at de stort sett «googlet» ordet demens hvis de manglet svar eller lurte på noe mer om demens. De fleste sa at de foretrakk å finne skriftlig informasjon på internett, men at de også kunne ønske seg tilpasset informasjon i bokform. Barna sa også at den informasjonen de finner om demens på internett er vanskelig å forstå, og at den av og til kan være litt skremmende.

I multisenterstudien (4) kom det fram at barn får klart mest hjelp og støtte fra familie og venner når situasjonen hjemme oppleves vanskelig. Dernest er læreren den viktigste hjelperen, mer enn det foreldrene er klar over. Studien viser også at fastlegene i liten grad bidrar til videre hjelp for disse barna (4).

Aldring og helse utviklet en informasjons-brosjyre om barn som har en mamma eller pappa med demens. Målgruppen for denne brosjyren er helsesøstre og lærere i skole og barnehage. Brosjyren forklarer hva demens er, hvilke utfordringer barna står i, og hvordan helsesøstre og lærere kan samtale og hjelpe barna. Innholdet i brosjyren kan bidra til å gjøre hverdagen litt lettere for barna ved at helsesøstre og lærere får økt kunnskap om demens.

Nettsider og filmer

Aldring og helse har (i samarbeid med Headspin Communication) laget to nettsider og tre filmer.

www.hvemsermeg.no
www.tidenflyr.no

Nettsider

Den ene nettsiden (www.hvemsermeg.no) retter seg mot barn opptil 12 år, den andre nettsiden (www.tidenflyr.no) er rettet mot unge fra 13–18 år. På begge nettsidene kan barn og ungdom finne faktainformasjon om demens tilpasset målgruppen. De vil finne informasjon om hvor de kan henvende seg dersom de har behov for noen å prate med, og lenker til andre aktuelle nettstedet som omhandler temaet. I tillegg vil Aldring og helse legge ut informasjon om aktuelle tilbud som arrangeres for barn og unge på begge nettsidene.

Filmer

I den ene filmen som heter «Huske» er målgruppen barn opptil 12 år. Filmen er animert og handler om en jente på cirka 10 år som har en mamma med Alzheimers sykdom. Jenta forteller seerne om hvilke tanker hun har, og hvordan hun opplever det å ha en mamma med demens. Filmen har vist seg å være en populær informasjonskanal. Så langt er filmen sett 34 233 ganger. I mars 2016 vant denne filmen diplom i kategorien samfunn på Gullblyanten og i oktober 2016 vant filmen gull i kategorien Best animation and graphics samt sølv i kategorien Best medical på Cannes Corporate Media & TV Awards.

I de to andre filmene blir vi kjent med to ungdommer som har en pappa med frontotemporal demens. Disse filmene henvender seg til ungdom fra 13 til 18 år. I likhet med animasjonsfilmen har også disse filmene vist seg å være populære informasjonsfilmer.

Sommerleir for barn

Familier der en forelder har demens ønsker seg møteplasser hvor de kan treffe andre som er i samme situasjon. Flere barn sier at de opplever det som skamfullt å ha en forelder med demens, og av den grunn velger de å ikke fortelle venner og bekjente om hvordan de lever livet sitt. Slike utsagn er i tråd med hva tidligere forskning har vist (6). Mange barn føler at de er de eneste som har det slik hjemme, så det å treffe andre i samme situasjon kan bidra til at disse barna ikke føler seg så alene og til at de finner noen å snakke med som forstår hvordan de har det (6).

Sommeren 2016 arrangerte Aldring og helse for første gang en sommerleir for barn under 18 år med en forelder som har demens. Basert på erfaringer fra lignende arrangement i Sverige (www.unganhorig.se) ble det bestemt at også den friske forelderens skulle delta sammen med barnet (a). Sommerleiren ble avholdt på Heia Eidene i Tjøme.

Fem jenter og fire gutter i alderen 9–12 år deltok sammen med seks mammaer. Hovedfokus på sommerleiren var at barn og foreldre

«Familier der en forelder har demens ønsker seg møteplasser hvor de kan treffe andre som er i samme situasjon.»



skulle treffes og ha det gøy sammen med andre i samme situasjon. Man hadde lagt opp til mange gruppeaktiviteter som krevde samarbeid innad i gruppene. På denne måten ble barna og foreldrene fort kjent med hverandre. Man hadde også lagt opp til tre undervisningsbolker. I disse bolkene var foreldre og barn hver for seg, slik at undervisningen som ble gitt var tilpasset målgruppen. Temaet på undervisningene var: sårbare og utsatte barn, demens og rettigheter når sykdom inntreffer.

Evaluerings av sommerleiren

Den siste dagen på sommerleiren fikk alle deltakerne utdelt et evalueringsskjema, ett til barna og ett til foreldrene.

Barnas opplevelser

Alle barna svarte at de hadde det bra på sommerleiren og alle syntes at Heia Eidene var et godt sted å være på. Barna syntes det var bra at de fikk informasjon om demens, men at undervisningen ble for omfattende og med for lite pauser. Bortsett fra litt for mye undervisning var det ingen av barna som syntes at vi skulle ha lagt opp sommerleiren på en annen måte.

Foreldrenes opplevelser

Foreldrene svarte at de meldte seg på sommerleiren for å treffe andre som var i samme situasjon og for å lære mer om demens. Foreldrene sa at det var spesielt nyttig å samtale med andre pårørende om sin situasjon.

Aldring og helse hadde også lagt opp undervisning til foreldrene. Undervisningen som var tilrettelagt for foreldrene ble opplevd som

nyttig, og undervisningen om rettigheter var spesielt nyttig. Totalt sett var foreldrene veldig fornøyd med sommerleiren og opplevde den som veldig nyttig for seg og sine barn.

Oppsummering

Vi vet at oppfølgingen av barn som pårørende er mangelfull og at det er behov for mer informasjon om demens tilrettelagt for barn og unge. Aldring og helse har gjennom prosjektmidler fra Helsedirektoratet utviklet et informasjonstilbud bestående av to nettsider og tre informasjonsfilmer til barn og unge. I tillegg har vi utviklet og arrangert en sommerleir for barn som har en mamma eller pappa med demens, hvor også frisk forelder eller annen voksen ressursperson skal delta.

■ Trine.skjellestad@diakonsyk.no

▲
*Filmen «Huske»
vant i 2016 priser på
Gullbryanten og
Cannes Corporate Media
& TV Awards.*

REFERANSER

1. Haugen PK. En må selv være pådriver. Tilbud og mangel på tilbud til yngre personer med demens. In: Kruger RME, editor. Evige Utfordringer. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2006.
2. vanVliet D dVM, Bakker C et al. Caregivers' perspectives on the prediagnostic period in early onset dementia: a long and winding road. International Psychogeriatrics 2011; 23 (09): 1393-404.
3. Haugen PK. Yngre med demens Aldringoghelse.no: Aldring og helse; 2016 [cited 2016 10. November]. Available from: <http://www.aldringoghelse.no/startside/demens/yngrer-med-demens>.
4. Ruud T, Birkeland B, Faugli A, Hagen KA, Hellmann A, Hilsen M, et al. Barn som pårørende. Resultater fra en multisenterstudie. Lørenskog: Akershus Universitetssykehus HF, 2015 Contract No.: IS-0522.
5. Allen J, Oyebode JR, Allen J. Having a father with young onset dementia: The impact on well-being of young people. Dementia. 2009;8(4):455-80.
6. Barca ML, Johannessen A, Engedal K, Haugen PK, Thorsen K. Erfaringer fra voksne barn til yngre foreldre med demens. Demens & Alderspsykiatri. 2014;18 (2014): 1:4 s.

Behandlingsforløp ved NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus – Hva gjør vi?

NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus er i gang med å implementere standardiserte behandlingsforløp. Utviklingen kan ha bidratt til en bevisstgjøring rundt behandling og utredning av pasienter, bedre oppfølging av pasienter og pårørende og forbedring av det tverrfaglige arbeidet på sykehuset.

Hva er behandlingsforløp?

Pakkeforløp kan forstås som en standardisert mengde utredning, behandling, og annen oppfølging, som skal gis ved en spesifikk aktuell diagnose. Uttalte mål er: Nasjonal standardisering av psykisk helse, lik behandling på tvers av regioner og foretak, effektivisering gjennom at pasienter kommer raskere til behandling, og at pårørende sikres involvering (1). Standardisert tilnærming til kompliserte og individuelle fenomener som psykiske lidelser har vært kontroversielt, og har blitt debattert i en rekke fora den siste tiden (2). Tilhengerne har som uttalt mål at alle mennesker i Norge har rett på lik behandling, tilpasset den enkelte, noe som understrekes gjennom helseminister Bent Høies utsagn om at forløp er ment å behandle: «ikke likt, men like godt» (3). Parallelt med debatten har det foregått en utvikling og implementering av standardiserte utrednings- og behandlingsforløp på NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus. Behandlingsforløpene er mer fleksible og mindre diagnosespesifikke enn pakkeforløpene beskrevet over.

Behandlingsforløp Olaviken

Hovedmål for utvikling og implementering av reviderte behandlingsforløp i NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus er å utvikle og standardisere behandling samsvarende med Nasjonale retningslinjer og beste praksis innen fagfeltet alderspsykiatri. Behandlingsforløpene skal også aktivt medvirke til å oppfylle krav og forventninger fra regionale og sentrale helsemyndigheter.

I løpet av 2014-2015 ble det utarbeidet tre nye behandlingsforløp knyttet til de to lukkede postene ved sykehuset. Postene er spesialisert på utredning og behandling av pasienter med demens og utfordrende atferd og andre alvorlige psykiske lidelser. Forløpene er rettet mot tre tenkte grupper av pasienter vi møter i klinikken: Demens med atferdsforstyrrelser og psykiske tilleggssymptomer, psykose, og stemningslidelser. Forløpene ble implementert i januar 2016 og er nå i en evalueringsfase.

Utviklingen er i tråd med Olavikens målsetninger om å være en sentral aktør i alderspsykiatrien, og en del av virksomhetens strategiplan. (4)

En prosess

Utviklingsprosessen har gått gradvis og har hatt et tverrfaglig fokus. To arbeidsgrupper på henholdsvis «holdninger og kultur i sykehusavdelingen» og «miljøterapi» startet opp høsten 2013. Arbeidsgruppene hadde representanter fra miljøpersonale fra sykehusets tre poster. Det ble underveis klart at det var nødvendig å inkludere behandlerne i det videre arbeid. Det ble derfor dannet en ny arbeidsgruppe høsten 2014 som bestod av psykologer, avdelingsoverlege, fagansvarlige sykepleiere og avdelingsleder. Gruppen konkluderte allerede på første møte at det var behov for å utvikle egne behandlingsforløp. Arbeidsgruppen har jobbet individuelt så vel som samlet, også på dagsamlinger. Arbeidsgruppen fikk hjelp av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse ved bibliotekar til å gjennomføre litteratursøk,

SKREVET AV

Eivind Haga Ronold,
psykolog*

Kathe Elise Skagen,
ass. klinikkleder, psykiatrisk
sykepleier*

Else Saksvik Wilhemsen,
fagansv.spesial sykepleier*

Herborg Vatnelid,
psykologspesialist

*NKS Olaviken
Alderspsykiatriske sykehus

Figur 1. Behandlingsforløp for Demens / Utfordrende atferd – Arbeidsoppgaver og ansvarsfordeling

Personer med langt kommet demens med store samhandlings- og kommunikasjonsvansker inkluderes i denne kategorien.

	Innledende fase Uke 1 og 2	Mellomfase Uke 2 og 3	Utskrivningsfase Uke 5 og 6
Ansvar miljøpersonale	Observere Gjennomføre kartlegging Kartlegge ADL fungering Starte utprøving av miljøtiltak Vurdere stimuli toleranse/ skjerming Musikkterapi	Oppfølging, utprøving og evaluering av miljøtiltak Oppfølging av kartlegging Vurdere stimuli toleranse/ skjerming Musikkterapi	Planlegge overføring Utskrivningsmøte Sikre god informasjonsoverføring til kommunen og pårørende Vurdere stimuli toleranse/ skjerming Musikkterapi
Ansvar behandlerne	Definere behandlingsmål Gjennomføre pårørendemøte Gjennomføre testing Tentativ diagnose Henvise til supplerende undersøkelser Vurdere bruk av Marte Meo	Vurdering av omsorgsnivå og hjelpebehov Vurdere samtykkekompetanse Oppfølging av testing Diagnosemøte	Gjennomføre utskrivningsmøte Vurdere behov for oppfølging i kommunen før og etter utskriving Definere tilbakefallsplan

og orienterte seg i forhold til kompetansesenter og nasjonale register i forhold til beste praksis på feltet. Arbeidet kulminerte i et todagers seminar hvor postene fikk innføring i gjennomføring av behandlingsforløpene i praksis

Hva inneholder forløpene?

Miljøterapi er en sentral komponent i forløpene. Målet med miljøbehandling slik det brukes i forløpene er å skape betingelser som støtter opp under endring gjennom tilrettelegging av pasientens omgivelser. Miljøbehandling kan også forstås som en form for behandling som generelt tar sikte på å bedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter, og som innebærer å bedre pasientens selvfølelse og opplevelse av mestring. Personalet har her en nøkkelrolle i å bygge relasjoner og skape en kultur som støtter, involverer, og verdsetter det enkelte menneske.

Den miljøterapeutiske profilen i forløpene er inspirert av Gundersons prinsipper for miljøterapi (5). Gundersons fem prinsipper beskriver helt sentrale prosesser i et terapeutisk miljø: Beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring. De fem prinsippene bidrar til at man blir oppmerksom på pasientens behov og endring i behov i løpet av en sykehusinnleggelse. Et ideelt miljø vil ivareta alle disse fem funksjonene. Det vil bidra til kontinuitet i relasjonene og bidra til maksimal fleksibilitet i forhold til å imøtekomme det pasienten trenger til enhver tid. Man kan enkelt sagt forstå prosessene som en «stige» der de ulike prosessene velges avhengig av pasientens funksjonsnivå og endrer seg gjennom de ulike fasene av behandlingsforløpene. Det jobbes også med å innføre systematiske kognitiv-atferdsterapeutiske modeller inn i forløpene.

Behandlingsforløpene har et tverrfaglig fokus. Forløpene strekker seg over seks uker som er omtrent den gjennomsnittlige liggetiden på de aktuelle postene, men tilpasses den enkelte pasient. Det foreligger manual for alle forløpene i tillegg til detaljerte planer for hver uke. For alle tre forløpene har vi standardisert manualen med en innledende fase, en mellomfase, og en utskrivningsfase. Hver fase i manualen går over to uker. Vi har videre utviklet tidligere pasientpermer med sjekkliste for hver enkelt uke og innhold som gjenspeiler arbeidsoppgaver i det tverrfaglige teamet.

Fagansvarlig sykepleier og behandlingsansvarlig psykolog gjennomgår sjekklistene ved slutten av hver uke. Dette gjøres for å sikre kvalitet og

progresjon i behandling og kartlegging. Slik sikres pasienter kontinuitet gjennom innleggelsen. Forløpene blir tilpasset en egen møtestruktur med klar rollefordeling og aktiv bruk av sjekkliste. De tre forløpene er tilpasset med tanke på behandling og utredning av den aktuelle pasientgruppen og sørger for at vi kommer i gang med tilpasset behandling og utredning fra dag en.

Det er faste møtepunkt med pårørende ved inn- og utskriving av pasient. Underveis i forløpet tilpasses oppfølging med pårørende etter behov. Pårørende med særlige belastninger får tilbud om oppfølging. Behandlingsforløpene beskriver også bruk av samarbeidsmøter med kommunene. I etterkant av implementering er det innført Pleie og Omsorgsmeldinger som elektronisk kommunikasjon mellom sykehus og pasientens bostedskommune, som sikrer kontinuerlig dialog og informasjonsflyt.

Ansvarsfordeling

En positiv effekt av forløpene er at de tydeliggjør hvem som skal gjøre hva i det tverrfaglige arbeidet. Tverrfaglig team i postene består av sykepleiere (mange med videreutdanning i geriatri eller psykiatri), vernepleiere, psykolog (spesialist), ergoterapeut, musikkterapeut, helsefagarbeidere, hjelpepleiere, lege og psykiater. Slik får pasientene faste avtaler rundt for eksempel behandlerkontakt. Sjekklisten er delt i to der ansvaret fordeles på behandler og miljøpersonale.

Listene brukes aktivt ved møter. Dette bidrar til å holde tråden i behandlingsforløpet og til

oversikt og struktur på arbeidet gjennom å vise hva som er blitt gjort, og hva som gjenstår. Slik effektiviseres arbeidet på postene. Det jobbes dermed mer strukturert, og miljøpersonalet har gitt tilbakemeldinger på at dette gjør deres jobb enklere og mer oversiktlig.

Tiltaksmøtene

Postene gjennomfører to tverrfaglige tiltaksmøter per uke. Hver pasient blir drøftet en gang per uke i disse møtene, eller oftere dersom det er behov. Til stede på tiltaksmøtene er hovedbehandler i posten som er psykolog (spesialist), sykepleier eller vernepleier fra posten, somatisk lege, psykiater og fagansvarlig sykepleier. Ergoterapeut og musikkterapeut deltar på bestilling eller etter behov.

Strukturen på møtene er som følger: Først gjennomgås tiltak som ble besluttet ved forrige tiltaksmøte, og det gjøres en gjennomgang for å sikre at vi har gjennomført det som ble vedtatt i forrige møte, samt at aktuelle punkter på sjekkliste er gjennomført. Så blir det gitt en oppsummering fra siste uke fra både miljøpersonale og fra behandlere, og aktuell kartlegging gjennomgås. Ut fra dette besluttes videre tiltak, både miljøtiltak, medikamentelle endringer, planlegging i forhold til utskriving og videre hjelpebehov.

I forkant av tiltaksmøtet har miljøpersonalet drøftet pasienten, slik at den som deltar i møtet kan formidle innspill fra hele miljøpersonalgruppen.

Aktuelle sjekklister tilhørende det behandlingsforløpet pasienten er i, inkludert kartlegging og tester, registreres i permen og informerer fortløpene. I etterkant av tiltaksmøtet blir det gitt en tilpasset gjennomgang av aktuelle behandlingsintervensjoner med den enkelte pasient, og pasientens egne innspill tas med i vurderingen av videre behandling.

Behandlingsplaner

På Olaviken får alle pasienter opprettet en egen behandlingsplan. Arbeidet med pasientens behandlingsplan påbegynnes så snart pasienten er innlagt. Behandlingsplanen inneholder mål for pasientens opphold, definerte problemstillinger og tiltak i forhold til problemstillingene. I det første tiltaksmøtet diskuteres behandlingsmål ut ifra aktuell bestilling og situasjon, samt pasienten og pårørendes egne ønsker. Målene blir styrende for hva som blir vektlagt i behandlingsplanen.

I tillegg til at behandlingsplanene journalføres, finnes også et eksemplar på fremsiden av pasientens perm, lett tilgjengelig for alle som skal ha noe med pasienten å gjøre. Det er rutine på at den som har ansvar for pasienten på en vakt, alltid skal lese igjennom pasientens behandlingsplan på starten av vakten. Slik sikres

det at pasienten blir møtt mest mulig likt og behandlingstiltak følges opp. Det er tenkt at tiltakene i behandlingsplanen også skal fungere der pasienten skal etter oppholdet på Olaviken, og behandlingsplanen er blant dokumentasjonen som følger med pasienten ved utskriving.

Behandlingsplanen er gjennom forløpet under stadig revisjon for til enhver tid å være tilpasset pasientens behov på personlig og sosialt plan. Det er fokus på balanse mellom egen mestring, relasjonsbygging og behov som trenger å bli ivarettatt sammen med personalet. Behandlingsplanen brukes også som et helt sentralt verktøy ved overføring til kommunen, det være seg for hjemmesykepleie eller for sykehjem. Det er særlig viktig å påpeke at når man finner fram til virksomme tiltak kommuniseres disse ut og pasienten kan få tilpasset støtte ut fra de behov som har kommet fram gjennom utredning og behandling.

Det er planlagt å lage veiledende behandlingsplaner til de ulike behandlingsforløpene. Dette ønsker vi å gjøre både for å kvalitetssikre og strukturere miljøtiltakene, men også for å forenkle arbeidet for personale med ansvar for pasientene. En veiledende behandlingsplan vil kun være et utgangspunkt, og vil alltid måtte individuelt tilpasses den enkelte pasient, på samme måte som forløpene.

Kartlegging

En sentral målsetning med forløpene er å bruke etablerte standardiserte og validerte verktøy for å kartlegge pasienter gjennom behandlingen. Slik sikres god utredning og mål på effekt av iverksatte behandlingstiltak. Verktøyene som brukes finnes på nasjonale kompetansesenter som Aldring og helse og kvalitetsregistre (6-8). Kartlegging fokuserer på somatiske tilstander som smerte og pasientsikkerhet, pasientens tidligere livshistorie, ADL-funksjon, kognitiv funksjon, pårørendebelastning, og symptombelastning. Alle forløp har en standard utredning tilpasset psykose-, stemnings- eller demensproblematikk, i tillegg tilpasses kartlegging av den enkeltes behov, som for eksempel døgnkontinuerlig registrering av søvn eller nevropsykologisk testing.

Forløp styrer hvilke kartleggingsskjema som brukes. Dersom man har en demenssykdom vil symptom mål tilpasset denne gruppen, som Cornell, brukes (9). Dersom pasienten har en relativt velbevart kognitiv funksjon vil heller kliniske intervjuer som Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) benyttes (10). Symptomer måles kontinuerlig gjennom fasene i forløpet. Slik kan tiltak tilpasses symptomtrykk. Vi er opptatt av å måle effekten av det vi gjør. Det er også tenkt at denne systematiske registreringen etter hvert kan inngå i kvalitetsregistre innen alderspsykiatrien.

«En veiledende behandlingsplan vil kun være et utgangspunkt.»

«Forløp styrer hvilke kartleggingsskjema som brukes.»

Olaviken bruker også Marte Meo-metoden for å utrede utfordrende situasjoner i samspillet mellom pasienter og personale (11). Her filmes samhandling i situasjonen og videoopptak analyseres for å optimalisere samspillet med pasienten. Dette brukes internt og ved veiledning av kommunehelsetjenesten, også i forbindelse med utskriving av pasienten.

Det jobbes også med å kartlegge hvordan en innleggelse på Olaviken oppleves. Brukerundersøkelser i form av pasienterfaringsundersøkelser og pårørendeevaluering som fortløpende kan gi oss korreksjoner og på lengre sikt gi mer robuste data med hensyn til behandlingseffekt, er under utarbeidelse og vil legges til i forløpene.

Eksempler på kasus i psykoseforløp

Erfaringsmessig har personer som utvikler psykose i eldre år ofte en paranoid psykose. Det innebærer ofte vrangforestillinger om at noen er ute etter å skade en gjennom forgiftning, stråling m.m. Dette er ofte svært plagsomt og skremmende for de som rammes, og for de som er rundt. Pasientene kan noen ganger ha hatt en annerledes personlighet eller fungering gjennom livet, som deretter utløses av belastning i eldre år.

Psykoseforløpet gjør at vi kommer i gang med kartlegging og møter pasienter på en tilpasset måte fra første dag av innleggelse. Det kan være viktig fordi personer med paranoide symptomer kan være svært redde. I en innledende fase vil tryggende tiltak og miljøtiltak som går på beskyttelse gjennom begrenning av stimuli, struktur i form av stabilisering av søvn og næringsinntak være viktig. Videre å bygge allianse og tillit i forhold til samarbeid om behandling. Tiltak og behandlingsplan tilpasset kartlegging som gjøres i denne fasen. Videre vil opplysninger og samarbeid med pårørende være viktig i denne fasen.

I mellomfasen vil tryggende, stabiliserende, og alliansebyggende tiltak forhåpentligvis ha båret frukter. Videre vil vi gjennom kartlegging være relativt sikre på at pasienten er i riktig forløp, og ha en oversikt over utløsende, opprettholdende og vedlikeholdende faktorer for psykosen, samt ressurser og beskyttende faktorer. Noen pasienter vil være i stand til å utforske egne symptomer. Medisinering, gjenopptaking av positive aktiviteter og mestring kan være sentrale tiltak i denne fasen. Nå kan man også begynne å se en symptomnedgang og begynne å tenke på utskriving og oppfølging.

I en avsluttende fase vil det være viktig å få på plass tiltak for pasienter når de skrives ut, og jobbe for å hindre tilbakefall. De kan også få en time i hånden til oppfølging i vår poliklinikk. Oppfølging av hjemmesykepleie kan være nødvendig. Meningsfylte dagaktiviteter kan også

være viktig. Permisjon hvor man undersøker symptomtrykk hjemme gjøres også i denne fasen. Noen ganger kan det være nødvendig å skifte bostasjon. Kartlegging i denne fasen vil forhåpentligvis gjenspeile bedring, og behandlingsplan/vurderinger overføres til samarbeidende organer ved utskrivelse.

Oppsummering

Samlet sett er forløpene mye av det som alltid har blitt gjort ved Olaviken. Prosessen har likevel bidratt til å gjøre mye implisitt praksis, eksplisitt. Dette har bidratt til en bevisstgjøring rundt hva vi faktisk gjør overfor pasienter. I utviklingen av behandlingsforløpene har vi jobbet for å kvalitetssikre og standardisere utredningen og behandlingen til pasientene. Vi opplever at behandlingsforløpene har bidratt til å synliggjøre de ulike faggruppers rolle. Vi har systematisert og videreutviklet vår eksisterende praksis i klinikken og samtidig fått en tydeligere fordeling av oppgaver og ansvar. Gjennom dette ønsker vi å sikre at pasienten får en utredning og behandling som er forankret i bestep praksis innen fagfeltet. Forløp kan bidra til at vi arbeider mer strukturert og effektivt, samt måler effekten av det som gjøres. De er slik med på å legge føringer for fremtidig kvalitetsutvikling på Olaviken.

Behandlingsforløpene er implementert og er for tiden under evaluering. Vi ser blant annet at det er behov for å videreutvikle det tverrfaglige samarbeidet. Miljøpersonale og behandlere skal sammen se på muligheter for å videreutvikle, ytterligere forbedre og kvalitetssikre utredningen og behandlingen. Vi er også i fred med å utvikle helhetlige behandlingsforløp for å sikre overgangene mellom kommune til poliklinikk, fra poliklinikk til sykehusavdeling og til slutt fra sykehusavdeling tilbake til kommune og eventuelt poliklinikk. Vi arbeider også med å videreutvikle våre ambulante tjenester knyttet til dette. Slik håper vi at pasienter sikres i sårbare faser og får best mulig behandling.

■ eivind.haga.ronold@olaviken.no

REFERANSER

1. Krekling DV. Nå blir det pakkeforløp innen psykisk helse. NRK. <http://www.nrk.no/norge/na-bli-det-pakkeforlop-innen-psykisk-helse-1.12493072> (30.04.2016)
2. Vogt H. Samleside for debatten om pakkeforløp i psykiatri og rusomsorg. <https://henrikvogt.com/2015/09/21/dette-er-en-samleside-for-debatten-om-pakkeforlop-i-psykiatri/> (22.05.16)
3. Høie B. Ikke likt, men like godt. Morgenbladet. <https://morgenbladet.no/2015/09/ikke-lik-men-godt> (22.05.16)
4. Strategi for NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus (2013-2016) <http://www.olaviken.no/default.asp?k=2&id=4&aid=362> (24.09.2016)
5. Gunderson JG. Psychiatry 1978; 41(4): 327-335.
6. Aldring og Helse. Skalaer og tester alfabetisk <http://www.aldringoghelse.no/?-PageID=4342> (02.06.16)
7. Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten (NorKog). Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Oslo universitetssykehus.
8. Kvalitetsregister i Alderspsykiatri (KVALAP). Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Diakonhjemmet sykehus.
9. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Biological psychiatry 1988; 23(3): 271-284.
10. Montgomery SA, Asberg M. British journal of psychiatry 1979; 134(4): 382-389.
11. Aines ER, Kirkevold M, Skovdal K. Journal of Research in Nursing 2011; 16: 415-432.

Kommunen skal fra 2020 ha en lovfastet plikt til å tilby et tittelagst dagaktivitetstilbud for personer med demens. Blant annet skal tilbyr dagaktiviteter, men en ny type fra Helseforetakene skal være. Nylig har kommunen fått tilgang til et tittelagst dagaktivitetstilbud. Det er fremdeles mangelfull utbygging av tilbudet i forhold til antall personer med demens på landstasjon.

Nasjonale kompetanseutviklingsprosjektet for aldring og helse har derfor utarbeidet et tittelagst til fylkeskommuner, kommuner, ungdomsskoler, eventuelt andre interesserte, om hvordan etablere og drive dagaktivitetstilbud.

Kunstutstilling inkluderer 5-4 timer forelesning av en fagperson fra Aldring og helse. Undervisning skal gjennomføres forelesning og dialog.

Det skal være åpen for å velge temaer fra kunstutstilling med bakgrunn i behov. Pris for hele forelesningssettet er kr 6000,- (inkl. transport, kost og bolj). Oppdragsleder er ansvarlig for praktisk tittelagst som invitasjon, påmelding lokaler og eventuelt beklipping.

- Fremkøben med tilførelse af dagaktivitetstilbud
- Hvis i øiet om virkningen af tilførelse af dagaktivitetstilbud - kunnskabsbaseret praksis
- Kvalitetssikring af tilførelse af dagaktivitetstilbud
- Præsentation af håndbæk Etablering og drift af dagaktivitetstilbud for personer med demens
- Hvorfor? In på turnet tilbud? Præsentation af Nationalt håndbæk In på turnet, Dagaktivitetstilbud tilførelse for personer med demens
- Præsentation af eksempler fra kommuner på ulike sætninger og modeller for dag- og aktivitetstilbud tilførelse for personer med demens og drift af tilbud
- Tilbudskategorier: Etablering og drift af dagaktivitetstilbud til hjemmboende personer med demens



Aldring og helse, tlf. 33 34 19 50 / 33 34 19 76, e-post: www.postaldringoghelse.no eller dagtilbud@aldringoghelse.no

Det er opprettet egne nettsider for barn og ungdom

Nasjonalforeningen
for folkehelsen

To studietilbud for helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere, hjelpepleiere og aktivitører

**DEMENSOMSORG
OG
ALDERSPSYKIATRI**



**UTVIKLINGSHEMNING
OG
ALDRING**

Opptaket starter 1. mars
Studiet starter i august

Informasjon, opptakskriterier og søknadsskjema finnes på nettsidene våre:

www.aldringoghelse.no

NYE BØKER FRA

NY LÆREBOK

ISBN 978-82-8061-324-0
244 sider
kr 320,-



Aud Johannesen, Maria Lage Barca,
Knut Engedal og Per Kristian Haugen (red.)

Yngre personer med demens

Forlaget Aldring og helse lanserer en ny lærebok for helse- og omsorgspersonell og studenter innen helse- og sosialfaglige utdanninger. Læreboka handler om hvilke sykdommer som kan føre til demens i yngre år, og om behandling, støtte og omsorg for yngre personer med demens og deres familier.

Boka er den første i sitt slag i Norge, og har en tverrfaglig tilnærming.

ISBN 978-82-8061-321-9
kr 60,-



Torhild Holthe, Anne Britt Kjeldsberg og Vigdis Sværen

TEMAHEFTE

Velferdsteknologi og kognitive hjelpemidler til personer med demens

Det er i dag store forhåpninger til at velferdsteknologi kan gjøre hverdagen enklere og tryggere for personer med demens og deres pårørende hjemme, og for beboere og ansatte i omsorgsboliger og institusjoner.

Målgruppen for temaheftet er ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som gir tjenester til personer med demens. Målet er å vise mulighetene og å heve kompetansen om bruk av velferdsteknologi og kognitive hjelpemidler for denne pasientgruppa og deres pårørende.



Kurs og konferanser høst 2017

Kursperiode	Tema	Sted	Påmeld. frist
Demens			
5.-6. sept.	Kursholderkurs i VIPs praksismodell for personsentrert omsorg (2)	OSLO	22. juni
5.-6. sept.	Konferanse – Demensteam	OSLO	22. juni
19.-21. sept.	Basiskurs i demens (1)	ÅLESUND	17. aug.
10.-12. okt.	Basiskurs i demens (2)	FREDRIKSTAD	7. sept.
10.-11. okt. + 22. nov.	Lær å bruke DCM	OSLO	10. sept.
18.-19. okt.	Oppfølging av hjemmeboende personer med demens (2)	MOLDE	14. sept.
25. okt.	Reviderte kognitive tester (2)	BERGEN	24. sept.
15.-16. nov.	Utredning av demens i kommunehelsetjenesten (2)	OSLO	12. okt.
5.-6. des.	Demensdagene 2017	OSLO	1. nov.
7. des.	Erfaringssamling DCM	OSLO	6. nov.
Alderspsykiatri			
20.-21. sept.	Psykisk sykdom hos eldre (2)	BODØ	17. aug.
2. nov.	Legkurs – Alderspsykiatri i praksis (2)	OSLO	1. okt.
7. nov.	Rus og legemiddelavhengighet hos eldre	OSLO	8. okt.
Funksjonshemning og aldring og utviklingshemning og aldring			
13. sept.	Inspirasjonskonferanse – Hvordan fremme god aktivitet ved aldring hos personer med nedsatt funksjonsevne?	OSLO	20. juni
Geriatrici			
25. okt.	Balansetrening og fallforebygging	OSLO	25. sept.
26.-27. okt.	Legkurs – Smerter og palliasjon hos eldre	OSLO	25. sept.

Se også
kurskatalog
på nettet!



SKANN RETT TIL NETTSIDEN

<http://www.aldringoghelse.no/kurs-og-konferanser>

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
Sentralbord: 33 34 19 50. E-post: post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no



Abonnér på
Demens & Alderspsykiatri
– et uavhengig fagtidsskrift

Fire utgaver årlig Abonnement per år:
Norge: kr 420,- Norden: kr 500,-

Bestill tidsskriftet:
tidsskriftet@aldringoghelse.no eller telefon 33 34 19 50

Abonnementet gjelder fram til det sies opp skriftlig.



Skriv for demens & alderspsykiatri

Tidsskriftet Demens & Alderspsykiatri (D&A) mottar og publiserer fag- og forskningsartikler fra Aldring og helses fagområder; demens, alderspsykiatri og nedsatt funksjonsevne. Til D&A kan du også sende en kommentar, kronikk eller et debattinnlegg. For å gjøre stoffet tilgjengelig for flest mulig, oppfordres forfatterne til å holde seg til et lett forståelig språk. Fremmedord som ikke er alminnelig kjent, skal forklares.

Fagartikler i D&A

Fagartikler i D&A skal være basert på forskning eller på god og dokumentert praksis. Før publisering skal artikkelen være lest og godkjent av minst to av redaksjonens medlemmer. Redaksjonen forbeholder seg retten til i samråd med forfatter å redigere og forkorte manuskripter. En fagartikkel overskrider sjelden 15 000 tegn uten mellomrom, og har maksimum 20 henvisninger. Innledningsvis ønsker vi en oppsummering av innholdet på 25–35 ord. Send inn ditt bidrag til tidsskriftets redaktør: bente.wallander@aldringoghelse.no

Vitenskapelige artikler i D&A

D&A er godkjent som vitenskapelig publiseringskanal på nivå 1. Vi publiserer tverrfaglig innen våre fagfelt. Artikler som sendes

inn skal være originalarbeider og ikke være under vurdering for publisering i andre tidsskrifter. Manuskripter der deler av, eller alle, resultatene er blitt presentert ved faglige konferanser og publisert i abstrakt eller poster, aksepteres.

Vitenskapelige artikler basert på empiri (både kvalitativ og kvantitativ design), systematiske litteraturgjennomganger og metaanalyser eller metasynteser vil bli vurdert for publisering.

Sekundærpublisering, det vil si publisering av en artikkel som tidligere har vært publisert i et annet tidsskrift og eventuelt på annet språk, vil ikke bli godtatt som forskningsartikkel i D&A.

Vi mottar manus på norsk, svensk og dansk. Antall ord er maksimalt 3 500 for en kvantitativ artikkel og maksimalt 5 000 for en kvalitativ artikkel (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

Innsendte manus blir vurdert av minst to faglig kvalifiserte personer (fagfeller) som representerer ledende fag- og forskningsmiljøer i Norden. D&A praktiserer lukket fagfellevurdering (fagfelle vet hvem som er forfatter, men forfatter får ikke informasjon om hvem som er fagfelle). Resultatet av vurderingen blir normalt meddelt forfatteren innen to måneder etter at manuskriptet er bekreftet mottatt.

Referanser

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

Vitenskapelige manus sendes til vitenskapelig redaksjon: forskingsredaktor@aldringoghelse.no

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.



PRESSENS
FAGLIGE UTVALG

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

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

Adresse: Rådhusgt 17
0158 Oslo
Tlf: 22405040
E-post: pfu@presse.no

presse.no

REDAKTØR

Bente Wallander
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
Postboks 2136, 3103 Tønsberg
Tlf.: 922 96 251
bente.wallander@aldringoghelse.no

REDAKSJONSSEKRETÆR

Toril Utne
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
toril.utne@aldringoghelse.no

VITENSKAPELIG REDAKSJON

Sverre Bergh, *cand.med, postdoktor-stipendiat, vit. red.*
Øyvind Kirkevold, *professor dr.philos. vit. red.*
Geir Selbæk, *professor ph.d. forskningsleder*
Anne Marie Mork Rokstad, *postdoktor, sykepleier*

ANSVARLIG REDAKSJONSKOMITÉ

Torhild Holthe, *ergoterapispesialist, stipendiat*
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
Øyvind Kirkevold, *professor dr.philos. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse*

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

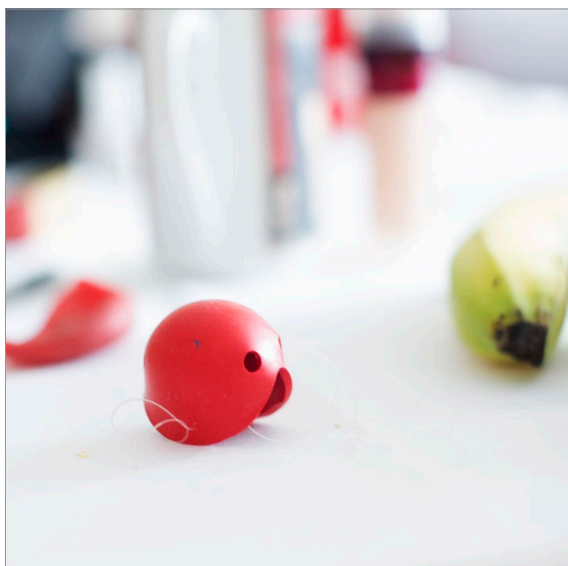
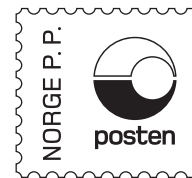
Harald A. Nygaard, *prof. emeritus, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen*

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

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

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

www.demensogalderspsykiatri.no



Rød nese

Klokkeklovnene knallrøde neser skaper liv og latter på norske sykehjemsavdelinger for personer med demens. Les mer om deres virksomhet på side 22 i denne utgaven av D&A.

Foto: Martin Lundsvoll

Det lille ekstra

Aktiviteten er stor i omsorgen for personer med demens eller en alderspsykiatrisk utfordring.

Vi ønsker å vise resultatene av all kreativitet, så som malerier, tekster og bilder.

Send bilder og en kortfattet tekst til bente.wallander@aldringoghelse.no, så kan det bli dere vi lar oss inspirere av i neste utgave.

www.demensogalderspsykiatri.no
tidsskriftet@aldringoghelse.no

Aldring og helse, Postboks 2136, 3103 TØNSBERG