



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Demens & Alderspsykiatri

vol. 16 • nr. 3 • 2012



Er egne tenner
viktig for
hukommelsen
side 12



Jubler for
tv-aksjonen
side 18



Liten kommune
– stor på
demens
side 34

Redaktør:

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

Redaksjonssekretær:

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

Ansvarlig redaksjonskomité:

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

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

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

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

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

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

Faglige medarbeidere:

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

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

Abonnement:

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

Demens&Alderspsykiatri
 utkommer fire ganger i året.

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

Utgiver

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

Layout/trykk

BK Grafisk, Sandefjord (TAa)

Det redaksjonelle arbeidet er
 avsluttet 6. september 2012.

Fagpressen



- 4 Dag Årslund
Forsker i full fart – med drømmen i behold
- 6 Innovasjon i omsorg (NOU 2111:11)
Kirsten Thorsen
- 7 Depresjon hos medisinsk innlagte eldre fra
et norsk landdistrikt
Anne-Sofie Helvik, Knut Engedal og Geir Selbæk
- 12 Oral hälsa, kognition och åldrande
Maud Bergdahl og Jan Bergdahl
- 15 Veivisere i velferdsteknologi
- 18 Tv-aksjonen 2013 – En fantastisk mulighet
- 20 Marte Meo-praktikerutdanning i omsorgen
for personer med demens
Linn-Heidi Lunde og Marianne Munch
- 25 Råd- og veiledningstjeneste for yngre personer
med demens og deres familier
*Fredvår Brovold, Anne Elisabeth Helleborg og
Margareth Isaksen*
- 28 Å leve med demens midt i livet
Aud Johannessen
- 32 Demens og folkehelse
– med fokus på tilgjengelighet
- 33 Integrert musikk
– som en bro over opprørt hav
- 34 Gjestfrie Gjerdrum
– der «hele bygda» kan sin ABC
- 36 ABC i åtte av ti kommuner
- 37 Den 21. Nordiske kongress i gerontologi,
København
- 39 Inn i bedrift – med kognitiv svikt



Forsiden: Tore Mohrsen,
 Namsos sykehjem.
 Foto: Bente Wallander





Det muliges kunst

Visningsleiligheten Almas hus i Oslo åpner dørene for besøkende i høst. D&A har gjestet leiligheten før åpning. Her får man demonstrert en rekke av de velferdsteknologiske mulighetene Hagen-utvalget omtaler i sin rapport *Innovasjon i omsorg* (NOU 2011-11). «Velferdsteknologien vil ikke skape noen revolusjon i omsorgstjenestene, men den kan bidra til tjenestenes utvikling og endre deres innretning, med større vekt på hjelp til selvhjelp, selvstendighet, sosial deltakelse, aktiv omsorg og hverdagsrehabilitering», sies det i rapporten. Det er å håpe at politikere og beslutningstakere følger opp intensjonene i det konkrete forslaget til *Teknoplan 2015* (Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030), som utvalget anbefaler tatt inn som en del av *Demensplan 2015*. Gjennom denne vil personer med demens og deres pårørende sikres tilgang til teknologiske nyvinninger som kan gjøre dagene deres bedre. Regjeringen har allerede tatt et skritt på veien ved å anbefale en lovendring som tillater GPS-sporing av personer som ikke selv kan gi sitt samtykke. Riktig brukt kan teknologiske hjelpemidler bidra til tryggere og mer aktive dager for personer med demens og deres pårørende.

I denne utgaven av D&A kan du også lese om Gjerdrum, en liten kommune i Akershus målt i antall innbyggere. Dét hindrer dem ikke i å sette seg høye mål for sin demensomsorg. Gjennom media serveres vi daglig eksempler på at norske kommuner ikke strekker til på dette området. Svikten beklages som engangstilfeller, og forklares gjerne med dårlig økonomi. Historien om Gjerdrum minner oss om alle mulighetene vi fortsatt har til å forbedre omsorgen for personer med demens. Store ting kan oppnås dersom man begynner i det små og gode tiltak er ikke nødvendigvis dyre. Det er ingen tilfeldighet at den lille bygda ved hovedflyplassen har mange deltakere i Demensomsorgens ABC.

Bente Wallander

bente.wallander@aldringoghelse.no



FAVORITTMUSIKKEN ER JAZZ: – Jeg tror at de improvisale, kreative elementene fra den type musikk er bra å ha med seg inn i forskningen, sier Dag Årslund.

Bente Wallander (tekst og foto)

Forsker i full fart

– med drømmen i behold

Han er i ustanselig bevegelse og erobrer stadig nye professorale land, men én drøm har Dag Årslund fortsatt i behold: – Mitt ultimate mål er å forstå og kunne behandle demens.

Navn Dag Årslund (skrives Aarsland ved publisering internasjonalt)
 Alder 53 år
 Bosted Stavanger
 Familie Gift med Marte Janneken. Fem barn i alderen 12–32 år
 Stilling Professor i klinisk demensforskning ved Alzheimer Disease Research Center, Karolinska Institutet, Stockholm. Forskningsleder ved senter for eldremedisin og samhandling (SESAM), Stavanger Universitetssykehus.

Med «Dag Aarsland» i søkefeltet får du mer enn 170 000 treff hos Google. Lenkene leder deg til demensrelatert stoff fra inn- og utland og oversikten vil nærmest ingen ende ta. Til grunn for artiklene ligger et vell av innfallsvinkler, fra publikasjoner signert ham selv til nyheter om demensforskning og saker av mer folkeopplysende karakter.

– Hvor starter din fascinasjon for dette temaet som du nå forbindes så sterkt med?

– Det begynte da jeg studerte psykiatri. Jeg var i den forbindelse innom nevrologi, og der oppsto interessen for demens. Det ble hovedtemaet for doktorgraden min, *Language and the Cholinergic Hypothesis of Alzheimer's Disease*, som jeg tok i 1996, og har fulgt meg siden, forteller Dag Årslund.

Søker samarbeid

Forskeren og psykiateren fra Stavanger har i årenes løp vært tilknyttet flere

universiteter og forskningsinstitusjoner. Han har vært professor i geriatri ved Universitetet i Bergen, i demensforskning ved King's College i London og i geriatrisk psykiatri i Oslo. Han har fortsatt «et lite professorat» i London, men hovedstillingen er i dag som professor i klinisk demensforskning ved Alzheimersenteret, Karolinska sjukehuset i Stockholm.

– Vi har større bredde i vår forskningsvirksomhet her, men jeg er fortsatt fokusert på demens og mitt hovedanliggende er for tiden depresjon med og uten demens.

Transaksjonsforskning er Dag Årslands felt, det vil si at han både mottar pasienter og bedriver grunnforskning.

– Stillingen ved Karolinska er i så måte en fantastisk mulighet for meg i et svært spennende miljø. Jeg forsøker nå å linke samarbeidet opp mot Oslo, London og Stavanger, slik at vi kan få etablert et stort nettverk innenfor dette feltet, sier han.

Demens i Vest

Dag Årsland er egentlig jærbu fra Bryne, men bor i Stavanger og har arbeidet ved Stavanger Universitetssykehus siden 1988. Han har beholdt sin tilknytning til miljøet og var i 2011 den som publiserte mest av alle ansatte i Helse Vest. I dag er han forskningssjef/professor ved det regionale forskningssenteret for eldremedisin og samhandling (SESAM), som ble opprettet av Helse Vest i 2010 for å styrke samhandling, forskning og fagutvikling, nettverksbygging og undervisning innen fagfeltet eldremedisin.

Her leder han også *Demens i Vest*, et regionalt prosjekt tilknyttet Stavanger Universitetssykehus i samarbeid med Helse Fonna, Haraldsplass Diakonale sykehus og NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS.

– Demens i Vest er en forløpsstudie av 250 pasienter med mild demens fra Vestlandet. Målet er både å studere forløp av ulike demensdiagnoser, med fokus på Demens med Lewylegemer, men også å studere underliggende mekanismer ved hjelp av billeddiagnostiske metoder og analyser av blod og ryggmargsvæske. Dette er samtidig mitt hovedprosjekt, der det nå er tilknyttet mange nye, lovende studenter. Av andre områder jeg er engasjert i for tiden vil jeg spesielt nevne samarbeidet med

Tormod Fladby ved Ahus og hans arbeid med mild kognitiv svikt, sier han.

Verdsatt

Folk som har fulgt Dag Årslands arbeid de siste årene beskriver ham med ord som «energisk, iherdig, utrettelig og energibunt». Han har et bredt nedslagsfelt, er involvert i mange prosjekter og kan fremlegge mange frukter av sin innsats. Medisineren fikk allerede i 2000 Leon Jarners forskningspris for sin forskning på sammenhenger mellom demens og parkinsonisme. Da han elleve år senere mottok Helse Vests Forskningspris vurderte komiteen arbeidet hans slik: «Årslands forskning leder blant annet til en bedre og mer presis forståelse av de forskjellige hjerneorganiske tilstandene som ligger til grunn for demens som symptom og bedre forståelse av de atferdsendringene som kan observeres ved demens».

Sjefslege Jan Olav Johannessen ved Psykiatrisk divisjon, Helse Vest, uttalte ved samme anledning: «Dag er en enestående og dristig kar med utrolig mye energi. En særlig kvalitet ved ham er hans evne til å få andre frem. Han er flink til å støtte og han har hjulpet frem mange doktorander.»

– Men dette henger jo sammen. Jeg er involvert i så mange samarbeidsprosjekter og veileder så mange dyktige studenter. Det er dette som er oppgavene i jobben min, påpeker Årsland.

Han setter stor pris på alle utfordringene han får, og synes derfor ikke at det er vanskelig å holde koken.

– Det skjer så mye spennende, jeg kommer stadig bort i nye interessante samarbeidsprosjekter. Det er veldig stimulerende og jeg merker ingen tegn på utbrenthet enda.

Avslapning?

Å være involvert i ting på så mange steder innebærer utstrakt reisevirksomhet.

– Det blir mye fyking ja, sier han.

– Hvordan slapper du av?

– ...?

– Nei, nå måtte jeg visst tenke meg om. Men jeg har jo familie og barn som jeg gjør ting sammen med. Jeg slapper også av med ei god, skjønnlitterær bok eller musikk.

– Det går rykter om at du er god til å spille selv?

– Jeg har spilt litt piano, selv om det ikke blir så ofte nå for tiden. Favorittmusikken er jazz, og jeg tror at de improvisale, kreative elementene fra den type musikk er bra å ha med seg inn i forskningen. Ellers så har vi ei veldig god hengekøye som jeg kan slappe av i. Det hender ikke ofte, må jeg innrømme, og nå er jo heller ikke været her på Vestlandet det beste for en hengekøyetilværelse. Men i sommer skal vi på ferie til Danmark og Mallorca, så jeg er ikke bekymret for at jeg ikke skal få nok sol.

– Du har vært med på det meste innen ditt felt, både med hensyn til forskning og type arbeidsoppgaver. Er det prosjekter du fortsatt drømmer om å være med på?

– Jeg har arbeidet mye med biomarkører og det ultimate målet mitt er å forstå mekanismene, slik at vi kan få utviklet medikamenter som kan forebygge og behandle ulike typer demens. En slik medisin har vi jo ikke i dag. Det er min store ønskedrøm.



BEGYNNELSEN: Dag Årslands fascinasjon for temaet demens oppsto da han studerte psykiatri.



Kirsten Thorsen, professor, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse



Innovasjon i omsorg

(NOU 2111:11)

Utvalget ledet av Kåre Hagen ble nedsett i 2009 for å utrede måter å møte de krevende omsorgsutfordringene samfunnet står overfor i de neste tiårene. Det nevnes et økende antall eldre, nye brukergrupper og knapphet på helse- og omsorgspersonell og frivillige omsorgsyttere. Mandatet peker særlig på disse områdene for nærmere utredning: ny teknologi, arkitektur og nye boformer, brukerinnflytelse og egenmestring, forskning og utvikling. Det er sentralt å anlegge et forebyggende perspektiv og se tiltak i lys av Samhandlingsreformen. Utvalget nevner spesielt tre av de vanligste problemene omsorgstjenestene møter: *fall, ensomhet og kognitiv svikt*.

For mennesker med nedsatt funksjonsevne er nedbygging av funksjonshemmende barrierer sentralt. For at funksjonshemmede skal kunne være mest mulig uavhengige og selvstendige, skal man i større grad ta i bruk ny teknologi og nye hjelpemidler, gi boliger og omgivelser en universell utforming, styrke brukerstyrt eierskap og bygge boliger og tjenestetilbud som understøtter et mest mulig normalt liv. Dette gjelder også eldre brukergrupper. For dem nevnes betydningen av å styrke mulighetene for å ta del i fysiske, sosiale og kulturelle aktiviteter, og anledning til å delta i opplæring, opptrening og rehabilitering. Målet er selvstendighet, uavhengighet og innflytelse over eget liv – og en mest mulig aktiv aldring også med sykdom og nedsatt funksjonsevne.

Det må føres en «moderne pårørende-politikk» som har seks kjennetegn: synliggjøring, likestilling, fleksibilitet, veiledning, avlastning og verdsetting. Pårørendeoppgaver skal støttes med økonomiske midler, og pårørende skal få permisjon for å kunne yte omsorg.

Utvalget lanserer konkret fem forslag:

1. Det som kalles *Næromsorg – den andre samhandlingsreformen*, skal mobilisere ressurser i familien, det sosiale nettverket og lokalsamfunnet. Det skal utvikles lokale avtaler om partnerskap mellom offentlig og frivillig virksomhet på omsorgsområdet, og etableres nye eier- og driftsformer (for eksempel samvirkeforetak og brukerstyrte ordninger). Nye arbeidsmetoder og faglige tilnærminger skal legge større vekt på blant annet hverdagsrehabilitering, kultur og trivsel. Det skal satses på hjemmetjenester, åpne institusjoner og nettverkssamarbeid.
2. *Teknoplan 2015* skal gi teknologistøtte til omsorg ved en tretrinnsplan for utvikling av velferdsteknologi; ved smarthus, moderne kommunikasjons-teknologi og sosiale medier, og ved teknologi som stimulerer, underholder og strukturerer hverdagen.
3. *Nye rom* gjelder fremtidens boligløsninger og nærmiljø. *Det store ombyggingsprosjektet* skal tilrettelegge boliger for hele livsløpet. *Nye konsept* for sykehjem og omsorgsboliger ba-

seres på et tydelig fysisk og juridisk skille mellom privat areal, fellesareal og tjenesteareal, og husleie og egenbetaling skal være uavhengig av boform. De store institusjoners tid er forbi. Boliger og lokaler skal være en integrert del av nærmiljøet, der de offentlige arealene deles med den øvrige befolkning.

4. Det skal utvikles et nasjonalt program for kommunal innovasjon i omsorg, en kommunal innovasjonsskole, og en prosent av budsjettet i offentlig sektor skal gå til forskning, utvikling og innovasjon.
5. Til sist skal omsorgsfeltet også utvikles som norsksbasert næring for leveranser til omsorgsfeltet, med import og eksport som andre næringer. Det er et stort og økende seniormarked for tiltak, hjelpemidler og tjenester, for underholdning og kulturtilbud. *Inn-ordningen* – som *Inn på tunet* – skal overføres til flere virksomheter.

Ordene *ny* og *innovativ* går igjen i svært mange sammenhenger. Optimismen og entusiasmen er stor for *ny innovasjon*. De største utfordringene i fremtiden gjelder det økende antallet mennesker med demens, de største oppgavene vil ligge på de pårørende. Omsorg er både arbeid, følelser, oppmerksomhet, nærhet og omtanke. Det gjenstår å se hvordan honnørord omsettets i virkemidler, og i hvor stor grad alt blir ved det gamle.

■ kirsten.thorsen@aldringoghelse.no



Anne-Sofie Helvik, post doc. ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾, Knut Engedal, psykiater, professor dr.med. ⁽⁵⁾⁽⁶⁾ Geir Selbæk, psykiater, ph.d. ⁽⁴⁾⁽⁵⁾

Depresjon hos medisinsk innlagte eldre fra et norsk landdistrikt – en ett års oppfølgingsstudie

Forekomsten av depresjon blant somatisk syke eldre i et landdistrikt var ved inklusjon og oppfølging ett år senere lav, og lavere enn i de fleste andre studier blant eldre.

Abstrakt

Mål: Vi undersøkte forekomsten av depresjon ett år etter innleggelse på medisinsk avdeling blant eldre (≥ 65 år) i et distrikt i Norge og undersøkte om depressive symptomer ved oppfølgingen hadde sammenheng med endring av helsesituasjonen fra sykehusinnleggelsen til oppfølgingen.

Metode: Vi inkluderte 363 (175 menn) eldre i alderen 65–98 år (gjennomsnitt 80.2) ett år etter innleggelsen. På begge tidspunkt ble depresjon kartlagt med Hospital Anxiety and Depression-skalaen. Kognitiv, personlig og instrumentell fungering i dagliglivet (ADL) ble kartlagt under innleggelse og ved oppfølging.

Resultater: I utvalget hadde ti prosent depresjon under innleggelsen og syv prosent ved oppfølgingen ett år senere.

Av de med depresjon ved sykehusinnleggelsen var 78 prosent blitt symptomfrie ved oppfølgingen. Andelen nyregistrerte personer med depressive symptomer i en grad som indikerer klinisk betydningsfull depresjon var på fem prosent. Risikoen for å være deprimert ved oppfølgingen var økt for de som var avhengig av helse- og omsorgstjenester fra kommunen, hadde fått redusert kognitiv funksjon og dårligere ADL-funksjon, blitt synshemmet eller fått økt angst i løpet av oppfølgingsperioden.

Konklusjon: Forekomsten av depresjon blant somatisk syke eldre i et landdistrikt var ved inklusjon og oppfølging ett år senere lav og lavere enn i de fleste andre studier blant eldre.

Innledning

Internasjonale studier har vist at depresjon er vanlig blant eldre, men forekomsten som rapporteres varierer betydelig mellom 8–15 prosent hos eldre hjemmeboende, 11–62 prosent hos eldre sykehjemsboende og 6–73 prosent i studier blant eldre med somatiske helseplager (1, 2, 3). Noe av variasjonen kan skyldes at man har brukt forskjellige forskningsmetoder, ulike undersøkelsesmetoder eller at de som innlegges og deltar er

svært forskjellige (at kjønnsfordeling, alderssammensetning, sykелighet, type lidelse etc. er ulik).

I Norge har vi store områder med spredt bebyggelse. I Skandinavia er det ikke gjort noen oppfølgingsundersøkelse av forekomsten av depresjon blant somatisk syke eldre fra landdistriktene som innlegges i sykehus. Det fins undersøkelser som indikerer at eldre som bor i landdistriktene plages mindre med depresjon enn de som bor i sentrale strøk og byer (4, 5). Den første skandinaviske studien av depresjon blant eldre pasienter fra et landdistrikt innlagt på en medisinsk avdeling, fant en lav forekomst av depresjon (3).

Depresjon hos somatiske syke eldre kan vare over tid, og en bedring synes å ha sammenheng med forbedring av fysisk helse og fungering (6), og reduksjon av angstsymptomer. Det er også funnet en kortvarig sammenheng mellom depresjon og redusert kognitiv funksjon (6, 7), men depresjon og funksjonsnedsettelse (fysisk og kognitiv) kan påvirke hverandre og den indre sammenhengen er komplisert.

Så langt vi vet, har det ikke tidligere vært gjennomført oppfølgingsstudier av eldre som bor i et landdistrikt og som innlegges i sykehus. Vi ønsket derfor å

(1) Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, Norges Naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim

(2) Sykehuset Innlandet, Divisjon Tynset

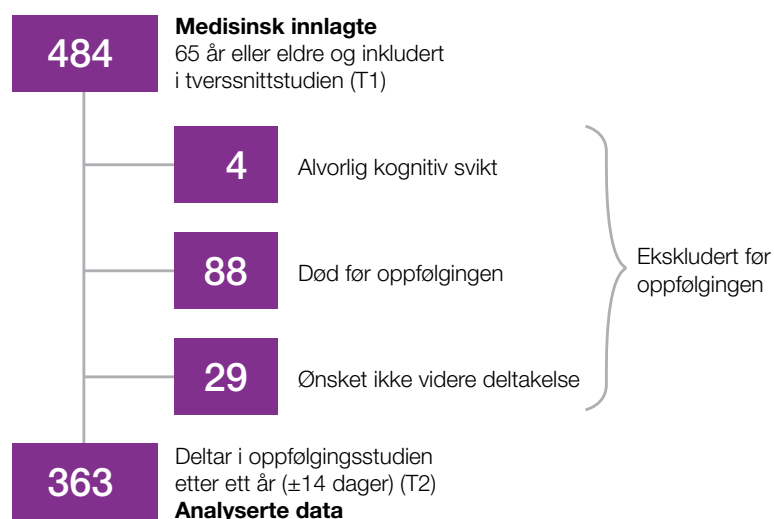
(3) St Olavs Universitets Hospital, Trondheim

(4) Akershus Universitetssykehus

(5) Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet, Ottestad.

(6) Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Ullevål Universitetssykehus, Oslo.

Figur 1: Flytskjema for hospitaliserte eldre ved Sykehuset Innlandet, Divisjon Tynset ved inklusjon (T1) og oppfølging (T2)



undersøke om forekomsten av depressive symptomer blant eldre som bor i et landdistrikt hadde endret seg ett år etter sykehusinnleggelsen. Til dette brukte vi et selvrapporteringskjema (Hospital Anxiety and Depression scale, HAD-D $\geq$ 8). Videre ønsket vi å undersøke om tilstedeværelse av depresjon (HAD-D $\geq$ 8) ved oppfølgingen et år etter sykehusinnleggelsen hadde sammenheng med en negativ utvikling av helsesituasjonen (kognitiv og fysisk fungering, angst) mellom inklusjon og oppfølging.

Metode

Dette er en prospektiv studie utført ved Sykehuset Innlandet, Divisjon Tynset. To sykepleiere (en geriatrik og en høgskolelærer) fikk to dagers opplæring i forskningsmetode og bruk av spørreskjema før de samlet data under sykehusinnleggelsen (T1) og ett år etter (T2). De samme data ble i all vesentlig grad innhentet ved begge tidspunktene.

Deltakerne

Alle pasienter 65 år og eldre som ble lagt inn på medisinsk avdeling som øyeblikkelig hjelp på Sykehuset Innlandet Divisjon Tynset, ble vurdert for inklusjon i en toårs periode. Av de 484 deltakerne som ble inkludert på sykehuset ble 363 fulgt opp ett år etter (se flytskjema, Figur 1).

Måleinstrument

Depressive symptomer ble undersøkt ved hjelp av Hospital Anxiety and De-

pression (HAD) skalaen (8). Skjemaet er spesielt beregnet på somatisk syke og sykehusinnlagte mennesker. Personene besvarer spørsmålene ut fra hvordan de har hatt det den siste uken. Ingen somatiske spørsmål er inkludert. Spørsmålene skal kartlegge angstrelaterte og depressive symptomer (sju spørsmål på hvert område). Høyere skåre indikerer alvorligere symptomer. En skåre på 8 eller mer på hver av symptomskalaene er forenlig med depressiv lidelse (mild, moderat eller alvorlig lidelse) mens en symptomskåre på 11 eller mer indikerer at pasienten minst har en moderat til alvorlig angst- eller depresjonslidelse (9). I denne artikkelen bruker vi begrepene depresjon og angst dersom skåren på de to symptomskalaene er 8 eller høyere.

Somatisk sykkelighet og funksjonsnivå: Informasjon om sykkelighet ble hentet fra journalopplysninger. Dette inkluderte antall innleggelser siste fem år, diagnoser ved tidligere og nåværende innleggelse, lengden på sykehusinnleggelsen, medikamenter, omsorgsnivå og hjelpe tiltak i hjemkommunen. Kognitiv fungering ble kartlagt med Mini Mental Status Evaluering (MMSE) (10) og med Klinisk Demensvurdering (KDV) (11). Funksjonsnivå ble kartlagt med Lawton's skalaer for fungering i dagliglivet (P-ADL og I-ADL) (12). Vi registrerte fall siste året, og kartla nedsatt syn og hørsel med spørsmål fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) (13) (tabell 1).

Prosedyre

Potensielle deltakere ble spurt etter at de var medisinsk stabilisert. De mottok skriftlig og muntlig informasjon. Samtykkekompetente pasienter undertegnet informert samtykkeskjema ved inklusjon, mens vi hos pasienter med redusert samtykkekompetanse informerte pårørende som kunne reservere seg mot deltagelse på vegne av pasienten. Forskningsassistenten kartla først kognitiv funksjon. Ved alvorlig demens (KDV=3) ble pasienten ekskludert. Inkluderte pasienter ble deretter intervjuet. De som trengte det fikk hjelp til å lese eller krysse av svarene.

De pasientene som ble inkludert i studien på sykehuset ble kontaktet telefonisk for å avtale en oppfølgingsregistrering (1 år etter innleggelsen $\pm$ 14 dager) på hjemmeadressen eller der de nå befant seg.

Regional etisk komité og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste har godkjent studien.

Resultater

I alt deltok 175 menn og 188 kvinner ved både inklusjon (T1) og oppfølging (T2) (tabell 2). Gjennomsnittsalderen til deltakerne ved inklusjon var 80.2 år og den varierte fra 65–98 år. De som ikke deltok ved oppfølgingen var eldre (gjennomsnitt 82.1 år) og sykere, men kjønnsfordelingen og forekomsten av depresjon og angst var lik.

Ved ett års oppfølging hadde en høyere andel av deltakerne bistand fra

Tabell 1
Beskrivelse av deltakerne (N=363)

Sosiodemografisk		Totalt	
Menn	N (%)	175	(48.20)
Alder	Gj.snitt (SD)	80.2	(7.5)
Lever ikke alene	N (%)	172	(47.4)
Røyker	N (%)	46	(12.7)
Medisinsk informasjon			
Hjelpebehov før innleggelsen ^a			
Hjelp fra helse- og omsorgstjenester i kommunen	N (%)	158	(49.5)
Ingen hjelp	N (%)	205	(47.4)
Antall sykehusinnleggelser før innleggelse de siste 5 år i løpet av oppfølgingsåret	Gj.snitt (SD)	2.2	(2.7)
Den aktuelle sykehusinnleggelsen (dager)			
Varighet	Gj.snitt (SD)	6.0	(4.6)
Varighet før inklusjon	Gj.snitt (SD)	4.1	(3.2)
Hoveddiagnose ved innleggelse			
Kardiovaskulær sykdom	N (%)	101	(27.8)
Lungelidelse	N (%)	81	(24.0)
Charlson Indeks -Sykelighetsskår	Gj.snitt (SD)	2.0	(1.9)
Antall legemidler	Gj.snitt (SD)	5.9	(3.3)
Funksjonsnedsettelse			
MMSE ¹	Gj.snitt (SD)	24.3	(3.8)
PSMS	Gj.snitt (SD)	8.7	(3.3)
I-ADL	Gj.snitt (SD)	9.3	(3.5)
Har falt siste året	N (%)	97	(26.7)
Hørselsnedsettelse	N (%)	159	(43.8)
Synsnedsettelse	N (%)	80	(22.0)
Tidligere konsultert lege eller brukt medikamenter for følelsesmessige problem	N (%)	80	(22.0)

MMSE = Mini Mental State Examination, PSMS = Physical self-maintenance, IADL = Instrumental activities of daily living

¹ Av de med MMSE ≤ 24 hadde 11 (av 363= 3.0%) en MMSE < 18

^a Hjelpebehov før innleggelsen inkluderer hjemmesykepleie, hjemmehjelp og/eller sykehjemsplass

Tabell 2
Forekomst av symptom på depresjons og/eller angst ved inklusjon og oppfølging. (N=363)

		T1		T2	
Forekomsten av symptom på depresjon					
HAD-D ≥ 8	N (%)	37	(10.2)	25	(6.9)
HAD-D ≥ 11	N (%)	14	(3.9)	10	(2.8)
HAD-D	Gj.snitt (SD)	3.3	(3.2)	3.7	(4.6)
Forekomsten av symptom på angst					
HAD-A ≥ 8	N (%)	33	(9.1)	9	(2.5)
HAD-A ≥ 11	N (%)	16	(4.4)	1	(0.3)
HAD-A	Gj.snitt (SD)	2.9	(3.3)	1.6	(2.4)

HAD-D = symptomer på depresjon, HAD-A = Symptomer på angst
T1 Ved inklusjon, T2 Ved oppfølgingen ett år etter.

helse- og omsorgstjenester i kommunen når vi sammenlikner med situasjonen ved første gangs undersøkelse (52.1 prosent vs. 47.5 prosent). De hadde også dårligere ADL- og IADL-funksjon, og den kognitive funksjonen var svekket ved oppfølgingen.

Forekomsten og oppkomsten av depresjon og angst

Forekomsten av depresjon (HAD-D ≥ 8) var relativt uendret ved oppfølgingen, i.e. 10.2 prosent ved T1 og 6.9 prosent ved T2 (tabell 2). Av de uten depresjon (HAD-D < 8) ved T1 hadde 4.7 prosent fått depresjon ved oppfølgingen (oppkomst). Av de med depresjon ved studiestart hadde 21.6 prosent fortsatt depresjon ved T2 (vedvarende depresjon).

Forekomsten av angst (HAD-A ≥ 8) var redusert fra T1 (9 prosent) til T2 (3 prosent). Andelen deltakere som hadde fått angst i løpet av oppfølgingstiden var lav (1.1 prosent). Andelen med angst på begge tidspunkt var på 15.6 prosent (vedvarende angst).

Faktorer som har sammenheng med depresjon ved oppfølgingen (T2)

Risikoen for depresjon ved T2 var ikke signifikant knyttet til kjønn, men til depresjon ved T1 og høy alder. I analyser der en tar hensyn til de ovennevnte tre faktorene økte risikoen for depresjon ved oppfølgingen for dem som hadde fått redusert MMSE skåre fra T1 til T2 og dem med nedsatt kognitiv funksjon ved T1 (tabell 3). I andre analyser der en også tar hensyn til kjønn, alder og depresjon ved T1, fant en at redusert fysisk fungering (vurdert med PSMS) og ervervet synsnedsettelse fra T1 til T2 økte risikoen for depresjon ved T2. Økende grad av angst ved T2 og angst ved T1 økte også risikoen for depresjon ved T2. I tillegg var det økt risiko for depresjon blant de eldre som mottok helse- og omsorgstjenester fra kommunen på begge tidspunkt, eller som fikk slike hjelpetiltak i løpet av oppfølgingen (henholdsvis fire og åtte ganger høyere risiko). De eldre som tok antidepressiva og de som var tidligere diagnostisert med depresjon ved T1, hadde ikke større risiko for depresjon ved T2 enn de uten slike erfaringer.

Tabell 3
Faktorer som kan ha sammenheng med depressive symptom (HAD-D $\geq$ 8) ved oppfølgingen (T2)

	OR ¹	95% KI
MMSE		
Endring til det verre	1.3	(1.1-1.5)*
$\geq$ 25 (ved T1)	1.0	
< 25 (ved T1)	4.5	(1.4.1-14.0)*
PSMS		
Endring til det verre	1.2	(1.0-1.3)*
< 6 (ved T1)	1.0	
$\geq$ 6 (ved T1)	2.1	(0.7-6.6)
Funksjonsnedsettelse av synet		
Endring Forsatt uten funksjonsnedsettelse av synet	1.0	
Synsnedsettelse ved begge tidspunkt	2.4	(0.7-8.1)
Fått funksjonsnedsettelse av synet i perioden mellom T1-T2	8.3	(2.8-25.0)*
Symptom på angst (HAD-A)		
Endring til det verre	1.3	(1.2-1.6)*
< 8 (ved T1)	1.0	
$\geq$ 8 (ved T1)	14.9	(3.1-71.6)*
Behov for hjelp^a		
Endring Ingen behov for hjelp ved begge tidspunkt	1.0	
Behov for hjelp på begge tidspunkt	4.4	(1.1-17.4)*
Fikk behov for hjelp i perioden mellom T1-o T2	8.1	(1.9-34.2)*
Bruk av anti-depressiva		
Nei (ved T1)	1.0	
Ja (ved T1)	2.4	(0.9-6.3)
Tidligere depresjons diagnose		
Nei (ved T1)	1.0	
Ja (ved T1)	3.4	(0.9-13.3)

OR = odds ratio, KI= Konfidens intervall

MMSE = Mini Mental State Examination, PSMS = Physical self-maintenance,

IADL = Instrumental activities of daily living,

HAD-D = Symptomer på depresjon, HAD-A = Symptomer på angst

T1 Ved inklusjon, T2 Ved oppfølgingen ett år etter.

¹ Analysene var justert for depresjonsskåre ved inklusjon, kjønn og alder samt for aktuell situasjon ved T1 der det er mulig.

^a Hjelp fra helse- og omsorgsetaten i kommunen, dette inkluderer hjemmesykepleie, hjemmehjelp og/eller sykehjemsplass.

* statistisk signifikante sammenhenger.

Diskusjon

Dette er den første skandinaviske oppfølgingsstudien av eldre innlagt på medisinsk avdeling på sykehus. Vi fant at en relativt lav andel av de eldre pasientene hadde depresjon både ved studiestart og ved oppfølgingen. Studier som inkluderer eldre med medisinske problemer har ofte rapportert en høyere depresjonsforekomst både ved inklusjon og oppfølging enn det vi fant (2). Studier av bedre metodisk kvalitet rapporterer oftere lavere forekomst av depresjon enn de med dårligere kvalitet. Vi har brukt et anerkjent screeningverktøy for mennesker med somatiske lidelser til å kartlegge forekomsten av depresjon i denne studien (14). Skjemaet inkluderer ikke somatiske symptomer, men fokuserer på om deltakerne kan nyte og glede seg over hyggelige begivenheter. Eldre har ofte ikke klassiske depressive symptomer som tristhet, men mer somatiske plager som uttrykk for depresjon (15). Samtidig har pasientene som er innlagt for medisinske lidelser ofte somatiske symptomer, som også ofte forekommer ved depresjon hos eldre, som for eksempel svimmelhet, nedsatt appetitt og søvnvansker. Valg av skjema kan således påvirke resultatet. En nylig publisert studie med pasienter med en kognitiv funksjon tilsvarende vårt utvalg, fant at validiteten av HAD som kartleggingsverktøy var god og at grenseverdien for depresjon tilsvarer det anbefalte (8 og høyere) brukt i denne studien (16). Den relativt lave forekomsten av depresjon ved inklusjon og oppfølgingen kan også være forårsaket av kulturelle og sosiale faktorer som er knyttet til det å leve i et landdistrikt (3, 17).

Det var nødvendigvis ikke de samme personene som var deprimerede på begge tidspunktene i denne studien. Flere studier rapporterer en remisjonsprosent tilsvarende vår (18, 19). Når andelen med nye tilfeller tilsvarer den andelen som blir frisk fra sin depresjon blir forekomsten relativt lik på begge tidspunkter, slik det også er funnet i en annen norsk studie (18). Risikoen for å ha depresjon ved oppfølgingen økte for dem med redusert kognitiv og fysisk funksjon, med økt angstnivå og med det å bli synshemmet i løpet av oppfølgingsperioden så vel som å trenge helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Dette kan indikere at en reduksjon i flere funksjoner

og tap av autonomi kan være årsaker til depresjon ved oppfølgingstidspunktet.

Man har blitt oppmerksom på at eldre som har depresjon og angst samtidig har dårligere prognose for bedring over tid (20). I denne studien fant vi at de med angst ved inklusjon hadde mer enn ti ganger så høy risiko for å være deprimeret ett år etter og at økt nivå av symptomer på angst ved oppfølgingen gav en tilleggssisiko for depresjon.

I denne studien ble eldre med alvorlig grad av demens utelatt fra deltakelse fordi kvaliteten på studien kunne reduseres dersom eldre med svært lav kognitiv fungering skulle delta (selvevaluering av angst og depresjon). Vi inkluderte noen eldre med lav kognitiv fungering (MMSE på under 18), men de var få og resultatene vil ikke bli vesentlig endret om vi tok dem ut av de statistiske beregningene. Disse deltakerne hadde ikke alvorlig demens målt ved KDV. Å ekskludere pasienter med kognitiv reduksjon kunne ha vært en feilkilde, da eldre med en mild grad av demens ofte har depresjon (6, 7), slik vi også fant i denne studien.

I denne studien hadde vi ikke tilgjengelig informasjon om bruken av antidepressiva ved oppfølgingen, ei heller om de eldre hadde konsultert lege eller mottatt andre behandlingsalternativer i løpet av året etter innleggelsen i sykehus, bare ved inklusjon. Det var likevel et interessant funn at verken bruk av antidepressiver eller tidligere kjent depresjonsdiagnose ved inklusjon var assosiert med depresjon ved oppfølgingen. Dette er i kontrast til tidligere studier av eldre (9). Selv om kvaliteten og størrelsen på det sosiale nettverket kan ha betydning for utvikling og opprettholdelse av depresjon hos eldre, manglet vi muligheten til å undersøke betydningen av det sosiale nettverket ut over om de eldre bodde alene eller ikke.

Konklusjon

Dette er den første studien i Skandinavia som har undersøkt om depresjon foreligger ved en ett års oppfølging blant eldre personer fra et landdistrikt innlagt i medisinsk avdeling. Vi fant at depresjon hos eldre ved oppfølgingstidspunktet hadde sammenheng med kjente risikofaktorer for depresjon som redusert kognitiv og fysisk fungering, synsnedsettelse og kliniske symptomer for-

enlig med angst, samt det å ha behov for helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

Kjernepunkter

- ◆ Hos eldre i et landdistrikt var forekomsten av depressive symptomer forenlig med klinisk depresjon ett år etter sykehusinnleggelse på medisinsk avdeling lav og uendret.
- ◆ Det var nødvendigvis ikke de samme personene som opplevde depressive symptomer både ved inklusjon og oppfølging.
- ◆ Å være deprimeret ved oppfølgingen hadde sammenheng med reduksjon i kognitiv og fysisk fungering, angst, bli synshemmet, eller det å ha behov for hjelp fra kommunehelsetjenesten.
- ◆ Studien gir forskningskunnskap som er nødvendig for å identifisere eldre som har høy risiko for depresjon over tid.

Takk til

Studien var finansiert ved hjelp av penger fra Helse- og omsorgsdepartementet og Sykehuset Innlandet. Forfatterne vil takke MC Janne Kutschera Sund for assistanse med de farmakologiske dataene, ph.d. Hans Cato Guldborg og Randi Scanke for verdifull støtte, og den medisinske avdelingen ved sykehuset som muliggjorde studien gjennom sitt samarbeid. Det er ingen interessekonflikter i denne studien.

■ anne-sofie.helvik@ntnu.no

REFERANSER

1. Copeland JR, Beekman AT, Dewey ME, Hooger C, Jordan A, Lawlor BA, et al. Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *Br J Psychiatry*. 1999 Apr;174:312-21.
2. Rosenvinge BH, Rosenvinge JH. Forekomst av depresjon – systematisk oversikt over 55 prevalens studier fra 1990 –2001. [Occurrence of depression in the elderly – a systematic review of 55 prevalence studies from 1990-2001. In Norwegian]. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2003 Apr 3;123(7):928-9.
3. Helvik A-S, Scanke RH, Selbæk G. Screening for depression in elderly medical inpatients from rural areas of Norway: prevalence and associated factors. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;[Epub ahead of print].
4. Kim JM, Stewart R, Shin IS, Yoon JS, Lee HY. Lifetime urban/rural residence, social support and late-life depression in Korea. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004 Sep;19(9):843-51.
5. St John PD, Blandford AA, Strain LA. Depressive symptoms among older adults in urban and rural areas. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006 Dec;21(12):1175-80.
6. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006 May;113(5):372-87.
7. Han L, McCusker J, Abrahamowicz M, Cole M, Capek R. The temporal relationship between depression symptoms and cognitive functioning in older medical patients--prospective or concurrent? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2006 Dec;61(12):1319-23.
8. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Jun;67(6):361-70.
9. Snaith RP, Zigmond AS. The hospital anxiety and depression scale manual. Windsor: NFER-Nelson; 1994.
10. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975 Nov;12(3):189-98.
11. Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL. A new clinical scale for the staging of dementia. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1982 Jun;140:566-72.
12. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969 Autumn;9(3):179-86.
13. Holmen J, Midthjell K, Krüger Ø, Langhammer A, Holmen TL, Bratberg GH, et al. The Nord-Trøndelag Health Study 1995-97 (HUNT 2): Objectives, contents, methods and participation. *Norsk Epidemiologi*. 2003;13(1):19-32.
14. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002;52:69-77.
15. Gallo JJ, Rabins PV. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *Am Fam Physician*. 1999 Sep 1;60(3):820-6.
16. De Souza J, Jones LA, Rickards H. Validation of self-report depression rating scales in Huntington's disease. *Mov Disord*. 2010 Jan 15;25(1):91-6.
17. Helvik AS, Iversen VC, Steiring R, Hallberg LR. Calibrating and adjusting expectations in life: A grounded theory on how elderly persons with somatic health problems maintain control and balance in life and optimize well-being. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2011;6(1).
18. Farner L, Wagle J, Engedal K, Flekkoy KM, Wyller TB, Fure B. Depressive symptoms in stroke patients: a 13 month follow-up study of patients referred to a rehabilitation unit. *J Affect Disord*. 2010 Dec;127(1-3):211-8.
19. Ciro CA, Ottenbacher KJ, Graham JE, Fisher S, Berges I, Ostir GV. Patterns and correlates of depression in hospitalized older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012 Jan;54(1):202-5.
20. Schoevers RA, Deeg DJ, van Tilburg W, Beekman AT. Depression and generalized anxiety disorder: co-occurrence and longitudinal patterns in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005 Jan;13(1):31-9.



Oral hälsa, kognition og åldrande

Sambandet mellom oral hälsa, åldrande og kognitiv funksjon  r oklart. V rt resultat viser at personer med egne t nder presterer bättre på kognitive tester, spesielt for episodisk minne, jämfört med tandl se. Egne t nder tycks vara viktig for  t bevare god kognitiv funksjon.

Vid normalt åldrande f rs mras kognitionen, det vill s ga minnet og oppm rksamheten. Denna f rs mring kan bero på flere ulike neurobiologiske, psykologiske og sociale faktorer. Viktige faktorer for  t bibeh lla god kognitiv funksjon  r hälsa, interesse for intellektuell og fysisk aktivitet, og sosial aktivitet. K nsskillnader i visse kognitive funksjoner har blitt funnet, kvinner tycks ha bättre deklarativt minne én m n (1, 2). Den store økningen av befolkningen från 65 år og  ldre  r en stor utfordring for samfunnet ettersom demens ber knes øke nästan tre g nger snabbare hos denna  ldersgruppe én hos den øvrige befolkningen. De fleste  ldre friske personer har idag kvar sine egne t nder (3). Orsaken til tandf rluster beror oftest på karies samt tandk ttsinflammation (gingivitt¹) og tandlossning (periodontitt) trots at dessa sjukdomar til stor del kan behandles preventivt. Allm nne sjukdomar, medicinering og funksjonshinder har stor betydelse ved oppkomst og utveckling av karies og tandlossning, men även andre faktorer såsom utbildningsniv , inkomst og psykosociale faktorer  r av stor vikt (4, 5).

Sambandet mellom oral hälsa, åldrande og kognition har fått liten oppm rksamhet. Men i ett antal djurstudier har man funnet ett samband mellom f rekomst av t nder og minnesfunksjon (6–10). Ekstraksjon av t nder har vist sig  rsake degenerasjon av mekanoreseptorer (PMR) som finnes riklig i periodontiet, hinnen som finnes rundt tandr ttene og f ster t nderne i k kbenet. Degenerasjonen av PMR minsker det sensoriske infl det til hippocampus vilket kan leda til f rs mrad minnesfunksjon (6–8). Studier på m nnisk har vist at hj rnens aktivitet  kar ved tuggning delvis beroende på  kat blodfl de og därmed  kat syretillf rsel i store områden av hj rnen (11, 12).

Det  r også m jlig  t tuggning og bitkraft stimulerer sensoriske infl det från PMR via ett neuralt n tverk bestående av prefrontale cortex og hippocampus, hvilket kan vara viktig for  t oppr th lla god kognitiv funksjon (11, 12). Denna förklaring st ds av Miura et al. som har funnet at  ldre kvinner med normal kognitiv förmåga viser bättre tuggmuskelfunksjon én hos kvinner med nedsatt kognitiv förmåga (13). Egne t nder kan også bidra til en god kognitiv funksjon mer indirekte. Personer med få egne t nder hadde l gre inntak av vitaminer, proteiner og kalorier én individer med mange egne t nder hvilket tyder på

at en d lig munh lsa kan leda til undern ring og f rs mrad allmän hälsa (3, 14).

Av det totale sensoriske infl det til somatosensoriske cortex har det vist sig at impulsfl det från t nder, tandk tt, k ke, tunga og l pper  r opproporjonerlig stor (15). Betydelsen av dette for kognitiv funksjon  r fortfarande  k nd, men flere studier har vist at den kortikale stimuleringen från det orofasiale området kan ha en viktig rolle i moduleringen av smakopplevelsen (16), og i det s.k. mirror-neuron systemet² (MNS). MNS  r förmodligen viktig for kognitiv funksjon og interpersonell kommunikasjon (17). Når vi iakttar andre människors artikkelasjon  kar aktiviteten i somatosensoriske cortex hvilket tyder på at det orofasiale området  r viktig for det sociale samspelet mellom m nnisk (18).

Nervsystemets funksjon hos m nnisk liknar mange andre d ggdjursarter³ (19) og de resultat man funnet i flere djurstudier har vi kunnet bekrefte i en

¹) Gingiva: tannkjøtt; periodont: elastisk vev som fester tennene til k jebeinet. Periodontitt: betennelse i festevevet som fører til at tannen løsner (red. anm.).

²) Et nevron som reagerer på og sender ut impulser ved   observere handlinger som en annen utfører, som om vedkommende selv hadde utført handlingen. Betydningen av MNS er omdiskutert. Enkelte mener at det kan ha betydning bla. for læring ved imitasjon. (kilde Wikipedia (13.05.2012)).

³) d ggdjur: pattedyr (red. anm.)

populationsstudie (20). Vi har funnit att individer med egna tänder presterar betydligt bättre på kognitiva test jämfört med de som saknar egna tänder.

Vårt projekt är en del av Betula-projektet som är en prospektiv studie av åldrande, minne och demens i Umeå, Sverige. Deltagarna i projektet har undersökts vid fem tillfällen under 20 år och ska genomgå en sista undersökning 2013–2015. Cirka 3 500 personer mellan 35 och 90 år har genomgått kognitiv testning, medicinska undersökningar och intervjuer. Målet med Betula-projektet är att studera minne och hälsa i vuxen ålder och ålderdom, hitta tidig kognitiv försämring och riskfaktorer för demens, bedöma premorbid kognitiv funktion samt studera det robusta åldrandet dvs. varför en del människor bibehåller god hälsa och kognitiv funktion trots hög ålder. År 2005 utnämnde det Svenska Vetenskapsrådet Betula-projektet till en stark forskningsmiljö, ett "Center of Excellence", för att projektets starka internationella forskningsmiljö har potential att göra vetenskapliga genombrott inom forskningsområdet.

I vårt projekt har vi funnit att personer med ett robust åldrande har fler egna tänder vilket kan vara en markör för god allmän hälsa. Vi har studerat den kognitiva funktionen hos betandade och tandlösa personer i två steg (20). I det första steget studerade vi 1 366 betandade och 510 tandlösa personer i åldrarna 35 till 90 år. De med demenssjukdom eller annan neurologisk sjukdom exkluderades i studien. Deltagarna jämfördes avseende ålder, kön, socioekonomisk status, mini-mental state (MMSE), stressnivå, sjukdomar och resultat på flera kognitiva tester.

De kognitiva testerna undersökte retrospektivt och episodiskt minne, semantiskt minne, procedurminne, problemlösning och visuo-spatial förmåga. Vi fann att de med egna tänder presterade bättre på flera kognitiva test framförallt de som mäter det episodiska



Illustrasjonsfoto: Andres Rodriguez, Scanstockphoto

minnet vilket är hippocampus beroende. I det andra steget undersöktes den kognitiva funktionen hos en grupp med egna tänder (N = 221) och en tandlös grupp (N = 209) som matchades avseende ålder, kön, socioekonomiska faktorer och förekomst av stort antal sjukdomar samt stressnivå. Vi fann att de med egna tänder fortfarande hade bättre resultat på flera kognitiva tester speciellt de tester som mäter episodiskt minne. Vi har därför dragit slutsatsen att det finns ett starkt samband mellan förekomsten av naturliga tänder och högre kognitiva funktioner i synnerhet det hippocampus-beroende episodiska minnet (20).

Eftersom sambandet mellan oral hälsa och minnesfunktioner hos äldre människor inte tidigare studerats har vi nu gjort en fördjupad klinisk studie på detta område. Vi har undersökt minnesfunktionen hos

- personer med karies- och tandlossningssjukdomar
- betandade och tandlösa personer
- personer som har flera egna tänder och de som har små restbett
- personer med egna tänder och de med tandimplantat.

Vidare har vi studerat om förlust av tänder kan vara en riskfaktor för demenssjukdom och om det finns könskillnader avseende sambandet oral hälsa och kognitiv funktion.

De som ingår i studien genomgick en fullständig odontologisk undersökning som omfattar antalet tänder, tandlossningssjukdomar, karies och pulpasjukdomar. Vidare undersöktes tuggmuskulaturens funktion och munslemhinnorna. Deltagarnas kognitiva funktion undersöktes med hjälp av flera kognitiva tester. Ett antal formulär användes för att få information om bl.a. social och ekonomiska situation, sjukdomar, medicinering, kostvanor. Blod- och salivprover⁴ togs också för studera sambandet mellan substanser i blod och saliv och kognitiv funktion och demenssjukdomar. På de flesta deltagarna undersökte vi också hjärnans struktur och funktion med hjälp av magnetkamera (MRI och fMRI).

Våra preliminära resultat tyder på att våra tidigare fynd bekräftas, det vill säga att det är viktigt bevara de egna tänder för att upprätthålla en god kognitiv funktion, speciellt det episodiska minnet. Eftersom vi fått liknande resultat i en populationsstudie (20) och klinisk studie kan det få betydelse för hur tandvården för den åldrande befolkningen utformas. Tandvården bör då inriktas mer på preventiv vård för att bevara de egna tänderna så länge som möjligt. Detta är betydelsefullt med tanke på att den befolkningsgrupp som ökar mest är de som är 65 år och äldre. Hos denna befolkningsgrupp är risken att utveckla orala sjukdomar som störst, vilket kan leda till tandförluster. Risken för demenssjukdom är också störst i denna ålder vilket ofta leder till stora sjuk- och omvårdnadskostnader för samhället. Vilken betydelse egna tänder har för utvecklingen av demenssjukdomar är ännu oklart, men vi hoppas att kunna besvara detta i framtiden. Eftersom vårt projekt studerar sambandet mellan oral hälsa och bland annat allmän hälsa, kognitiv funktion och psykosociala faktorer, kan vi också få bättre kunskap om varför vissa individer lättare drabbas av oral ohälsa trots god munhygien och goda kostvanor.

Nyttan med ökad kunskap om sambandet mellan oral hälsa och kognitiv funktion är betydelsefull eftersom befolkningen blir allt äldre, har allt fler egna tänder, och att nya behandlingsmetoder, såsom tandimplantat, blir allt vanligare.

■ maud.bergdahl@uit.no

REFERANSER

1. Bäckman L, Small B, et al. Handbook of the Psychology of Aging, Academic Press: San Diego, 2001.
2. Habib R, Nyberg L, et al. Cognitive and non-cognitive factors contributing to the longitudinal identification of successful elders adults in the Betula study. *Aging Neuropsychology Cognition*. 2007; 14: 257-273.
3. Kiyak HA. Successful aging: implications for oral health. *Journal of Public Health Dentistry* 2000; 60: 276-281.
4. Shimazaki Y, Soh I, et al. Influence of dentition status on physical disability, mental impairment and mortality in institutionalized elderly people. *Journal of Dental Research* 2001; 80: 340-345.
5. Österberg T, Lundgren M, et al. Utilization of dental services in relation to socioeconomic and health factors in the middle-aged and elderly Swedish population. *Acta Odontologica Scandinavica* 1998; 56: 41-47.
6. Onozuka M, Watanabe K, et al. Reduced mastication stimulates impairment of spatial memory and degeneration of hippocampal neurons in aged SAMP8 mice. *Brain Research* 1999; 826: 148-153.
7. Kato T, Usami T, et al. The effect of the loss of molar teeth on spatial memory and acetylcholine release from the parietal cortex in aged rats. *Behavioral Brain Research* 1997; 83: 239-242.
8. Onozuka M, Watanabe K., et al. Impairment of spatial memory and changes in astroglial responsiveness following loss of molar teeth in aged SAMP8 mice. *Behavioural Brain Research* 2000; 108: 145-155.
9. Kubota K, Nagae K, et al. Degenerative changes of primary neurons following tooth extraction. *Anatomischer Anzeiger Jena* 1988; 166: 133-139.
10. Watanabe K, Ozono S, et al. The molarless condition in aged SAMP8 mice attenuates hippocampal Fos induction linked to water maze performance. *Behavioral Brain Research* 2002; 128: 19-25.
11. Momose T, Nishikawa J, et al. Effect of mastication on regional cerebral blood flow in humans examined by positron-emission tomography with 15O-labelled water and magnetic resonance imaging. *Archives of Oral Biology* 1997; 42: 57-61.
12. Onozuka M, Fujita M, et al. Age-related changes in brain regional activity during chewing: A functional magnetic resonance imaging study. *Journal of Dental Research* 2003; 82: 657-660.
13. Miura H, Yamasaki K, et al. Relationship between cognitive function and mastication in elderly females. *Journal of Oral Rehabilitation* 2003; 3: 808-811.
14. Nowjack-Raymer RE, Sheiham A. Association of edentulism and diet and nutrition in US adults. *Journal of Dental Research* 2003; 82: 123-126.
15. Penfield W, Rasmussen T. The cerebral cortex of man. New York: Macmillan, 1952.
16. Nitsche JB, Dixon, GE, et al. Altering expectancy dampens neural response to aversive taste in primary taste cortex. *Nature Neuroscience* 2006; 3: 435-442.
17. Rizzolatti G, Fogassi L, et al. Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. *Nature Review of Neuroscience* 2001; 2: 661-670.
18. Möttönen R, Järveläinen J, et al. Viewing speech modulates activity in the left SI mouth cortex. *NeuroImage*, 2004; 24: 731-737.
19. Squire LR, Zola-Morgan S. The medial temporal lobe memory system. *Science* 1991; 253: 1380-1386.
20. Bergdahl M, Habib R, et al. Natural teeth and cognitive functioning in humans. *Scandinavian Journal of Psychology* 2007; 48: 557-565.

4) saliv: spytt (red. anm.)

Bente Wallander (tekst og foto)

Veivisere i velferdsteknologi



Almas hus i Oslo.



ANSVARLIGE: Prosjektgruppen har bestått av prosjektmedarbeiderne Sidsel Bjørneby (t.v.) og Torhild Holthe, GERIAS leder Solfrid R. Lyngroth og prosjektleder Sigrid Aketun.

I Almas hus presenteres teknologiske løsninger som kan forenkle og forbedre hverdagene for personer med kognitiv svikt, deres pårørende og andre omsorgspersoner.

Den nyinnredede visnings- og simuleringsleiligheten ved Aker sykehus har rullet å bli en etterspurt tjeneste, flere uker før offisiell åpning i oktober 2012. Og GERIAS prosjektleder Sigrid Aketun åpner gjerne dørene til den godt utstyrte boligen.

– Vi har mye interessant å vise frem, og mer vil det bli i ukene og månedene som kommer, lover hun.

Demensvennlig design

Almas hus er etablert etter prinsipper om universell utforming og demensvennlig design. Det betyr å ivareta siktlinjer, god belysning og hensiktsmessig bruk av kontrastfarger i et terskelfritt miljø. I leiligheten samles eksempler på velferdsteknologiske løsninger og hjelpemidler som kan forenkle og forbedre hverdagene, både for den enkelte som i

en periode av livet har behov for dette, dennes nærmeste og andre omsorgsytere.

– Vi samler produkter og tjenester fra mange ulike produsenter. Det er det unike med Almas hus. Her tester vi flere løsninger. De skal være både hensiktsmessige og kunne kommunisere med hverandre. Det er en utfordring å få dette til, og produsentene har heldigvis gått til oppgaven med iver og velvilje, sier Sigrid Aketun.

Individet i sentrum

Smarthusteknologiske løsninger demonstreres, med elektronisk styring av varme, energi, lys og varsling. Visningene legges opp noe ulikt etter målgruppene, som er helsepersonell, beslutningstakere, brukere og brukeres pårørende. Det kan være at en generell informasjon om velferds-

teknologiske muligheter er mest interessant for beslutningstakere og helsepersonell, men for brukere og pårørende tar man utgangspunkt i personen og dennes funksjonsendring, med tanke på å gjøre livet enklere og tryggere for ham/henne, vedkommendes pårørende og eventuelle hjelpere.

Et eksempel på en velferdsteknologisk løsning er å gjøre veien fra sengen til wc på nattestid trygg og lettvin. Når beboeren står opp av sengen og setter bena på gulvet slås lyset automatisk på, både ved sengen og på badet. Det skjer ved hjelp av en sensor som registrerer bevegelsen ved gulvet. Lyset slukkes automatisk når han/hun er tilbake i sengen igjen.

Spekteret av produkter og mulige tjenester som deretter demonstreres for å støtte personer med kognitiv svikt er bredt. Kort kan nevnes:

- ◆ Sensorer i gulvet registrerer og varsler dersom beboeren faller og blir liggende på gulvet
- ◆ Sensorer registrerer og varsler dersom beboeren som forlater sengen ikke kommer tilbake innenfor «normalt» tidsforløp

- ◆ En automatisk kalender med skjerm forteller om det er natt eller dag
- ◆ Komfyrvakten slår ikke bare av platen dersom den er overopphetet, den kan også advare beboeren med høy tale dersom det blir for varmt ved ovnen
- ◆ Digital brikke kan eliminere behov for nøkkel til utgangsdøren
- ◆ Sensorer varsler dersom kjøleskapet ikke åpnes i løpet av et visst antall timer på dagtid, og kan minne beboeren på at «nå må du spise litt igjen».

Innovativt miljø

Ideen til Almas hus oppsto for fire år siden, under arbeidet med Almas hjelpemiddelperm og etter et besøk i visningsleiligheten ved Dementia Services Development Centre (DSDC) i Stirling, Skottland. Prosjektgruppen som består av ergoterapeuter fra GERIA og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har siden jobbet målrettet mot åpning. Målet for visningsleiligheten er å være i front blant norske visningsmiljøer, og å være en arena for samarbeid, produktutvikling og innovasjon.

Idépoliklinikken ved Oslo Universitetssykehus har bidratt gjennom Design Pilot, som støtter innovative prosjekter.

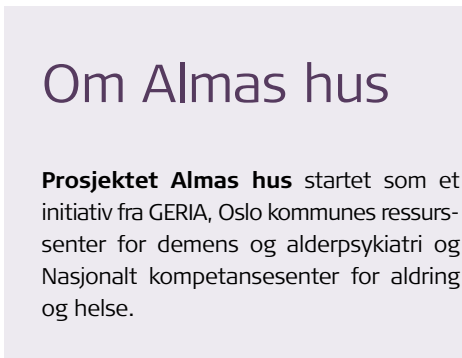
Prosjektet Almas hus fikk midler til å betale et designbyrå som har veiledet gruppen i tjenesteoppbyggingsfasen. Totalt er det brukt 650 000 kroner på interaksjonsdesign.

I dag samarbeider Almas hus også med hjelpemiddelsentralen i Oslo.

– Dette fører til gjensidig kompetanseheving. Vi kan blant annet være en ressurs og avlastning for dem når det gjelder kunnskap om kognitiv svikt, og vi har fått låne hjelpemidler derfra. Vi er ellers svært fornøyd med leilighetens beliggenhet. Det er viktig for oss å være en del av et helhetlig ressursmiljø for eldre, slik det nå planlegges her på Aker, sier Sigrid Aketun.



INNLYSENDE: Toalettet (med kontrastfarget setering) er lett å få øye på fra sengen.



SENSOR: Sensoren til høyre i bildet slår på lyset når personen i sengen setter føttene på gulvet.



SØVNIGE TONER: I puten kan man få den musikken man liker.



AKTIVE: Prosjektgruppen er selv aktiv i arbeidet med å teste teknologien og få løsningene til å kommunisere.

MED LYD: Albumet inneholder innspilte fortellinger til hvert bilde.



Åpner for GPS-sporing av personer med demens

Regjeringen vil i høst sende ut et lovforslag som åpner for elektronisk sporing av personer med demens.

– Fordi de er demente er det ikke sikkert de selv kan gi samtykke til at de kan finnes via elektronisk sporing, selv om det åpenbart vil være i deres interesse, sier helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen i en pressemelding.

– Teknologien skal ikke være en erstatning for menneskelig kontakt og kompetanse, men kan bidra til at demente får et friere og tryggere liv. Bruk av GPS er et eksempel på hvordan teknologi kan bidra til en bedre omsorg. Bruk av denne type teknologi overfor pasienter som ikke alltid er i stand til å uttrykke hva de selv mener, stiller oss overfor noen etiske valg. Her mener jeg imidlertid at både pasienter og pårørende vil ha stor nytte av teknologien, og derfor vil jeg åpne for det i lovverket, sier Strøm-Erichsen.

mulig å teste ut løsninger for tilrettelegging og hjelpemidler i et hjemmeliknende miljø, simulere en naturlig situasjon og finne fram til de mest aktuelle løsningene. Visningsleiligheten ligger på Samhandlingsarena Aker, tidligere Aker sykehus, samlokalisert med geriatrisk ressursenter som er under oppbygging.

For flere opplysninger om Almas hus:

www.almashus.no
almashus@hel.oslo.kommune.no
telefon 22 89 40 48



AVSLAPPENDE: Hvilestol med gyngefunksjon i både stol og fotskammel.



ALARM 1: Varsler dersom noen faller og blir liggende på gulvet.



ALARM 2: Varsler dersom kjøleskapet ikke åpnes på et visst antall timer.



ALARM 3: Varsler om hendelser i leiligheten, her at utgangsdøren står åpen.



Bente Wallander (tekst og foto)

Tv-aksjonen 2013

– En fantastisk mulighet

Nasjonalforeningen for folkehelsen har fått tv-aksjonen 2013. Pengene som samles inn skal brukes til forskning og tiltak som kan gi personer med demens og deres pårørende et bedre liv.

– Vi er kjempeglade! Tildelingen innebærer fantastiske muligheter for oss og vårt arbeid, fastslår generalsekretæren i Nasjonalforeningen for folkehelsen, Lisbet Rugtvedt.

Gjennom tv-aksjonen når man et stort publikum og får reist enorme penge-sommer. Nasjonalforeningen har i sin søknad til NRK forklart hvordan de vil bruke de innsamlede midlene.

– Vi har to hovedmål med tv-aksjonen. Det første handler om å skaffe til veie økt forståelse og kunnskap, en stor del vil derfor bli øremerket forskning. Det andre målet er å gjøre livet for personer med demens og deres pårørende bedre, mer aktivt, og på den måten motvirke passivitet og ensomhet, forklarer Rugtvedt.

Tar dagene tilbake

Temaet for neste års innsamlingsaksjon er «Dagene som forsvinner». Nasjonalforeningen vil gjennom sin innsats gi folk som får demens og deres familier noen av dagene tilbake.

– Vi vil sette i system en ny støtteordning med frivillige besøksvenner for personer med demens. Tilbudet er tenkt gitt både til dem som bor hjemme og dem som bor på en institusjon. Hen-

sikten er å gi personer som har fått en demenssykdom sjansen til å holde seg i aktivitet og ta del i gode fellesskap, og på den måten motvirke passivitet og ensomhet. Et slikt system vil også innebære en avlastning for familiene. Vi vet at det finnes ulike støttekontaktløsninger rundt om i landet, men behovet er fortsatt stort og de fleste steder udekket, mener Lisbet Rugtvedt.

Krafttak for forskning

Innsamlingsrådets tildeling innebærer at man i 2013, for andre gang siden 2002, skal samle inn midler til en organisasjon som vil bruke pengene utelukkende til norske formål.

– Ved hjelp av tv-aksjonen får vi sjansen til å støtte en rekke tiltak av stor nasjonal betydning. Men antallet personer med demens øker ikke bare i Norge, dette er også en av de største folkehelseutfordringene i global sammenheng. Alt forskningsarbeid er grenseoverskridende, og det forskerne finner ut her i Norge vil i neste omgang komme mennesker i andre land til gode, sier Rugtvedt.

I søknaden til tv-aksjonen har Nasjonalforeningen i samarbeid med forskningsmiljøene lagt fram skisse til et nytt,

koordinert forskningsprogram som involverer de sterkeste forskningsmiljøene. Arbeidstitelen for dette er «Norwegian dementia center» og programmet vil omfatte både årsaker til demens, forebygging, diagnostisering og muligheter for framtidig behandling.

Forståelse og åpenhet

Større forståelse for hva det innebærer å få demens er viktig for Nasjonalforeningen av flere årsaker.

– En undersøkelse vi har gjennomført viste at cirka 30 prosent av befolkningen ikke er klar over at demens er en sykdom. Mange, og da særlig eldre, tror at de ulike symptomene er en del av den naturlige aldringsprosessen. Økt kunnskap om temaet vil derfor være av stor betydning. Gjennom tv-aksjonen får vi blant annet sjansen til å endre folks holdninger til temaet, og på den måten bidra til å bekjempe følelser av skam og tabu, som jeg vet mange opplever i dag. Ved hjelp av alle gode tiltak har vi nå fått en unik mulighet til å øke livskvaliteten for personer med demens og deres pårørende, avslutter Lisbet Rugtvedt.



UNIKT: – Vi har fått en enestående sjanse til å bidra til økt livskvalitet for personer med demens og deres familier, sier Lisbet Rugtvedt.

Fakta om tv-aksjonen

NRK eier tv-aksjonen og gjennomførte den første innsamlingen i 1974

Tv-aksjonen er en unik, nasjonal dugnad med bred deltakelse fra hele det norske samfunnet

100 000 frivillige bøssebærere besøker landets 1,8 millioner husstander

Tv-aksjonen er verdens største innsamlingsaksjon målt i innsamlede midler per hode og antall deltakere

I 2010 samlet man inn 208 millioner kroner til Flyktningehjelpen og i 2011 fikk Norsk Folkehjelp inn 219 millioner kroner til sitt mineryddingsprosjekt.

Fakta om Nasjonalforeningen for folkehelsen

Stiftet i 1910, opprinnelig for å bekjempe tuberkulose. Senere har foreningen satt de eldres helse på dagsordenen, med et særlig fokus på hjerte-/karsykdommer og demens

Frivillig, humanitær organisasjon med 35 000 medlemmer, nær 550 helselag og demensforeninger over hele landet

Samler inn midler for å bekjempe sykdommer og bidra til forskning, informasjon, forebyggende tiltak og helsepolitisk arbeid.

UTDANNINGSTILBUD



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

FAGSKOLE Demensomsorg og alderspsykiatri

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

Ta kontakt!

Informasjon, opptakskriterier og søknadsskjema:

www.aldringoghelse.no

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

Linn-Heidi Lunde, Psykologspesialist/phd
Marianne Munch, Geriatrisk sykepleier/
master i kliniske hjelperelasjoner
begge NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS



Marte Meo-praktikerutdanning i omsorgen for personer med demens – presentasjon av et evalueringsprosjekt¹

Helsedirektoratet tildelte i 2008 Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i samarbeid med Sykehuset Innlandet HF og NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS midler til et tre-årig utviklingsprogram for miljøbehandling innen demensomsorg. Her presenteres Marte Meo-praktikerutdanning, et av evalueringsprosjektene i «Utviklingsprogram for miljøbehandling i demensomsorgen – bedre hverdag for personer med demens».

Marte Meo-metoden

Marte Meo-metoden har tidligere vært beskrevet i flere artikler i Demens&Alderspsykiatri (1, 2). Marte Meo, som betyr «av egen kraft», er en kommunikasjonsbasert og løsningsorientert veiledningsmetode som bruker video for å belyse og illustrerer temaer til bruk i veiledning (1). Marte Meo-veiledning benyttes for å hjelpe omsorgsgivere til å finne nye løsninger når samspillet med pasienten blir utfordrende (1, 3). Målet er å ivareta og opprettholde personens gjenværende ressurser og identitet gjennom funksjonsstøttende kommunikasjon (1–3). Utgangspunktet er grunnleggende prinsipper for mellommenneskelig samhandling, der individets behov for å bli sett og bekreftet står i sentrum (4–6). Dette er også sentrale mål ved personsentrert omsorg (7), en tilnærming som først ble introdusert av den engelske psykologen Tom Kitwood (8). Personsentrert omsorg innebærer å verdsette personer med demens, å ta den demensrammedes perspektiv, å behandle personer med demens individuelt, og å skape et positivt sosialt miljø (9). Det som i størst grad skiller Marte Meo-

metoden fra andre personsentrerte tilnærminger er bruk av video som hovedredskap for å skolere omsorgspersonell.

Elementer for funksjonsstøttende kommunikasjon

I veiledning blir omsorgspersonell som arbeider med personer med demens skolert i prinsippene for funksjonsstøttende kommunikasjon (1, 3), som beskrevet i Tekstboks 1. Rammebetingelser som fysisk tilrettelegging og tydelig ledelse er nødvendig og danner utgangspunkt for kommunikasjon. Elementene henger sammen og går over i hverandre og kan brukes enkeltvis eller samlet, avhengig av pasientens behov i samhandlingssituasjonen (se for øvrig Munch, 2008 (3) for en grundigere beskrivelse av elementene). Korte sekvenser av ulike hverdagslige samspillsituasjoner mellom omsorgsperson/pasient blir filmet. Gjennom videoveiledning blir omsorgsgiver gjort oppmerksom på viktigheten av de små nyansene i samspillet (1, 2).

Skolering i metoden

Det er et krav at den som veileder i metoden har autorisasjon som Marte Meo-terapeut. Dette er en toårig videreutdanning som krever minimum tre-årig helse- og sosialfaglig utdanning for å kunne gjennomgå programmet. I dag er

det nærmere 50 Marte Meo-terapeuter som jobber innenfor omsorgen for personer med demens i Norge, og flere er under utdanning (10). Marte Meo-praktikerutdanning er et alternativt utdanningsprogram for personell som ikke har tre-årig høyskoleutdanning, eller i de tilfellene der det av ulike årsaker er vanskelig å gjennomføre Marte Meo-veilederutdanning.

Hva vet vi om effekten av Marte Meo-metoden?

Personell som har fått veiledning i metoden formidler at de er blitt mer nysgjerrige og oppmerksomme på hva som skjer i ulike samspillsituasjoner, og hvilke behov pasienten til enhver tid har (1). Det har vært gjennomført intervjuer av omsorgsgivere som har gjennomført Marte Meo-terapeututdanning (10). Informantene har gitt beskrivelser av hvilken betydning det har hatt for dem å lære metoden og å bruke den i veiledning av annet omsorgspersonell. Tilbakemeldingene fra informantene er blitt sammenfattet i fire hovedkategorier:

- 1) Å få et konkret arbeidsredskap
- 2) Å få økt bevissthet om den enkelte pasients behov i samspillsituasjoner
- 3) Å få felles kunnskap om slike behov
- 4) Å få opplevelsen av å møte pasientenes individuelle behov på en bedre måte (10).

¹ Evalueringen er publisert i sin helhet i rapporten *Bedre hverdag for personer med demens, Utviklingsprogram for miljøbehandling, Demensplan 2015*. Forlaget Aldring og helse, 2012.

Tekstboks 1:**Grunnelementer for funksjonsstøttende kommunikasjon****1. Behovet for å bli møtt på en trygghetsskapende og tillitvekkende måte**

(relasjonell oppvarming)

Kontaktetablering: Ved å bli møtt med smil, blikkontakt og et engasjert kroppsspråk, kan pasientens utrygghet og angst for å mislykkes dempes og forventninger om å lykkes styrkes. Gjentas under handlingsforløpet.

2. Felles oppmerksomhet og bekreftelse av initiativ

Omsorgspersonen er oppmerksom på pasientens initiativ og fokus.

Omsorgspersonen benevner og bekrefter dette med ord, lyder eller mimikk.

Omsorgspersonen legger til rette for at pasienten skal reagere tilbake.

3. Informasjon om det som skjer og skal skje

Omsorgspersonen skaper trygghet og forutsigbarhet gjennom trinnvis benevnelse av handlinger og opplevelser i samspillsituasjonen.

4. Anerkjennelse underveis i handlingsforløpet

Omsorgspersonen bekrefter pasienten og gir anerkjennelse verbalt i form av utsagn som *fint, bra, takk* og lignende eller i form av smil, nikk og andre positive ikke-verbale signaler.

5. Hjelp til å være i rytme og oppleve å være i kontakt (turtaking)

Omsorgspersonen tar hensyn til og avventer og bekrefter pasientens reaksjon slik at det blir en vekselvirkning eller rytme i samspillet.

6. Markering av start og avslutning

Pasienten får hjelp til å starte og avslutte en handling ved at omsorgspersonen markerer overgangen ved hjelp av stemmebruk og/eller bevisst berøring.

7. Individuell tilpasset fysisk berøring

Omsorgspersonen håndleder om nødvendig pasienten gjennom handlingsforløpet. Omsorgspersonen gir om nødvendig pasienten fysisk nærhet ved angst.

8. Støtte til å tåle og til å mestre ubehag

Omsorgspersonen hjelper pasienten til å holde ut mulige ubehagelige, men nødvendige oppgaver slik som tannpuss og kroppsstell. Omsorgspersonen er bevisst sin følelsesmessige inntoning i slike situasjoner gjennom å anerkjenne pasientens uttrykk for smerte eller ubehag og ved å ikke bagatellisere.

9. Hjelp til å presentere seg og til å reagere på andre

(trianglering av personer og objekter)

Omsorgspersonen støtter pasienten til å opptre sosialt, ved å benevne pasientens og andres reaksjoner, og gjennom å knytte presentasjonene til konkrete forhold i omgivelsene. Presentasjon av objekter (eksempelvis klær) kan bidra til å skape gjenkjenning.

Metodens begrensninger

En av de største innvendingene mot Marte Meo-metoden har vært at den mangler basis i forskning, og at det er et begrenset antall studier å vise til når det gjelder effekt. Ved søk i anerkjente databaser som for eksempel PubMed finnes få treff når det gjelder vitenskapelige publikasjoner (11). De studiene som foreligger er først og fremst av kvalitativ art, og hvor man har intervjuet foreldre, lærere og omsorgspersonell om nytten

av metoden. I Norge pågår det for tiden to doktorgradsstudier med utgangspunkt i Marte Meo-metoden, en av disse er rettet mot personer med demens og omsorgspersonell (11).

Evalueringsprosjekt

Som et ledd i Miljøprogrammets evaluering av metoden, er Marte Meo-praktikerutdanning blitt tilbudt omsorgspersonell ved et utvalg sykehjemsavdelinger. Deltakerne har fylt ut to selvrapporterings-

skjema før utdanningen startet og umiddelbart etter avslutning. For å få nærmere beskrivelser av deltakernes opplevelser og erfaringer med praktikerutdanningen, har et utvalg omsorgspersonell gjennomgått fokusgruppeintervju og deres ledere dybdeintervju.

Målsetting

De spørsmålene vi ønsket besvart er:

- 1) Fører Marte Meo-praktikerutdanning til endring i omsorgspersonells opplevelse av å yte personsentrert omsorg?
- 2) Endrer praktikerutdanningen omsorgspersonells grad av jobbtilfredshet og opplevelse av psykososialt arbeidsmiljø?

Organisering

Marte Meo-praktikerutdanning er et innføringskurs som strekker seg over fire til seks måneder. Gruppene har vært organisert på den enkelte arbeidsplass eller avdeling, og samlingene har vært ledet av autorisert Marte Meo-terapeut. Det veksles mellom undervisning og praktiske øvelser, og deltakerne får en introduksjon i funksjonsstøttende kommunikasjon.

Hver deltaker har bidratt med minimum to video-opptak av seg selv i samspill med pasient/pasienter. Opptakene har tatt utgangspunkt i hverdagslige samspillsituasjoner som måltider og stell. Grunnelementene er blitt gjennomgått og drøftet, og deltakerne har fått trening i å lese pasientens kroppsspråk ved å studere filmsekvenser fra egne filmopptak. Se tekstboks 2 (side 22) for en oversikt over Marte Meo-praktikerutdanningen.

Gjennomføring

Gjennomføring av praktikerutdanningen og evaluering har foregått parallelt, og startet opp i januar 2010. I utgangspunktet var seks sykehjem plukket ut til å være med i evalueringsprosjektet. To sykehjem trakk seg på grunn av utskifting i ledelsen. Ett nytt sykehjem ble rekruttert, slik at omsorgspersonell ved fem avdelinger ved fire sykehjem ble inkludert i evalueringen. En sykehjemsavdeling startet et halvt år etter de øvrige fire, og avsluttet sin praktikerutdanning i november 2010.

Tekstboks 2: Marte Meo-praktikerutdanning

ORGANISERING

- Gruppe på inntil ti personer
- Samlingene ledes av Marte Meo-terapeut
- Teoretisk introduksjon og demonstrasjon av grunnelementer i funksjonsstøttende kommunikasjon
- En dagssamling om kommunikasjon
- Fem dagssamlinger á seks timer eller ti samlinger á tre timer
- Omsorgsgiver sjekker at informasjonsskjema er fylt ut.

INNHold

- Trene seg i å lese pasientens kroppsspråk ved å studere filmklipp
- Gjennomgang og drøfting av grunnelementene i funksjonsstøttende kommunikasjon
- Bli veiledet på medbrakte filmer.

KRAV TIL EGENINNSATS

- Deltakerne må sørge for, i samarbeid med avdelingsleder/gruppeleder/primærpsykepleier, at tiltak og resultater blir fulgt opp
- Deltakerne må lære seg grunnelementene i funksjonsstøttende kommunikasjon
- Deltakerne tar med egne filmopptak.

KRAV TIL GODKJENNING

- Har innsikt i og mestrer kommunikasjonsselementer i samhandling med egne pasienter
- Ikke overstiger 20 prosent fravær fra kurset.

Deltakere

Totalt 30 personer ble inkludert i praktikerutdanningen. Deltakerne ble valgt ut på bakgrunn av interesse og ønske om å tilegne seg ny kunnskap, i tillegg skulle det være en noenlunde lik fordeling av sykepleiere/vernepleiere og hjelpepleiere. En person trakk seg på grunn av sykdom rett etter oppstart, slik at 29 fullførte utdanningen. Karakteristika for deltakerne i Marte Meo-praktikerutdanningen er vist i tabell 1. Ved fire av avdelingene har avdelingsleder deltatt i praktiker-

utdanningen. Til sammen syv Marte Meo-terapeuter har vært involvert som veiledere av praktikerne. Ved tre av sykehjemmene har Marte Meo-veilederne vært eksterne, det vil si de har vært ansatt i annen virksomhet som for eksempel alderspsykiatri.

Målemetoder

Vi har valgt en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode for datainnsamling og analyse. Alle som deltok i praktikerutdanningen fylte ut to selvrapporteringskjema før og etter gjennomført utdanning. I tillegg ble det gjennomført intervju av et utvalg av deltakerne.

Evalueringskjema for personsentrert omsorg (P-CAT)

The Person-centered Care Assessment Tool (12) måler i hvilken grad omsorgspersonell ved aldersinstitusjoner opplever at omsorgen er personsentrert. P-CAT er et selvrapporteringsinstrument og består av totalt 13 ledd som skåres på en fem punkts Likertskala der 1 = helt uenig, og 5 = helt enig.

Psykososialt arbeidsmiljø og jobbtilfredshet

Psykososialt arbeidsmiljø og jobbtilfredshet (13) er et selvutfyllingsmål utviklet for å kartlegge og vurdere risikoforhold i det psykososiale arbeidsmiljøet i forbindelse med det som forfatteren kaller selektiv helseovervåkning. Skjemaet består av 10 påstander eller spørsmål som skåres på en sekspunkt skala der 1 = meget dårlig, og 6 = meget bra. Høy skåre indikerer stor tilfredshet.

Etikk

Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, og pårørende til pasienter som mangler samtykkekompetanse har skrevet under samtykkeskjema.

Omsorgspersonell som har deltatt i praktikerutdanningen har fått muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet.

Dataanalyse

SPSS versjon 18 ble benyttet for å gjennomføre de statistiske analysene. Det ble brukt deskriptiv statistikk for å beskrive utvalget. For å måle endring etter intervensjon ble T-test for avhengige utvalg, repeterte målinger gjennomført. Gjennomsnittsverdier (Gj.sn.) ved måle-

tidspunkt 1 og måletidspunkt 2 ble sammenliknet.

Kvalitative intervju

Det ble gjennomført fokusgruppeintervju ved tre av de fem sykehjemsavdelingene som deltok (12 informanter), og dybdeintervju av deres ledere, til sammen 15 informanter. Informantene var tverrfaglig sammensatt. I analyse av materialet ble tre av Kvaless seks analysetrinn brukt, trinn 1-datainnsamling, trinn 3-fortolkning av mening under selve intervjuet, og trinn 4-en tredelt analyseprosess. Trinn 2, 5 og 6 var ikke relevante for denne undersøkelsen (14). Analysen frembrakte ti hovedtemaer. Hovedtemaer som beskrives og diskuteres er:

1. Endret måte å møte personer med demens i samspill
2. Økt fokus på faglighet og refleksjon
3. Betydning av å se film for ny erkjennelse og for læring
4. Pasientens endring fra motstand og hjelpeløshet til samarbeid og initiativ
5. Mer fornøyde pasienter der kroppsspråket endret seg fra negativt til positivt
6. Konsekvenser for det psykososiale avdelingsmiljøet og jobbtilfredshet
7. Anbefalinger.

Resultater

Egenskaper ved deltakerne i praktikerutdanningen er presentert i tabell 1. Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 43,4 år (aldersspenn 28–60 år), og 28 var kvinner.

Evalueringskjema for personsentrert omsorg (P-CAT)

Omsorgspersonell skåret signifikant høyere på total skåre på P-CAT (høyere skåre indikerer større grad av personsentrert omsorg) etter gjennomført praktikerutdanning (Gj.sn. = 41.11, SD = 4.81) sammenliknet med måletidspunkt 1 (Gj.sn. = 38.53, SD=5.13), $t(27) = -3.18$, $p < 0.05$ (to-halet).

Psykososialt arbeidsmiljø og jobbtilfredshet

Omsorgspersonell skåret signifikant høyere på total skåre på Psykososialt arbeidsmiljø og jobbtilfredshet (høyere skåre indikerer større tilfredshet) etter gjennomført praktikerutdanning (Gj.sn. = 49.70,

Tabell 1

Karakteristika ved omsorgspersonell som deltok i praktikerutdanningen

Omsorgspersonell (n=30)	
Alder, gjennomsnitt (Aldersspenn: 28–60 år)	43,4 år
Kvinner	28
Utdanning	
Sykepleier	13
Vernepleier	2
Hjelpepleier	13
Ufaglært	2
Videreutdanning	
Geriatrici	7
Psykiatrici	3
Annet	10
Ingen	10
Stillingsstørrelse	
75-100 %	27
50 -74 %	1
Under 50 %	2
Antall år ansatt ved institusjonen	
15-20 år	9
10-15 år	8
5-10 år	8
Under 5 år	5

SD = 6.25) sammenliknet med før igangsetting av utdanningen (Gj.sn. = 46.48, SD = 6.10), $t(26) = -3.10$, $p < 0.05$ (tohalet).

Fokusgruppeintervju

Betydning for personalet

Alle informantene formidler at Marte Meo-praktikerutdanning har fått konsekvenser på en rekke områder i deres arbeid. Lederne forteller om positiv effekt på måten pasientene blir møtt på, så vel som for arbeidsmiljøet. Pleierne er blitt mer løsningsorienterte og mindre problemorienterte og misfornøyde. På en avdeling er sykefraværet gått ned. Alle informantene beskriver betydningen av å se film for å bli bevisst pasientenes reaksjoner på deres tilnæringsmåter og handlinger. Informantenes opplevelse av metodens betydning fordeler seg i følgende hovedtema: Endret måte å møte personer med demens på, økt fokus på faglighet og refleksjon, å se film for ny erkjennelse og læring, samt

konsekvenser for det psykososiale avdelingsmiljøet og jobbtilfredshet.

Betydning for pasientene

Informantene har observert endringer fra motstand til samarbeid hos enkelt-pasienter, men opplever at pasientene generelt profiterer på endrede tilnæringsmåter. Lederne beskriver en holdningsendring hos personalet som innebærer et mer positivt syn på pasientene og økt oppmerksomhet på at pasientene har det bra. Beskrivelsene fordeler seg på følgende hovedtema; endring fra motstand og hjelpeløshet til samarbeid og initiativ i ADL og ved miljøbehandlingstiltak, mer fornøyde pasienter der kroppsspråk/ansiktsuttrykk har endret seg fra negativt til positivt.

Diskusjon

Resultatene fra evalueringen viser at Marte Meo-praktikerutdanning gir omsorgspersonell en opplevelse av å yte personsentrert omsorg. Metoden fører også til økt jobbtilfredshet. Omsorgspersonell opplever at de yter større grad av personsentrert omsorg målt ved hjelp av P-CAT etter gjennomført praktikerutdanning. Denne endringen er statistisk signifikant. Resultatene understøttes av funnene fra fokusgruppeintervjuene, der informantene gir uttrykk for økt bevissthet på pasientens signaler og betydningen av eget og kollegers kroppsspråk i samhandlingssituasjonen. Elementene for funksjonsstøttende kommunikasjon oppleves som nyttige verktøy i møte med pasienten, og bidrar til større oppmerksomhet på pasientens behov i situasjonen. Tilsvarende beskrivelser kommer frem i resultater fra andre kvalitative undersøkelser av Marte Meo-metoden i omsorgen for personer med demens (10, 11). Informantene i vår evaluering fremhever det å studere filmklipp som svært nyttig. En slik filmanalyse synes å ha skapt en reorganisering av omsorgspersonens tenkning og opplevelse av pasienten og har gitt grunnlag for nye handlinger, noe som er i tråd med erfaringer ved bruk av Marte Meo-metoden i forhold til andre målgrupper (15).

Resultatene viser en signifikant økning i personalets generelle jobbtilfredshet og tilfredshet med det psykososiale arbeidsmiljøet slik det er målt ved spørreskjemaet *Psykososialt arbeidsmiljø og*

jobbtilfredshet. Resultatene fra fokusgruppeintervjuene viser at lederne beskriver mindre misnøye og problemfokusering hos personalet etter gjennomført praktikerutdanning. Ved en av avdelingene har sykefraværet gått ned. Omsorgspersonalet beskriver betydningen av oppfølging fra leder og det at resten av personalgruppen er blitt informert og involvert. De opplever at en slik felles forståelse har fått positive konsekvenser for avdelingsmiljøet. Studier har vist at en støttende leder, samt innflytelse og kontroll over arbeidssituasjonen, er de faktorene som har størst innvirkning på psykososialt arbeidsmiljø i omsorgssektoren (16). Kontroll og innflytelse over arbeidssituasjonen innebærer at omsorgspersonell opplever en reell mulighet og frihet til å ta valg i arbeidshverdagen, samtidig som det gis støtte og tilbakemelding fra leder (16). Marte Meo-praktikerutdanningen synes å ha bidratt til en holdningsendring hos personalet som har gjort dem tryggere, både på seg selv som omsorgsgivere og på hverandre som kolleger. De har fått felles kunnskap og et felles språk, noe som i sin tur har en positiv virkning på teamarbeid og arbeidsmiljø (10).

Metodiske begrensninger

Majoriteten i vårt utvalg har bestått av stabile, velutdannende og velkvalifiserte pleiere, der en stor andel har hatt videreutdanning i psykiatri og geriatri. De har vært spesielt interesserte, motiverte og engasjerte pleiere, og ledelsen ved de ulike avdelingene som har vært inkludert, har vært spesielt opptatt av videreutvikling av metoder for personsentrert omsorg. Fremtidige evalueringsprosjekt og studier bør inkludere større og mer representative utvalg av omsorgspersonell, rekruttert fra ulike typer omsorgsnivå, både fra hjemmebasert omsorg og fra institusjoner for heldøgns pleie og omsorg.

Vår evaluering kan ikke si noe om Marte Meo-metodens fortrinn fremfor andre tilnærminger. I introduksjonen har vi pekt på mangelen på forskningsbasert kunnskap om metoden, og at dette har vært en av de største innvendingene mot Marte Meo-metoden. Resultatene fra den foreliggende evalueringen og tilsvarende evalueringer (11, 10) tyder på at tiden nå er moden for å gjennomføre studier med fokus på kontrollerte

design, der effekten av Marte Meo veiledning sammenliknes med effekten av andre tilnærminger, og der man studerer endringer på pasient- og pleiernivå, så vel som endringer i organisasjonsstruktur og ledelse.

Anbefalinger for praksis

Ved skoling av omsorgspersonell i Marte Meo-metoden anbefales følgende punkter for vellykket gjennomføring:

- ◆ Praktikerutdanningen ledes og gjennomføres av Marte Meo-terapeuter/veiledere
- ◆ Deltakerne bør være fra samme avdeling slik at flest mulig tilegner seg den samme kompetansen
- ◆ Lederforankring og tilstrekkelige ressurser mens utdanningen pågår er viktig, slik at deltakerne kan ha hele kursdager uten å måtte gå på jobb først
- ◆ Lederoppfølging og tilrettelegging før, under og etter er nødvendig. Lederdeltakelse anbefales
- ◆ Mellom samlingene er det viktig at deltakerne får konkrete oppgaver som å filme, prøve ut tiltak og lage tiltaksplaner.

liheilu@hotmail.com
marianne.munch@olaviken.no

REFERANSER

1. Lunde L-H, Hyldmo I. Marte Meo-metoden i arbeid med personer med demens – en metode med fokus på samspill. DEMENS 2001; 5 (4): 18-20.
2. Lunde L-H. Videoveiledning. Marte Meo i praksis. To kasuistikker. DEMENS 2003; 7 (1): 24-27.
3. Munch M. Marte Meo som veiledningsmetode. I KL. Smebye & AM Rokstad (red.), Personer med demens: møte og samhandling (s 312-339). Oslo: Akribes forlag, 2008.
4. Rogers C. On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. London: Constable, 1961.
5. Stern, D. The present moment in psychotherapy and everyday life. New York: W.W. Norton & Company, 2000.
6. Sabat S. Facilitating conversation via indirect repair: a case study of Alzheimers disease. Georgetown Journal of Language and Linguistics 1992; 2 (3-4): 284-296.
7. Edvardsson D, Winblad B et al. Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. Lancet Neurology 2010; 7: 362- 367.
8. Kitwood T. Dementia reconsidered: The person comes first. Buckingham: Open University Press, 1997.
9. Brooker D. Person Centred Dementia Care: Making Services Better. London: Jessica Kingsley, 2007.
10. Andersen AE. Metoden som kan forandre praksis. En grounded theory studie av Marte Meo terapeuter i demensomsorgen. Master of public health (upublisert materiale). Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg, 2009.
11. Alnæs RE, Kirkevold M et al. Insights gained through Marte Meo counselling: experiences of nurses in dementia specific care units. International Journal Older People Nursing 2011; 6: 123-132.
12. Edvardsson D, Fetherstonhaugh D et al. Development and initial testing of the person-centred care assessment tool (P-CAT). International Psychogeriatrics 2010; 22: 101-108.
13. Sund A. Selektiv helseovervåkning med fokus på psykososialt arbeidsmiljø. I B.E. Moen (red.) Håndbok for bedriftshelsetjenesten. Vol 3. Universitetet i Bergen, 1992.
14. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. 11. ed. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008.
15. Hafstad R, Øvreeide H. Marte Meo – en veilednings- og behandlingsmetode. Tidsskrift for norsk psykologforening 2004; 41: 447-456.
16. Testad I, Mikkelsen A et al. Health and well-being in care staff and their relations to organizational and psychosocial factors, care staff and resident factors in nursing homes. International Journal of Geriatric Psychiatry 2009; 8: 789- 797.



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Demens før 65 år



Denne rapporten tar utgangspunkt i de ulike sykdommene som fører til demens hos personer under 65 år, forekomst av disse og hvilke spesielle utfordringer de medfører både for pasient, familie og samfunn. Med bakgrunn i intervjuer med pasienter, pårørende og helsepersonell, og kartlegging av eksisterende tilbud både i spesialist- og kommunehelsetjeneste, samles erfaringene og munnar ut i anbefalinger om hva som bør prioriteres på de ulike områdene.

Forfatter: Per Kristian Haugen

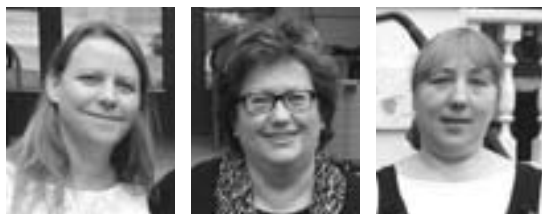
ISBN 978-82-8061-182-6 | 44 sider | 2012

kr 50,-

For bestilling og mer informasjon:

www.aldringoghelse.no

tlf 33 34 19 50 – post@aldringoghelse.no



Fredvår Brovold, fagkonsulent, Råd- og veiledningstjenesten,
Anne Elisabeth Helleborg, institusjonssjef og Margareth Isaksen,
avdelingsleder, Råd- og veiledningstjenesten, Villa Enerhaugen

Råd- og veiledningstjeneste for yngre personer med demens og deres familier

– oppsummering av tre års drift av et lavterskeltilbud

Mange tar kontakt med Oslo kommunes Råd- og veiledningstjeneste ved Villa Enerhaugen for å få informasjon om hvilke tilbud som finnes til yngre demensrammede i Oslo. Etter tre års drift ser man at behovet for veiledning i en sårbar fase er stort.

Bakgrunn

Villa Enerhaugen var landets første institusjon med heldøgns plasser for yngre personer med demens. Tilbudet ble etablert ved årsskiftet 2002/2003 som et prosjekt, Prosjekt Yngre Demente (PRYD), med ti heldøgns plasser. Prosjektet ga anbefalinger om videre utvikling av Villa Enerhaugen som et helhetlig ressurs-senter for denne pasientgruppen. Bystyret i Oslo vedtok i desember 2007 å styrke tilbudet til yngre personer med demens (1) og Sykehjemsetaten i Oslo kommune fikk ansvaret for å opprette ulike tilbud på Villa Enerhaugen.

Tilbudene som skulle opprettes var en råd- og veiledningstjeneste, et dag-senter, et fleksibelt avlastningstilbud samt flere døgnplasser. Villa Enerhaugen kunne med dette bli et ressurs-senter for bydelene og et spesialisert tilbud til yngre personer med demens i Oslo kommune (1).

Før 2002 eksisterte det svært få behandlingstilbud i Norge som var spesielt tilrettelagt for yngre personer med demens. Denne pasientgruppen og deres familier møtte et mangelfullt hjelpe-apparat som ikke tok ansvar og som ikke evnet å tilby tiltak som var til hjelp. Dette gjaldt tiltak utenfor hjemmet, institusjons-plasser samt tilbud om veiledning og rådgivning (2).

Villa Enerhaugen har siden 2008 etablert de ulike tilbudene i tråd med ved-taket fattet av bystyret i Oslo. Dag- og døgntilbudene er for personer under 67 år med en demensdiagnose. Personene skal være utredet for demens av spesia-

listhelsetjenesten samt kunne nyttiggjøre seg aktivitetstilbudet. Personene er oftest fysisk spreke og krever høy aktivitet, noe som fører til at tilbudene er personell-intensive.

RÅD- OG VEILEDNINGS-TJENESTEN

Lavterskeltilbud

Råd- og veiledningstjenesten startet opp i desember 2008. Etablering av tjenesten ble finansiert gjennom bruk av øremerkede midler fra opptrappingsplan for psykisk helse. Tjenesten er et lavterskeltilbud som skal gi informasjon og veiledning i hverdagen til både yngre personer med demens, deres familier, kommunehelsetjenesten, fastleger, arbeidsgivere, bedriftshelsetjenesten og andre. Vi skal også spre kunnskap om demens i ung alder og problematikk knyttet til sykdomsutviklingen (1). Det er derfor lagt til rette for telefonkontakt, uforpliktende besøk eller avtalte samtaler med fagpersoner tilknyttet tjenesten. Tjenesten bemannes av en psykolog i halv stilling, en avdelingsleder i halv stilling og en fagkonsulent i hel stilling.

Avdelingsleder og fagkonsulent har flere års erfaring og kompetanse på feltet. Dette gjelder i forhold til ulike demensdiagnoser, typer atferd som kan oppstå, pårørendes og pasienters opplevelse og følelser, samt kunnskap om andre tilbud og tiltak som kan være aktuelle. Psykologen har mange års erfaring med familiearbeid og også veiledning av personalgrupper.

Oppgaver

- ♦ Betjene rådgivningstelefonen
- ♦ Bistå med å formidle brukere til rette instans
- ♦ Gi informasjon om de ulike tilbudene på Villa Enerhaugen
- ♦ Dra på vurderingsbesøk
- ♦ Være med i inntaksteamet på Villa Enerhaugen
- ♦ Bistå i forbindelse med klagesaker
- ♦ Bistå pårørende, pasient og andre berørte med støttesamtaler og psykologsamtaler
- ♦ Arrangere samtalegruppe for pårørende en gang i måneden
- ♦ Markedsføre tilbudene på Villa Enerhaugen
- ♦ Utarbeide og distribuere informasjonsmateriell om tjenesten og tilbudene på Villa Enerhaugen
- ♦ Sørge for undervisning og kompetansehevende tiltak for personalet
- ♦ Være delaktig i utarbeiding av interne rutiner og handlingsplaner
- ♦ Delta på samarbeidsmøter med kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- ♦ Holde kontakt med forskermiljøer og utdanningsinstitusjoner

Henvendelser

Råd- og veiledningstjenesten begynte å registrere henvendelser i juli 2009. I denne artikkelen har vi tatt med registreringer frem til oktober 2011. Vi har i perioden registrert 104 individuelle saker. Henvendelsene omhandler omtrent like

mange menn som kvinner; 55 menn og 49 kvinner. Vi ser også en svak tendens til at det er flere menn over 65 år, mens det i alderen mellom 60 til 64 år er noen flere kvinner (figur 1).

Nær halvparten av dem som tar kontakt med tjenesten første gang er pårørende. En fjerdedel av henvendelsene kommer fra kommunehelsetjenesten i Oslo, i hovedsak fra ulike bestillerkontor samt fra annet helsepersonell i bydelene (figur 2). I 14 saker har andre kommuner tatt kontakt. Det er å bemerke at i kun én av sakene var det fastlegen som tok kontakt første gang.

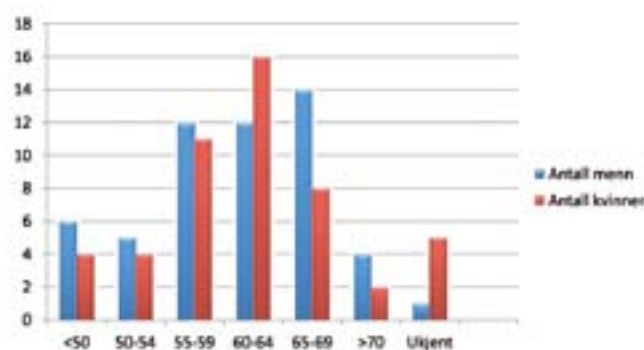
Det siste året har vi opplevd at personer med demens selv har tatt kontakt med Råd- og veiledningstjenesten. De var fortsatt under utredning i spesialisthelsetjenesten og hadde behov for samtaler, informasjon om mulig demenssykdom og tilbudet på Villa Enerhaugen.

Tema ved første gangs henvendelse

I nærmere tre av fire førstegangshenvendelser etterspør man informasjon om ulike tilbud til yngre personer med demens, samt råd om hvordan man går frem for å søke plass på et av tilbudene som finnes i Oslo kommune (figur 3). Disse henvendelsene kommer både fra pårørende, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Barn, ektefeller og annen familie uttrykker bekymring med tanke på fremtiden. Flere av ektefellene er i jobb og føler stor belastning med at kone/mann blir sittende isolerte, inaktive og uten sosial kontakt hjemme. Enkelte opplever først å bli henvist til dagsenterplass eller døgnplass som ikke er tilpasset for yngre personer. Tilbakemeldingene er ofte at yngre personer med demens ikke trives og at de er vanskelige å motivere til å være med på disse tilbudene. Vi vet det er viktig å legge opp til aktiviteter der personen får brukt evner og kunnskap som fortsatt er intakt. Det har stor betydning for selvbildet, selvfølelsen og selvspekten å gjøre noe som oppleves å ha verdi (2). Råd- og veiledningstjenesten bistår derfor med råd og innspill for å få til et mer tilpasset tilbud og i noen tilfeller bistand til skriftlige klagesaker.

Ved henvendelser fra andre kommuner etterspør de fleste muligheter for kjøp av plass samt informasjon om de forskjellige tilbudene ved Villa Enerhaugen. Pårørende i andre kommuner (sju personer) har tatt direkte kontakt med Råd- og veiledningstjenesten og ønsker ofte råd etter at demensdiagnosen



Figur 1. Alder og kjønn på pasientene

er stilt. Det som går igjen i alle henvendelsene er at det er mangel på tilrettelagte tilbud for yngre personer med demens i disse kommunene. Kommunene kan benytte tiltak som brukerstyrt personlig assistent (BPA) og støttekontakt, men enkelte etterspør i tillegg mer sosial kontakt og at personen med demens kan treffe andre som er i samme situasjon.

Videre kontakt

I halvparten av sakene blir Råd- og veiledningstjenesten kontaktet på nytt. Ofte ønskes det videre bistand for å få et tilbud på Villa Enerhaugen. Her opplever vi at det er kommunen/ bydelen som er den neste som tar kontakt med oss og ønsker informasjon om tilbudet, samt at de ønsker et vurderingsbesøk hos pasienten.

Mange unge med demens og deres familie har behov for oppfølging og støtte. En av fire som har tatt kontakt har blitt fulgt opp over tid i form av støttesamtaler, psykologsamtaler eller telefonkontakt. Dette gjelder også flere av de som allerede har fått et tilbud på Villa Enerhaugen. Flere pårørende sliter med følelsesmessige reaksjoner som sorg og fortvilelse, og har behov for noen som har tid til å lytte, som har kompetanse på feltet og som kan komme med råd.

Av totalt 104 saker har 25 av sakene resultert i et tilbud på Villa Enerhaugen. I to tilfeller har andre kommuner kjøpt plass.

Støttesamtaler og samtalegruppe for pårørende

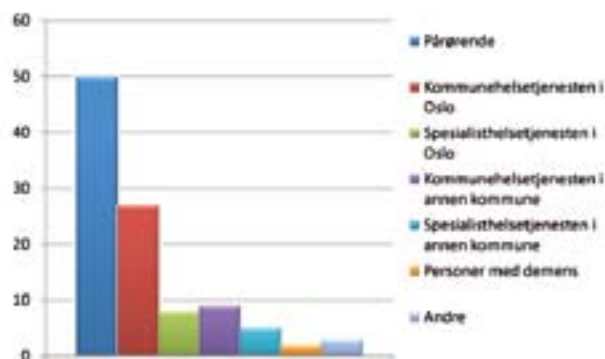
Råd- og veiledningstjenesten opplever at mange pårørende ønsker å treffe andre i samme situasjon og gjennom dette utveksle erfaringer og gi hverandre råd. Vi valgte derfor våren 2009 å starte en samtalegruppe for å ivareta pårørende bedre. Dette er en åpen gruppe for pårørende til brukere/pasienter på Villa Enerhaugen, og vi møtes en ettermiddag

i måneden. Vi ser at det stort sett er de samme som benytter seg av tilbudet, og det kommer ofte 10 til 15 pårørende til møtene. Gruppen ledes av psykolog og fagkonsulent. Tilbakemeldinger fra pårørende er at de opplever det som en fordel at det er Råd- og veiledningstjenesten som leder denne gruppa, da det er lettere å ta kontakt senere for individuelle støttesamtaler. Gjennom samtalegruppa kjenner vi allerede til pårørende, personen med demens og ofte også hva som kan oppleves problematisk.

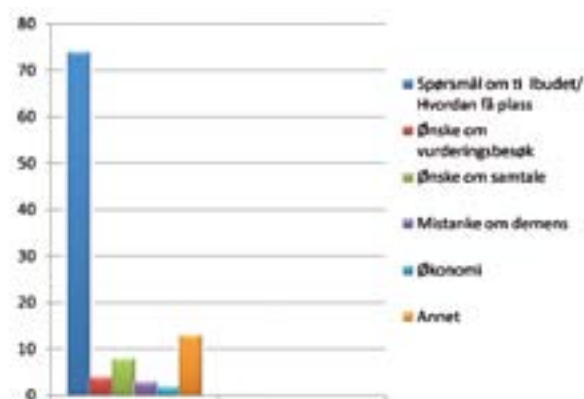
Mange har praktiske spørsmål som vedtak om plass på andre tilbud på Villa Enerhaugen, rettigheter, betaling av egenandel og andre økonomiske spørsmål. Flere forteller også om sitt møte og erfaringer med kommunen og hjelpeapparatet. Andre temaer kan være informasjon om ulike demenssykdommer, miljøbehandlingsmetoder, medikamentbruk og pårørendes egne følelsesmessige reaksjoner. Etter forespørsel fra deltakerne arrangerer vi også informasjons/kurskvelder med andre fagfolk. I stor grad er det ektefeller/partnere som kommer til samtalegruppen, men også foreldre og barn. Det som går igjen hos pårørende er den store belastningen de opplever og ansvaret de må håndtere. Vi ser også at mange sliter med å ta imot mer hjelp, og at terskelen er høy for å søke plass på avlastnings- og heldøgns-tilbud.

Samarbeidspartnere og utadrettet arbeid

For å kunne være til støtte er det viktig at Råd- og veiledningstjenesten har god kunnskap om og kontakt med bydelene, fastleger og spesialisthelsetjenestens tilbud og tjenester (1). Villa Enerhaugen har derfor hatt flere informasjons- og samarbeidsmøter med både bestillerkontorene i bydelene og hukommelses-klinikken på Oslo Universitetssykehus. Andre viktige samarbeidspartnere er



Figur 2. Første gangs henvendelse



Figur 3. Tema ved første gang henvendelse

Oslos ressurscenter for demens og alderspsykiatri (GERIA), Demenslinjen, Demensforeningene i Oslo, Pårørendeskolen i Oslo, Oslo Røde Kors besøks-tjeneste, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, samt arrangører av kulturtilbud for personer med demens og deres pårørende.

Råd- og veiledningstjenesten har bidratt til utarbeiding av informasjonsmateriell om tjenesten samt de andre tilbudene på Villa Enerhaugen. Informasjonsmateriell er sendt til alle fastleger i Oslo og til flere tilbud i spesialisthelsetjenesten som for eksempel alderspsykiatriske avdelinger/poliklinikker og utredningsavdelinger. Tjenesten har også vært aktiv med stand på ulike konferanser og tilstelninger, som Alzheimerdagen, GERIAdagene, Demensdagene og erfaringskonferanser m.m. Gjennom utadrettet arbeid opplever vi at flere og flere kjenner til tilbudet og dermed tar kontakt.

Henvendelser fra andre

Fagfolk fra 12 ulike kommuner (11 fylker) har de siste to årene vært i kontakt med Råd- og veiledningstjenesten hvor det ikke konkret har handlet om enkeltpersoner med demens. De fleste har hatt ønske om å komme på besøk til Villa Enerhaugen for å få informasjon om de ulike tilbudene samt omvisning og hospitering. Felles for alle er at de ønsker et eget tilbud for unge personer med demens i sin kommune, og noen har også vært i startfasen av opprettelse av eget tilbud.

Kompetansehevede tiltak for personalet

Råd- og veiledningstjenesten har vært en sentral pådriver for å styrke den faglige kompetansen til personalet på Villa Enerhaugen. Styrking av den faglige kompetansen er viktig for å sikre kvaliteten på tjenestetilbudet (3), både for å kunne ivareta pasient og pårørende,

men også for å rekruttere nye fagfolk (4, 5). Det har derfor vært et stort fokus på kompetansehevede tiltak og undervisning for personalet. Råd- og veiledningstjenesten har i stor grad organisert dette i samarbeid med ledelsen. Vi utarbeider opplærings- og undervisningsplaner hvert år og arrangerer internundervisning, temadager og veiledning for personalet.

GERIA er en viktig samarbeidspartner og bidragsyter for å styrke den faglige kompetansen. Flere ansatte har deltatt på kurs arrangert av GERIA i miljøbehandlingsmetoder, som individualisert bruk av musikk og terapeutisk berøring, og i kartlegging og oppfølging av demens i kommunehelsetjenesten. For å implementere dette i avdelingene har vi opprettet og fulgt opp interne ressursgrupper blant personalet.

Konklusjon

Vår erfaring etter tre års drift av Oslo kommunes Råd- og veiledningstjeneste på Villa Enerhaugen, er at mange kontakter oss og etterspør informasjon om hvilke tilbud som finnes til yngre demensrammede i Oslo. Flere ønsker råd om hvordan man går fram for å søke ulike tilbud, eller for å få et vurderingsbesøk med tanke på å søke plass på Villa Enerhaugen. Andre kommuner tar også kontakt, da de mangler tilsvarende tilbud.

Vi opplever at Råd- og veiledningstjenesten er et viktig tilbud etter at en demensdiagnose er stilt. Dette er en svært sårbar fase for hele familien, noe som igjen fører til en økt avhengighet av andre (5). En av fire som har tatt kontakt med tjenesten har hatt behov for å bli fulgt opp over tid. De gir uttrykk for at det er av stor betydning å ha en fast kontakt å kunne henvende seg til. Pårørende gir positive tilbakemeldinger på støttesamtaler, samtalegruppe og telefonkontakt med fagfolk som har tid og kompetanse.

Vi ønsker at tjenesten skal fungere som et støttetiltak videre i sykdomsforløpet for å kunne bedre livskvaliteten både for ektefeller og barn, men også for personen med demens. Vi erfarer at det oftest er ektefeller/partnere som kommer til samtalegruppene, derfor har vi vurdert om det bør etableres egne samtalegrupper for barn av de demensrammede. Vi ønsker også å kunne tilby samtalegrupper for dem som selv har en demensdiagnose.

Kompetansen vi innehar, samt at vi rent fysisk er plassert i tilknytning til behandlingstilbudene på Villa Enerhaugen, anser vi som sentralt for å kunne ivareta både pasienter, pårørende og personalet. Tjenesten er i tillegg en viktig pådriver og bidragsyter med tanke på kompetansehevede tiltak og veiledning for personalgruppa på Villa Enerhaugen.

■ fredvar.brovold@syke.oslo.kommune.no
anneelisabeth.helleborg@syke.oslo.kommune.no
margareth.isaksen@syke.oslo.kommune.no

REFERANSER

1. Byrådssak 208/07 Tilbud til yngre personer med demens.
2. Haugen PK. Yngre personer med demens. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2002.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr.25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer, 2007.
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2015 «Den gode dagen». 2007.
5. Helsedirektoratet. Glemsk, men ikke glemt! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. Rapport IS-1486, 2007.



Å leve med demens midt i livet

Mye oppmerksomhet har vært viet oppfølging av, og brukervedvirkning for, pårørende til personer med demens. Brukervedvirkning for personer som har fått en demenssykdom har ikke vært like fokusert. Medvirkning gir brukerne mulighet til å påvirke og bestemme over egne liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert.

Innledning

Fokus på demens har vært fremme på mange områder i samfunnet de senere årene, noe som har ført til økt interesse for fagfeltet og gitt oss mer kunnskaper. Dette har medført at vi i den senere tid har fått kunnskaper om at denne sykdommen også kan ramme midt i livet eller før 65 år. Det er en stor belastning forbundet med å befinne seg midt i livet og oppleve at en ikke lenger fungerer som før. De under 65 år er dessuten oftest i bedre fysisk form og mer aktive. Omtrent to tredeler av dem som får en demenssykdom før 65 år, er i arbeid på det tidspunktet demenssymptomene blir merkbare (1). Som en konsekvens av den progredierende sykdomsutviklingen vil mange av disse familiene møte store utfordringer i den nærmeste fremtid med behov for ulike tiltak.

Pasientrettighetsloven gir alle brukere og pårørende rett til medvirkning. I Stortingsmelding nr. 25, *Mestring, muligheter og mening* og i den reviderte del planen (2) står brukerinnflytelse sentralt med fokus på brukeropplevd kvalitet, valgfrihet og individuell tilrettelegging av tjenestene. De siste tiårene har det vært mye oppmerksomhet på oppfølging av pårørende til personer med demens og brukervedvirkning knyttet til pårørende. Det har ikke i samme grad vært fokus på brukervedvirkning for personer som har fått en demenssykdom. Tiltak har derfor stort sett vært basert på hva helsepersonell vurderer at denne gruppen trenger (3). Det er viktig at de som selv har syk-

dommen får mulighet til å bli hørt. Deres erfaringer og meninger kan fanges opp gjennom samtaler hvor personen med demens kan gi sine ønsker og behov til kjenne og kunne komme med konkrete forslag. Medvirkning fra brukerne er et virkemiddel på flere nivå. Brukervedvirkning bidrar til økt treffsikkerhet i utforming og gjennomføringen av både generelle og individuelle tilbud, og gir brukerne mulighet til å påvirke og bestemme over egne liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert (4).

Mål

Hensikten med denne studien har derfor vært ut i fra et brukerperspektiv å kartlegge deltakernes ønsker og behov for bedre å kunne tilrettelegge utrednings-tiltak og tjenester som kan bedre livskvaliteten til denne gruppen. Studien var en delstudie i utviklingsprogram om *Yngre personer med demens*, som igjen er en del av *Demensplan 2015*.

For å få frem denne type kunnskaper ble det gjennomført en studie hvor det ble benyttet en kvalitativ forskningsmetode (5). Studien ble gjennomført i 2010 og 2011. I alt 20 yngre personer med demens ble intervjuet – 12 menn og åtte kvinner – i alderen 54-67 år. De 20 intervjuene ble gjennomført fra fire måneder til tre år etter at de hadde fått stilt en demensdiagnose. Deltakerne ble spurt om ulike tematiske spørsmål som fokuserte på hvordan det er å ha fått en demensdiagnose i yngre år, samt deres

erfaringer med hvordan det er å leve med demens, som vist i tekstboks 1. Videre beskrivelse av metode og analyseprosessen og funn er beskrevet i den publiserte forskningsartikkelen (6).

I forbindelse med denne studien ble det gjort et omfattende litteratursøk på emnet yngre personer med demens for å skaffe til veie litteratur som omhandler yngre personer med demens generelt. Funnene fra litteraturen blir presentert sammen med våre funn. Dette gjøres for å kunne komme med anbefalinger om hvordan en best mulig kan tilrettelegge utredningstiltak og tjenester ut fra et brukerperspektiv.

Tekstboks 1: Intervjuguide

- ◆ Kan du si litt om hvordan du opplever å ha sykdommen demens
- ◆ Hvordan påvirker sykdommen deg i det daglige
- ◆ Har hverdagen med familien endret seg
- ◆ Vet du nok om sykdommen
- ◆ Har du behov for å snakke med andre om din situasjon
- ◆ Hva kan være til hjelp og nytte for deg i hverdagen
- ◆ Hva tenker du om bilkjøring og kollektiv transport
- ◆ Er du fortsatt i arbeid
- ◆ Har du kontakt med helsevesenet

Funn fra studien og sammenfallende funn i andre studier

Forståelse for egen situasjon

De fleste møter sykdommen med åpne øyne, og de forstår at de har endret seg og vet at sykdommen vil utvikle seg. De beskriver hvordan hverdagen fortøner seg på det tidspunktet de ble intervjuet og da diagnosen ble stilt. Under intervjuet uttrykker flere at det er godt å kunne få snakke om sykdommen og om sin nye livssituasjon. De beskriver tiden før diagnosen og opplevelse av endringer som følge av sykdommen, som vansker med å huske hva man skal si og gjøre, og å legge ting på feil sted slik at det blir brukt mye tid på å lete. Mange arbeidsoppgaver i hjemmet og på tidligere arbeidsplass ble for kompliserte etter hvert, eller umulig å utføre. Deltakerne satte ord på egne behov, som noe å fylle dagen med og noen å være sammen med og en av de intervjuede uttrykte det slik:

«Jeg er på dagsenteret noen dager i uken og det er veldig hyggelig. Vi gjør mange forskjellige ting og drar på turer, vi ler mye sammen, og det er godt å få være sammen med andre i samme båt. Hadde jeg ikke vært der så tror jeg at det hadde blitt mange timer på sofaen her hjemme.»

Våre funn er sammenfallende med funn gjort i andre studier som viser at mange personer med demens har innsikt i sykdommen og sin situasjon, men at dette kan variere (7). Det er derfor viktig å inkludere personene med demens og kartlegge deres ønsker og behov, slik at ikke deres røst blir glemt. De intervjuede beskriver at de er klar over at demens kan resultere i redusert evne til å ta riktige beslutninger.

I Norge har man gjennomført en brukerundersøkelse hvor personer med demens har evaluert tjenester de har mottatt. Konklusjonen fra denne brukerundersøkelsen er at slike undersøkelser er nyttige for å kunne tilby riktige og gode tiltak (8). Dette fant vi også når vi intervjuet de 20 yngre personene med demens.

Erfaringer med diagnostikk

Deltakerne i studien var opptatt av prosessen de hadde vært igjennom for å få stillet diagnosen. De opplevde at de hadde fått mangelfull oppfølging og be-

handling fra fastlegene i tiden før diagnosen ble stillet, fordi fastlegene ikke alltid forsto hva som var galt. Mange hadde fått stillet andre diagnoser som utbrenthet og depresjon før de fikk stillet en demensdiagnose. Flere fortalte at pårørende hadde vært pådrivere for å få stillet en diagnose. De fleste beskrev at de hadde fått god oppfølging og behandling etter at de hadde blitt henvist til spesialisthelsetjenesten og at testingen der hadde blitt utført på en respektfull måte.

«Det begynte med at jeg gjorde en masse feil på jobben og jeg følte at det var noe galt. Noe også kollegene mine opplevde. Jeg følte meg trett og gikk til legen min. Han mente at jeg var deprimer og ga meg sykemelding og medisiner, noe som ikke hjalp i det hele tatt. Det gikk en stund med flere legebesøk og det ble ingen bedring. Tilslutt fikk jeg byttet til en annen lege ved hjelp av kona mi. Den nye legen skjønte hva som var galt og han sendte meg videre til sykehuset. Der ble jeg tatt godt i mot med vennlighet og respekt.»

De færreste beskriver angst og depresjonssymptomer på tidspunktet intervjuene ble foretatt, men enkelte opplevde dette tidligere i sykdomsforløpet. De beskriver at de opplevde den første tiden etter at diagnosen ble stillet som spesielt vanskelig, og ønsket at de hadde fått mer hjelp i denne fasen. At den første tiden etter at diagnosen ble stillet er vanskelig, og at mange har behov for mer hjelp i denne fasen er også beskrevet av Woods (9). Enkelte i denne studien beskrev at de hadde hatt selv-mordstanker.

En tidligere studie avdekket organisatoriske utfordringer vedrørende psyko-educative gruppetilbud, og individuelt tilpasset oppfølging til pårørende og deres respektive familiemedlem som var diagnostisert med demensdiagnose før fylte 65 år (10). Studien viste at helseforetakene ikke alltid hadde definert hvor denne pasientgruppen og deres pårørende skulle utredes og følges opp (10). Enkelte sykehusavdelinger manglet rutiner på hvordan de skulle samarbeide med andre sykehusavdelinger og kommuner om denne pasientgruppen og deres pårørende. De kunne bli utredet på forskjellige avdelinger som:

nevrologisk, geriatrisk, alderpsykiatrisk eller på en hukommelsesklinikk. Dette påvirket også muligheten til å nå ut med informasjon til disse familiene om oppfølgingstilbud og til å bygge opp kompetanse og å utvikle rutiner for oppfølging (10). Disse funn understøttes også fra annen litteratur (11).

Hvordan leve med demens

De intervjuede beskriver en hverdag hvor de kjemper med seg selv og omgivelsene for å bevare verdighet. Det er lett å føle seg oversett og å oppleve at man ikke blir regnet med og tatt på alvor som før.

«Det var et sjokk og det skremte meg å få demensdiagnosen, for jeg vet hva som kommer...»

...og det er grusomt at jeg plutselig vil ende opp som, det høres stygt ut, en annenrangs borger.»

Flere forteller at det i hverdagen er spesielt vanskelig i situasjoner der det er mange mennesker, fordi det da er vanskelig og følge med på det som skjer rundt dem. Å opprettholde kontakt med omgivelsene blir derfor vanskelig, noe som beskrives i en annen studie (12). Det er flere som ikke lenger kan kjøre bil og ikke alle mestrer å benytte offentlig transport, noe som fører til at de blir mer avhengig av andre og ikke kommer seg til aktiviteter og steder de oppsøkte tidligere.

Deltakerne beskriver mestringsstrategier for å takle konsekvensene av demenssykdommen, som for eksempel når de opplever at setningene og ordene forsvinner. Flere beskriver at ordene kommer tilbake dersom de tar det med ro og venter litt. De beskriver at stress innvirker på mestring. Dersom de tar en ting av gangen og ikke haster i vei mestrer de flere ting bedre. Mange uttaler at medisinene de har fått har hjulpet dem på en slik måte at de kan konsentrere seg om oppgaver i større grad, som for eksempel å lese eller å strikke. Andre beskrev at medisinene hadde gjort at det var lettere å snakke mer sammenhengende etter å ha startet med medisiner.

«Jeg tar en dag av gangen, men jeg glemmer mye og jeg bruker mye tid til å lete hver dag, men jeg forsøker å fokusere på det jeg skal gjøre, og da

går det tålelig bra. Ofte så kommer jeg ikke alltid på hva jeg skal si heller, så det blir litt vanskelig å være sammen med andre. Det er spesielt vanskelig når det er mange mennesker, så det unngår jeg. Jeg forsøker å lage systemer, som å skrive alt i denne boken her, for å huske hva som skal skje i dag. De som kommer med medisiner kunne også skrive at de har vært her, for da behøvde jeg ikke å lure på det.»

De fleste er imidlertid ute av arbeidslivet når diagnosen stilles. En deltaker var fortsatt i arbeid, men med tilrettelagte oppgaver i en liten prosentstilling. Dette var veldig viktig for den personen, fordi det var godt å ha et arbeid å gå til samtidig som det var fint å være sammen med kollegaer. Vedkommende skulle gjerne ha sett at stillingsprosenten ble økt.

De fleste deltakerne hadde blitt sykemeldte før de fikk demensdiagnosen. Økonomiske konsekvenser i form av redusert lønn for den som er syk ble beskrevet. De opplevde at det var godt å slippe å gå til arbeidet, men prosessen rundt å avslutte arbeidslivet hadde vært preget av uverdige opplevelser og det hadde vært en vond og vanskelig tid. De savnet arbeidskollegaene og flere fortalte at de besøkte arbeidsplassen og hadde god kontakt med tidligere kollegaer. Fra en annen studie vet vi at omtrent to tredeler av dem som får en demenssykdom før 65 år, er i arbeid på det tidspunktet demenssymptomene blir merkbare (1).

Forhold til ektefelle og barn

Funnene i vår studie viste at deltakerne beklaget seg over overdreven omsorg fra pårørende og andre. Flere mente at deres familier og hjelpeapparatet satte unødvendige begrensninger for dem i hverdagen. Begrensninger som var begrunnet i ønske om å unngå risiko og fare. Personene selv opplevde at dette hindret dem i å gjøre det de fortsatt mestret og i disse situasjonene måtte de streve for å bli hørt. Man blir ikke regnet med på samme måte lenger og andre tror vel at jeg er dum, var et uttrykk flere av de intervjuede brukte. Beattie o.a. (11) fant i sin studie at denne gruppen ønsket å bli sett, hørt og behandlet som andre mennesker, og de ønsket å delta

på tilbud sammen med personer på egen alder.

Deltakerne uttrykte at sykdommen ikke påvirket ektefellen i vesentlig grad, og de som hadde mindreårige barn, mente at sykdommen heller ikke påvirket barna i vesentlig grad.

«Jeg tror kona mi har blitt vant til at jeg glemmer mye, men det er sikkert litt kjedelig for henne også, og barna mine er så opptatt med sitt så jeg tror ikke de merker så mye til det.»

Dette samsvarer ikke med andre studier (13, 14), som fant at disse barna var i sorg og opplevde sin livssituasjon truet, og de følte skam.

Deltakerne beskriver videre at deres barn i tenårene opplevde det som positivt å få delta på informasjonsmøter i forbindelse diagnostisering og på oppfølgingssamtaler ved de respektive sykehusene. Å ha foreldre med demens når man er i tenårene er beskrevet i intervjuer som vanskelig (15).

Behov for tiltak

Deltakerne var opptatt av å ha noe å gjøre og noe å gå til. De beskrev at de var avhengig av andre på ulike områder som matlaging, handling, transport og hjelp til å opprettholde kontakt med andre, og aktiviteter, som er beskrevet under punktet «*hvordan leve med demens*». Noen deltar på aktiviteter sammen med familie og har arbeidsoppgaver for andre familiemedlemmer som snekring, forskjellige reparasjoner, hagearbeid, pass av hund eller barn. Dette var noe deltakerne beskrev som verdifullt. Å opprettholde holddepunkter og forankringer til omgivelsene og andre mennesker er noe av kjernen i det som skaper meningsfullhet i menneskers liv, slik filosofen Buber (16) beskriver. En livssituasjon hvor en person går hjemme, ofte alene uten oppgaver og aktiviteter, er negativ for så vel psykisk som fysisk helse (12, 17) og vil påvirke de andre familiemedlemmene. Flere beskrev også behov for å være sammen med likesinnede. Noe som også ble understreket som viktig av pårørende til yngre personer med demens i en tidligere undersøkelse (18).

De hadde forslag om endringer og forbedringer knyttet til tjenester, for eksempel rutiner for å vite om hjemme-tjenesten hadde vært der på besøk og når de kom tilbake.

De fleste personer med demens som deltok i denne studien kunne beskrive hvordan de opplevde tjenestene og hvordan de ble møtt av helsepersonell. Som oftest var det følelsene knyttet til hvordan de ble møtt som var sentrale. De fleste beskrev at de ble møtt med vennlighet og forståelse av helsepersonell. Noen hadde opplevd at de ikke ble hørt og møtt med forståelse. De ga uttrykk for at de hadde ønsket mer informasjon underveis i sykdomsforløpet, men ikke med en gang de hadde fått diagnosen. Noen ga uttrykk for at det var godt å ha noen å kontakte ved behov. Dette finner også Beattie o.a. (3) i sin studie, og slår fast at en mangel ved igangsatte tiltak er at en ikke har spurt brukerne om deres ønsker og behov.

«Når du ender opp i en situasjon som dette, hvor du ikke er i stand til å ha en jobb, du mister venner og annet nettverk, og føler deg som en annenrangs borger, og er på mange måter utenfor samfunnet. Jeg er fortsatt sprek på de fleste områder, bortsett fra en ting, min hukommelse, noe som gjør at andre mennesker blir usikre overfor meg. Økonomien har jo blitt dramatisk endret og det begrenser meg på mange områder. Heldigvis kan jeg fortsatt hjelpe andre familiemedlemmer med praktiske ting. De trenger meg og det gleder meg å kunne være noe for andre og det er godt å ha noe å gjøre.»

Nåtid og fremtid

Under intervjuet var personene med demens opptatt av å leve i nuet, men de hadde også mange tanker om fremtiden og hvordan sykdommen kom til å utvikle seg. Etter hvert som tiden gikk beskriver mange av de intervjuede at de har forsonet seg med situasjonen, men de har mange tanker om hvordan livet blir fremover. Tanker som er skremmende og flere sier at de har blitt mer bevisste på å leve her og nå.

«Jeg var jo litt forberedt før jeg fikk demensdiagnosen da, det var jo ikke akkurat en stor overraskelse, men det var tøft å bli konfrontert med det. Heldigvis er jeg glad i å gå tur og jeg har gode venner som jeg kan snakke med. Det har hjulpet meg til å ta bort noe av min selvmedlidenhet, så nå føler jeg at situasjonen er slik den er.

Jeg har det ikke så verst, og livet mitt er så godt som det kan få blitt, men det er skremmende å tenke på hva som kan komme. Jeg forsøker å ikke tenke på det.»

Avslutning og konklusjon

Det er gjort lite forskning på hvordan det er å leve med demens. Derimot er det gjort mer forskning på hvordan deres forståelse av egen situasjon påvirker og øker belastning og stress hos pårørende (7). Det er derfor viktig at når man utvikler og evaluerer tjenester må man lytte til pårørendes meninger og forslag, men man må også lytte til personen selv.

Studien har gitt oss kunnskaper om hva det betyr for mennesker midt i livet å være i en prosess hvor de opplever endringer og hvordan det er å få en demensdiagnose. Deltakerne beskriver endringene i en tidlig fase av demenssykdommen, og hvordan det er å få stillet en demensdiagnose. De er vel vitende om at det ikke er noen vei tilbake etter å ha fått diagnosen demens. De beskriver sin kamp for å beholde verdigheten i forhold til seg selv og i forhold til omgivelsene. Denne studien gir oss innblikk i hvordan vi kan utvikle og tilrettelegge tjenester i samarbeid med mennesker med demens midt i livet og eldre med demens. Dette er blitt etterspurt i andre studier (19). Forslag til praktiske tiltak på bakgrunn av denne studien er oppsummert i tekstboks 2.

■ aud.johannessen@aldringoghelse.no

Tekstboks 2:

Praktiske tiltak og anbefalinger

For diagnostikk

- ◆ Det bør opprettes rutiner på hvem som skal følge opp yngre personer med demens og deres pårørende etter at diagnosen er stillet
- ◆ Alle sykehus må avklare hvilke sykehusavdelinger og hvem som skal delta i utredningsprosessen og diagnostiseringen
- ◆ Selvmordsfare bør utredes i forbindelse med diagnostisering og i tiden etter at diagnosen er stillet
- ◆ Det er behov for mer informasjon til leger og annet helsepersonell om at demens kan ramme før man er 65 år

Arbeidsliv

- ◆ Det må etableres et samarbeid med NAV og bedriftshelsetjenesten når yngre personer med demens blir utredet, dersom de fortsatt er i arbeid
- ◆ Tiltak bør iverksettes slik at instanser som NAV og bedriftshelsetjenesten nås med informasjon om at demens kan inntreffe midt i livet
- ◆ Familiens økonomi må være i fokus ved tilrettelegging av tiltak

Tiltak for stimulering og aktivitet

- ◆ De tradisjonelle tilbudene som er utarbeidet for eldre er i liten grad aktuelle og andre tiltak bør iverksettes som støttekontakt og brukerstyrt personlig assistent
- ◆ Tiltak som er fleksible og gir mulighet for å få hjelp til å ha noe å gå til og noen å være sammen på egen alder, som dagtilbud, fritidsaktiviteter og kulturtilbud
- ◆ Egne aktivitets og samtalegrupper for yngre personer med demens

Informasjon

- ◆ Det helsepersonell har behov for å vite kan også brukere ha nytte av
- ◆ Informasjon bør gis på diagnose-tidspunktet, og ytterligere informasjon kan gis noen måneder senere om ulike tjenestetilbud og sykdomsforløp hvor fokus er hjelp til mestring

Bli lyttet til

- ◆ Personer med demens og deres pårørende bør inkluderes når tjenestetilbud utvikles og evalueres
- ◆ Samtaler med yngre personer med demens i tidlig fase, og også senere i forløpet av sykdommen, bør tilbys

REFERANSER

1. Haugen PK. En må selv være pådriver. Tilbud til yngre personer med demens. I Krüger RME, red: Evige utfordringer. Helsetjenester og omsorg for eldre. Sem Norge, Aldring og helse, 2006: 46-64.
2. HOD, Demensplan 2015, Revidert handlingsprogram 2012-2015. Helse- og omsorgsdepartementet, 2011: www.regjeringen.no.
3. Beattie A, Daker-White DJ, et al. Younger people in dementia care: a review of service needs, service provision and models of good practice, *Aging and Mental Health* 2002 6(3): 205-212.
4. HOD, Brukermedvirkning, Helse og omsorgsdepartementet, 2011: IS-1315. www.regjeringen.no
5. Glaser B, Strauss A. The discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research, Chicago: Aldine, 1967.
6. Johannessen A, Möller A. Experiences of persons with early-onset dementia in everyday life: A qualitative study. *Dementia*. 2011. [Elektronisk før trykking].
7. Vogel A, Waldorf FB, et al. Impaired Awareness of Deficits and Neuropsychiatric Symptoms in Early Alzheimer's Disease: The Danish Alzheimer Study (DAISY). *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2010; 22: 93-99.
8. Holm M, Haugen PK. Brukerundersøkelser i alderspsykiatri – gjennomførbare og nyttige? Pasienter, pårørende og kommunehelsetjenestens evaluering av tilbudet ved seksjon for alderspsykiatri, Sykehuset Telemark. Sem, Norge: Aldring og helse, 2008
9. Wood B. Promoting well-being and independence for people with Dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1999; 13: 97-109.
10. Johannessen, A. Pårørende til yngre personer med demens – læring og mestring i en ny livssituasjon. I Krüger, ERM, Haugen PK, Kirkevold Ø, Nygård AM, Utne TE. (red). Å leve med demens – Erfaringsbasert utvikling av tilbud. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2008: 181-191.

Referanser forts. neste side.

Bente Wallander (tekst og foto)

Demens og folkehelse

- med fokus på tilgjengelighet

– Vi må etterspørre stemmen til personer med demens, og ta det de sier på alvor. Ved å inkludere dem og deres familier i planlegging av tjenester får de også økt livskvalitet.

Slik konkluderte PhD-kandidat Aud Johannessen da hun forsvarte sin doktoravhandling *Dementia and Public Health – with fokus on access to society* ved Nordic School of Public Health i Göteborg den 20. juni.¹

Aud Johannessen er psykiatrisk sykepleier og arbeider til daglig ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og



VIKTIGE STEMMER: – Vi må ikke overse perspektivene til personer med demens og deres familier, understreket Aud Johannessen.

helse. Hun har i forbindelse med sitt doktorgradsarbeid intervjuet 20 yngre personer med demens i alderen 54-67 år, 19 støttekontakter og 35 personer i ledende stillinger fra 32 kommuner.

Doktorgradsarbeidet innehar også en evaluering av pårørendegrupper, som resulterte i utvikling og evaluering av grupper for yngre pårørende. Til denne evalueringen ble det benyttet spørreskjemaer hvor også pårørende kunne komme med kommentarer. Det ble inkludert 92 pårørende til denne evalueringen. I tillegg ble det gjort intervjuer med 13 pårørende.

– Ved å ivareta den kunnskap som finnes hos familie, helsepersonell og andre støttepersoner får personer med demens og deres nære større muligheter til å delta i samfunnslivet, fortsatte Aud Johannessen.

– Andre faktorer som innvirker på de tjenestene som tilbys kan være lederes kunnskapsnivå, erfaringer og forståelse for hvordan tjenestene utføres, påpekte hun.

Universell design mot isolasjon

Til Aud Johannessens arbeid hørte en undersøkelse av ordningen med frivillig støttekontakt.

– Å ha mulighet for assistanse er viktig for personen med demens og familiene for å kunne opprettholde livskvalitet i

hverdagen. Mange personer med demens utvikler tilleggsvansker og får problemer med å forholde seg til omverdenen. De blir isolerte, noe også pårørende er utsatt for. Likevel er det i dag bare 30 prosent av kommunene som benytter seg av en ordning med støttekontakt.

Ut fra et folkehelseperspektiv mener Aud Johannessen at man kan bruke begrepet Universell design også med hensyn til tjenester.

– Ved å tolke det slik, kan man med loven i hånd sikre folk med demens tilgangen til støttekontakt. Da gjør man samfunnet i større grad tilgjengelig for personer med demens og deres pårørende og styrker disse familienes muligheter for aktivitet, sa Aud Johannessen.

Professor Boo Johansson fra Psykologiska Institutionen, Göteborgs universitet, var opponent ved disputasen. Betygnsnämnden besto av professor Elisabeth Hall, Institut for Folkesundhedsygeplejevidenskab, Aarhus universitet, Danmark, professor Venke Sørli, Forskningsleder ved Lovisenberg Diakonale Høgskole, Oslo og professor Margaretha Strandmark, Folkhälsovetenskap, Karlstad universitet, Sverige.

¹⁾ Se også Aud Johannessens artikkel *Å leve med demens midt i livet* på side 28 dette nummer av D&A.

Referanser forts. fra side 31

11. Beattie A, Daker-White G, et al. 'How can they tell?' A qualitative study of the views of younger people about their dementia and dementia care services. *Health Social Care Community* 2004 12(4): 359–368.
12. Brorsson A, Öhman A, et al. Accessibility in public place as perceived by people with Alzheimer's disease. *Dementia* 2012 10(4): 587–602.
13. Vliet van D, Vugt de ME, et al. Impact of early onset dementia on caregivers: a review. *Geriatric Psychiatry* 2010; 25: 1091–1100.

14. Allen J, Oyeboode JR, et al. Having a father with young onset dementia: The impact on well-being of young people. *Dementia* 2009 8(4): 455.
15. Kabel S. Mennesket bag demensen, Et personligt portræt af otte tidlig diagnosticerede demente. Aalborg: Formidlingscenter Nord, 2001
16. Buber M. Jeg og du. Leipzig, Germany: Insel-Verlag. Halden: Cappelen's Forlag AS, 1923.
17. Holley UA. Social isolation: a practical guide for nurses assisting clients with chronic illness. *Rehabilitation and Nursing* 2007; 32: 51–6.

18. Johannessen A. Pårørende til personer med demens-Evaluering av en psykoedukativ intervensjon rettet mot pårørende. Göteborg: Nordic School of Public Health, 2006: 12.

19. Baalen van A, Vingerhoets Ad JJM, et al. How to evaluate quality of care from perspective of people with dementia: An overview of the literature. *Dementia* 2010 10(1): 112–137.

Bente Wallander (tekst og foto)

Integrert musikk

– som en bru over opprørt hav

Med sangen Brigde over Troubled Water understreket Audun Myskja budskapet i sin doktoravhandling Integrert musikk i behandlingen av demens i sykehjem.

Audun Myskja avsluttet både prøveforelesningen og disputasen med sang, hvorpå taktfast klapping fylte den nær fullsatte Gunnar Sævig's sal ved Institutt for musikk, Griegakademiet i Bergen.

Prøveforelesningen ble holdt over temaet Implementering av tilnærmingen «integrert musikk» i norsk demensomsorg: roller, profesjonelle ferdigheter og ressurser og Audun Myskja startet med å fortelle hvordan han som sykehjemslege hadde opplevd å komme til kort overfor pasienter med demens: De tradisjonelle medikamentene virket ikke.

– Samhandling med mennesker er grunnleggende for all behandling. Min drivkraft har vært å få frem et verktøy som kan treffe beboerne i deres verden. En ekstra drahjelp, en forlenget arm, eller som i sangen, en bru over opprørt hav, utdypet han.

Ikke all musikk er god

Doktoranden understreket at man må tenke helhet og systematikk dersom man skal lykkes med bruk av musikk som et terapeutisk virkemiddel:

– Jeg har kommet til sykehjemsavdelinger der tv-apparatene står på, med moderne musikk dundrende ut i rommet. Beboere har sittet paralisert, med tydelige tegn på frykt. All musikk er ikke av det gode, snarere tvert i mot, og vi må tilpasse den til enkeltpasientenes behov.

Audun Myskja ble også slått av den passivitet som oftest preger beboerne på sykehjem.

– Ved aktiv bruk av musikk over tid så vi at mange pasienter etter hvert mobiliserte egne ressurser, som språk. Atferden

ble også endret, for eksempel fra utrettelig vandring til konstruktiv deltakelse. Individualisert musikk viste seg ved en undersøkelse også virksom ved uro, noe som gir grunnlag for flere og større fremtidige undersøkelser. En kvalitativ undersøkelse av musikk og velvære ved sykehjem viser at musikk dekker en rekke behov, både hos beboere, ansatte og pårørende. Intervjuene peker på at musikk særlig oppleves å gi økt vitalitet, glede og ro.

Helhetlig tilnærming

Førsteamanuensis Hanne Mette Ridder fra Universitetet i Aalborg var 1. opponent under disputasen. Hun ga Audun Myskja ros for hans beskrivelse av hverdagene i et sykehjem og for det arbeidet han har utført for å redusere ubevisst støy:

– Du gir mange eldre en stemme, og beskriver utfordringene i demensomsorg og dagliglivet på et sykehjem så tydelig at det er lett for leseren å forstå at endring er nødvendig. Du gir også en stemme til alle de pleierne og helsearbeiderne som gjør sitt beste for å optimalisere omsorgen og heve kvaliteten på de tjenestene som tilbys.

Ridder stilte likevel spørsmål ved Myskjas bruk av begreper. Det gjorde også 2. opponent, seniorforsker Øyvind Kirkevold, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse / Universitetet i Agder: – Hva mener du egentlig med integrert musikk? Og økologisk tilnærming?

– Integrert musikk innebærer en helhetlig tilnærming til miljøbehandling på institusjon med musikk som virkemiddel. Vellykket behandling består av noe mer



TONSATT DISPUTAS:

Audun Myskja brukte musikken som et bilde på avhandlingens budskap.

enn å gi medisiner. Mange elementer påvirker pasientene og samspillet mellom dem er essensielt. Som i økologi, der alle tråder blir viktige. En økologisk tilnærming er i denne forbindelse å være oppmerksom på hele lydbildet som omgir pasientene. Dette er ikke bare min idé, men en hel bølge, forklarte Myskja.

– Hvordan vil så doktoranden implementere musikk som terapeutisk virkemiddel i en travel sykehjemshverdag?

– Tverrfaglighet er viktig, og det å ha en økologisk bevissthet som felles holdning. På plass må også:

- ♦ Avtale med en musikkterapeut som lærer, veileder og inspirator
- ♦ Fysisk integrering – med faste felles møter
- ♦ Systematisk oppfølging av de ansatte
- ♦ Forankring av tiltaket hos institusjonsledelse og faglige nøkkelpersoner.

– Sang er en enkel metode som er lett å lære, og ikke koster noe som helst. Men det krever grundighet i innhenting av preferanser. En svale gjør som kjent ingen sommer. Men når dette gjøres dagstøtt får vi en endring, mente Audun Myskja.

Bente Wallander (tekst og foto)

Gjestfrie Gjerdrum

– der «hele bygda» kan sin ABC



VIL MYE: Virksomhetsleder Toril Norgren Håkonsen samarbeider tett med hjelpepleierne Tom Andre Gammeltrøp og Laila Mellesmo, som begge arbeider i hjemmetjenesten, i hukommelsesteamet, med Demensomsorgens ABC og ved pårørendeskolen. Laila Mellesmo er demenskoordinator og leder for hukommelsesteamet.

I Gjerdrum kan snart alle omsorgsansatte sin ABC. Kommunen er den nest minste i Akershus, men på demensområdet får de til det meste. Et vellykket tiltak er lapskaus og øl.

Gjerdrum kommune var i mai vertskap for et ABC-fagseminar for alle kommuner på Romerike. På programmet sto Demens og utfordrende atferd, ved professor Knut Engedal, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, samt Miljøbehandling i demensomsorgen, ved sykepleier Kjersti Rossemyr, demensavdelingen ved Alderspsykiatrisk enhet Gaustad. Et gjennomgangstema ble likevel, til de flestes overraskelse, en liten kanin.

– Dagsenteret for eldre har arvet en kanin og den ble i morges svært syk. Jeg må derfor gå litt til og fra. Vi er jo så glad i den vesle krabaten og må gjøre det vi kan for å få den bra igjen, opplyste Toril Norgren Håkonsen, ved oppstart av seminaret. Virksomhetslederen for hjemmetjenesten i Gjerdrum lovte samtidig å holde de fremmøtte orientert om utviklingen.



ABC-KONTAKT: F.v.: Toril Norgren Håkonsen, Gjerdrum, ABC-koordinator Betty Sandvik Døble, Agnete Nygård, Skedsmo, Cecilie Aagård, Rælingen og Åse Slemdal, Nes.

Grønn kommune

Gjerdrum er med sine vel 6 000 innbyggere en av de minst folkerike kommunene i Akershus. Beliggende midt mellom hovedflyplassen på Gardermoen og hovedstaden er den et svært attraktivt boområde, men hovedinntrykket av Gjerdrum er fortsatt landlig, med store åkre og mye skog. Gjerdrum er også et eksempel på at små kommuner kan oppnå mye dersom de vil noe med sin demensomsorg. Her har de:

- ♦ Vedtatt Demensplan
- ♦ Hukommelsesteam, et oppsøkende lavterskeltilbud
- ♦ Dagsenter for eldre, med ti plasser, og seks plasser for personer med demens. Daglig servering av frokost og middag
- ♦ Demensomsorgens ABC med 15 deltakere, hvorav fem er ansatt i hjemmetjenesten og ti ved sykehjemmet. Nytt grunnkurs starter i høst
- ♦ Pårørendeskole hvert år, med 15-16 deltakere. Drives av ansatte i hjemmetjenesten og institusjon
- ♦ Demenstelefon, dit personer med demens og deres pårørende kan henvende seg
- ♦ 27 sykehjems plasser + ti leide plasser i andre kommuner
- ♦ Planlagt utbygging av ti nye plasser i tilknytning til sykehjemmet i 2013, med en egen fløy for personer med demens
- ♦ I et eldre hus med skjermet tomt ønskes etablert et aktivitetshus for yngre personer med demens. På planleggingsstadiet.

Dagtilbud utenfor institusjon

Det nevnte hukommelsesteamet oppsøker hjemmeboende personer med demens.

– Vi besøker også dem som ikke ber om kontakt. Ved å snakke med dem og deres pårørende blir vi litt bedre kjent. Tillit og tiltro etableres ved å lirke langsomt. Det gis også beskjed om demenstelefonen, slik at alle skal føle seg sikre på hvordan de får tak i oss, forteller Toril Norgren Håkonsen.

– Dersom det er mulig skaffer vi folk små jobber, slik at flest mulig får brukt sine restressurser. Ved hjelp av slike lavterskeltilbud tror vi at personer med demens kan bli boende hjemme lenger. Vi etablerer en type dagtilbud utenfor institusjon, om du vil. Deretter forsøker vi gradvis å etablere tettere forbindelser mellom dem, dagsenteret og sykehjemmet.

– At hukommelsesteamet består av ansatte fra hjemmetjenesten er en stor fordel, mener Håkonsen.

– Vi kjenner hverandre ofte fra før. For en tid tilbake begynte vi for øvrig med uniformer, for å gjøre oss enda litt «likere». Vi klarer ikke å unngå at folk får besøk av ulike personer, men med like klær skaper vi en illusjon av likhet.

Lokker med lapskaus og øl

Til de mer utradisjonelle demenstilltakene i Gjerdrum hører flerfoldige festlige lag.

– Tillit bygges jo også med fest og moro. Festkomiteen består av Hukommelsesteamet, to personer fra dagsenteret og en ansatt fra sykehjemmet. Vi lokker med lapskaus og øl, feirer alle høytider og merkedager og tar ofte



GRØNT HÅP: Dagsenterets kanin, på fange til hjelpepleier Irene Nordsletten.

turer sammen. Temafestene våre er populære, hattefesten i februar trakk hele 50-60 deltakere. Til slike sammenkomster inviterer vi alle beboerne på sykehjemmet, alle uteboende dagsenterbrukere og mottakere av ulike hjemmetjenester, forteller Toril Norgren Håkonsen.

– Ved å gjøre mye sammen fortoner vi oss ikke så skumle for folk, og dermed senkes terskelen for kontakt. En dame som aldri hadde villet motta noen form for hjelp fra oss kom på en av festene våre i vår. Da kvelden var slutt ville hun ikke reise hjem igjen. Slike historier hegner vi om. Det er viktig å kunne vise til resultater man har oppnådd, fortsetter hun.

Grønt håp

At Gjerdrum har orden i eget hus innenfor demensomsorgen ble bekreftet da Fylkesmannen i Akershus i 2009 gjennomførte et tilsyn i kommunen.

– Vi fikk ingen avvik eller merknader. Det er vi ganske så krye av! innrømmer virksomhetslederen.

– Mye er realisert, men vi drømmer om å få etablert et grønt omsorgstilbud. Vi vil starte i det små, og kaninen symboliserer det første lille skritt på veien. Den bor på dagsenteret i ukedagene og tilbringer helgene på sykehjemmets demensavdeling, der den får masse mat og kos, forteller Toril før hun må besvare nok en telefon. Smilende viderefremidler hun beskjeden om den firbentes helsetilstand:

– Vi skulle vel ha lært oss nå, at kaniner ikke skal ha verken lutefisk eller pepperbiff!



NYTTIG: – Kommunene ser verdien av å utvikle kunnskaper på tvers av faggrupper og enheter, mener ABC-koordinator Betty Sandvik Døble.

Bente Wallander (tekst og foto)

ABC i åtte av ti kommuner

Gjerdrum er ikke alene i ABC-klassen. Hele 85 prosent av alle norske kommuner er nå registrert med deltakere i Demensomsorgens og/eller Eldreomsorgens ABC.

Bedriftsintern kompetanseutvikling i eldre- og demensomsorg ved tverrfaglige studiegrupper er svært aktuell. Nær 13 000 ansatte i 363 kommuner har til nå påbegynt en av permene i et ABC-løp.

Ny, aktuell kunnskap tilføres i tjenestene ved det skriftlige ABC studie-materialet. Tverrfaglig diskusjon og reflek-

sjon i studiegrupper bidrar til utvikling av breddekompetanse i praksisfeltet.

Deltakere tar ansvar

– Flere ABC-deltakere har oppgitt at de på bakgrunn av sin nye kunnskap og forståelse er gitt roller og funksjoner i forhold til å delta i kommunenes arbeids-

oppgaver knyttet til satsingsområdene i Demensplan 2015, sier prosjektleder/ABC-koordinator Betty Sandvik Døble ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

– Dette gjelder alt fra å delta i å utvikle kommunale demensplaner, demens-teamarbeid, undervise i pårørendeskoler og bygge opp dagtilbud for personer med demens og spesialtiltak for demenssyke med atferdsvansker, føyer hun til.

Nytt om miljøbehandling

Det kommer i høst en egen perm om miljøbehandling. Permen er et oppfølgingstilbud til deltakere som har gjennomgått Demensomsorgens ABC perm 1 og 2 eller Eldreomsorgens ABC – Demensfordypningsperm.

Heftene i permen Miljøbehandling tar opp ulike miljøbehandlingsmetoder og hvordan de kan brukes for å gjøre pasientenes hverdag bedre. Til temaene som tas opp hører: Personsentrert omsorg til personer med demens, VIPS-

modellen, Dementia Care Mapping, Marte Meo, uteaktiviteter, fysisk aktivitet, musikk, sansestimulering, tro og livssyn, lindring samt helsetjenester i hjemmet.

For å kunne nyttiggjøre seg kunnskapen om miljøbehandling i det praktiske arbeidet, anbefales det å sette sammen studiegruppene til denne permen med deltakere fra felles arbeidsenhet.

Med permen følger to ABC-seminar med undervisning.

Flerårig prosess

130 av de 363 kommunene har startet med flere ABC løp. Deltakerne ønsker da å fortsette med den tredje, fjerde eller femte permen. Læreprosessen holdes på den måten vedlike over flere år.

– Dette tyder på at kommunene som starter ser nytten av å utvikle kunnskaper på tvers av faggruppene, og enheter i sin organisasjon og velger å melde på deltakere til satsingen.

Det er lagt opp til økonomiske støtte-tiltak fra Helsedirektoratet i Demensplan 2015 og Kompetanseløftet 2015.



21ST NORDIC CONGRESS OF GERONTOLOGY

Tor Erling Dahl (tekst og foto)

21. Nordiske kongress i gerontologi, København

Dilemmas in ageing societies

Ledende spesialsykepleier ved Hukommelsesklinikken, Geriatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus, deltok i vår på den 21. Nordiske kongressen i gerontologi, København. Les hans beretning fra den faglige reisen.

For 21. gang ble den Nordiske kongress i gerontologi (NKG) arrangert i København 10.–13. juni 2012. NKG arrangeres annethvert år av medlemmene i Nordisk gerontologisk forening som er en sammenslutning av gerontologiske og geriatriske foreninger fra de nordiske land. Fra Norge er Norsk selskap for aldersforskning og Norsk geriatrisk forening medlemmer. Jeg deltok på NKG første gang for 20 år siden og konstaterer at kongressen fortsatt har samme preg og organisering, men med et høyere vitenskapelig nivå.

Det var i år over 600 deltakere fra 34 land, for første gang var alle presentasjoner på engelsk. Verden har blitt mindre med årene og utveksling av kunnskap krever et felles forståelig språk.

Dette er ikke en kongress «bare» for de grånende hår – kongressen bar preg av svært mange unge deltakere og må derfor sies å leve i beste velgående. Det gir håp for fremtiden!

Kongressens tema, «Dilemmas in ageing societies», henspiller på utviklingen av befolkningssammensetningen i de nordiske land. Andelen eldre med god helse, økonomi og funksjonsnivå stiger. Kan det tenkes at det oppstår en interessekonflikt mellom denne gruppen og mindretallet som trenger betydelig mer omsorg og støtte? Hvordan sikre begge gruppers behov for en god og aktiv alderdom? Nærmere 250 foredrag og 123 posterpresentasjoner skulle belyse dette overordnede tema i løpet av tre dager. Det var en overveldende mengde kunnskap og informasjon å manøvrere i.

Den lille forskjellen

Professor Kaare Christiansen fra Danmark foreleste om menns og kvinners forskjellige helsetilstand i eldre år. Problempå perioden i alderdommen har blitt cirka seks år mindre. Det betyr at vi generelt har bedre helse i eldre år. Som vi vet lever kvinnene lengst, men hva kan man egentlig gjøre for mennene? En utfordring er at kvinner strever med fysisk funksjon, mens mennene strever med å opprettholde et sosialt nettverk.

Christiansen hevdet at kognitiv funksjon er viktigere sent i livet enn fysisk funksjon, og at det lønner seg å ha litt kjøtt på bena når man har kommet over de 80, i motsetning til når man er middelaldrende.

Christiansen var også inne på spørsmålene om når man skal begynne med å screene for cancer eller/og for kolestrol. Et stort problem er at de fleste som får kreft er over 70 år, mens behandlingsprogrammene er tilpasset yngre. I nær fremtid vil et nytt dilemma innen kreftbehandling høyst sannsynlig bli aktuelt: skal eldre få vurdert behandling med stamceller?

Begrepet sarkopeni, økt dannelse av fettvev i muskelvev, ble drøftet fra forskjellig hold på konferansen. Internasjonalt er det ennå ikke full enighet om begrepet og forholdene rundt. Som for eksempel hvorfor disse forandringene skjer i muskelvevet. Men vi fikk vite at uansett er muskeltrening nyttig og at man faktisk bør trene enda mer i eldre år enn vi gjør som middelaldrende.



VARM VELKOMST:
Kongressens president
Finn Rønholt og general-
sekretær for kongressen,
Christine E. Swane.



En piff for hukommelsen

Professor Lars Nyberg fra Sverige gjorde rede for hvilke utfordringer den «gamle» hjernen står overfor i vår tid. Høy hastighet på introduksjon av ny informasjonsteknologi i hverdagslivet gir et stort press på hjernen for at den må klare å lære nye ting. Særlig når vi vet at gammel informasjon (semantisk hukommelse) bevares lenge i hjernen, mens ny informasjon (episodisk hukommelse) reduseres fra 60 års alder og oppover. En studie fra Karolinska Institutet i Stockholm viste at nye personer med mild kognitiv svikt får problemer med hverdagsteknologi kan det være starten på en demensutvikling. Annen forskning viser at det er store variasjoner blant de med et høyt utdanningsnivå når det gjelder evnen til å lære nye ting i eldre alder. Mens de som har hatt jobber der de har arbeidet med mennesker synes å klare seg bra! Det å være kvinne og å være gift synes også å ha en fordel: man får tilført nok dopamin til hjernen ved at man har noen å «bryne» seg på – det piffer opp hukommelsen. Røntgenunder-

søkelser viste dessuten at et sentralt område for hukommelse i hjernen (hippocampus) brukes forskjellig når hukommelsessykdom oppstår. Det betyr at noen klarer å kompensere bedre for vanskelighetene med å lære seg ny informasjon enn andre. Nyberg konkluderte med at genetiske forhold nok spiller en viktig rolle, men at aktivitet og det å omgås andre mennesker i eldre år, hjelper på evnen til å kunne lære seg nye ting.

Demens og depresjon

Når det gjelder depresjon viste en finsk langtidsstudie at eldre selv mente det var funksjonssvikt og innskrenkede muligheter for sosial utfoldelse som førte til ensomhetsfølelse og tristhet. Det betyr at man ikke får hjulpet eldre med depressive symptomer tidlig nok. En islandsk studie viste at de som hadde drevet med fysisk aktivitet midt i livet fikk færre depresjonssymptomer 25 år senere enn andre. Flere prosjektpresentasjoner konkluderte med at fysisk aktivitet og det å være ute i seg selv ga tilfredse pasienter i dagsentre og sykehjem. Blant pasienter som ble henvist til hukommelsesklinikker viste en norsk studie at det var høy forekomst av depresjon (30-40 prosent). Man antar at omtrent 50 prosent av personer med demens får depresjon og det kan forekomme ved alle grader av demens. Ved milde depresjoner hos demenssyke synes det ikke å være særlig god effekt av antidepressiv medikasjon. Det bør helst gis ved alvorlige depresjoner. Utfordringen ligger fortsatt i å finne gode instrumenter for å kunne diagnostisere depresjon hos demenssyke.

På kongressen ble det presentert to vellykkede prosjekter om personfokuset omsorg. Mange her til lands kjenner til Marte Meo-metoden hvor man bruker videoopptak for å studere samspill mellom demenssyke og hjelpere slik at omsorgspersonalet kan lære seg hensiktsmessige kommunikasjons- og atferdsmåter overfor den enkelte. Et svensk prosjekt viste til gjensidig tilfredshet når omsorgspersonale fikk «tillatelse» til å bruke tid på å skape et personlig forhold til personer med demens. Så ble det ennå en gang bekreftet at omsorgspersonalets reflekterte fremtoning og evne til å skape en god relasjon er deres viktigste instrumenter.

Alderisme er et begrep man ikke kommer utenom på en konferanse i gerontologi. Vanligvis forbinder man begrepet med diskriminering av eldre i arbeidslivet. Professor Lars Larsen fra Danmark ville at vi skal tenke på hva som leder til slike handlinger, altså se nærmere på det vi tenker og føler om eldre. Forutinntatt-het og stereotypisering av eldre kan feste seg i form av strukturer i samfunnet eller for eksempel i mediepresentasjoner. En norsk studie utført ved Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) pekte på at det private næringsliv er mindre flinke til både å holde på og ansette eldre arbeidstagere enn det offentlige. Det private næringsliv er sannsynligvis mer attraktivt for yngre. Så kan sannheten også være at det offentlige ikke har råd til å la være å ta vare på og ansette eldre arbeidstagere fordi de da ville komme til å mangle arbeidskraft. En svensk studie påpekte politikernes lemfeldige omgang med begrepet. Drevet av politisk korrekt-

het snakker de om fenomenet uten egentlig å vite hva det innebærer. Fagpersoner derimot vet at vi mennesker nettopp er ulike på grunn av vår alder. *Alderisme* må bekjempes på mange plan.

Ga konferansen svar på noen av dilemmaene skissert innledningsvis? Mitt inntrykk er at utviklingen innen medisinsk teknologi nok kan skape dilemmaer i fremtiden når det blir flere eldre i befolkningen hvis behandlingsmulighetene må konkurrere med yngre aldersgrupper eller økonomiske ressurser. Men bekymringen med at det går så sakte fremover med utviklingen av gode og hensiktsmessige omsorgstilbud til de skrøpeligste eldre, burde allerede vært et dilemma for våre helsemyndigheter. Det gode ved konferansen er at svært mange dyktige fagpersoner og forskere går vår praksis etter i sømmene. Det trenger vi.

Hentet heder og ære

I løpet av kongressen ble det delt ut to priser. Prisvinnerne måtte kvittere med hvert sitt foredrag.

Sohlbergs Nordiske pris gikk til professor Kaisu Pitkälä fra Finland. Hun holdt foredraget «Is there evidence for effectiveness of prevention interventions in older people?»

Prisen «The Andrus Viidik Lecture in Gerontology» gikk til forsker Øyvind Kirkevold ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Han holdt foredraget «Development of residential care services facilitated for persons with dementia in Norway».

Kirkevold la frem resultatene av undersøkelser gjort i Kompetansesenterets regi om utviklingen av heldøgns plasser for personer med demens i Norge i løpet av de siste fjorten år. Nesten alle kommuner har per i dag etablert skjermede enheter i sykehjem og/eller omsorgsboliger myntet på demenssyke. Undersøkelsene viser en sakte økning av antall plasser sett i forhold til den økende forekomst av demens i befolkningen.

Antallet senger i enhetene har holdt seg stabil, også antallet ansatte. Skjermede enheter i sykehjem har mange flere sykepleiere enn enhetene i omsorgsboligene.



PRISVINNER: Øyvind Kirkevold.
(Foto: Arnfinn Eek)



MORO: Tore Mohrsen er svært fornøyd med jobben sin hos MN Vekst.

Bente Wallander (tekst og foto)

Inn i bedrift – med kognitiv svikt

To ganger i uka forlater Tore Mohrsen en skjermet enhet ved Namsos sykehjem for å gå på jobb. 65-åringen har sitt dagaktivitetstilbud ved den vernede bedriften MN Vekst.

Tore Mohrsen er å treffe i malingsrommet til MN Vekst hver mandag og fredag. Her håndterer han, som innmater på malingslinjen, listverk og panel som om han aldri skulle ha gjort annet.

– Ikke så rart, for han har jo jobbet med tre hele livet, smiler Tores lillesøsster Oddbjørg Mohrsen.

Det var da også ledelsen ved Viken Trelast, der han arbeidet før, som for fire år siden fanget opp de første signalene om at noe var galt.

– Tore hadde alltid vært nøyaktig i jobben sin, men på den tiden begynte han å tulle med tallene når han skulle merke materialpakkene. I løpet av kort tid forandret hele Tore seg. Broren min har siden vært til utredning ved St. Olavs Hospital i Trondheim, uten at det har gitt ham en klar diagnose. Symptomene på kognitiv svikt er likevel åpenbare for oss alle, sier Oddbjørg.

Etter hvert som symptomene på kognitiv svikt utviklet seg, ble det klart både

for omsorgsapparatet i Namsos og Tore Mohrsens familie, at han ikke kunne bo hjemme alene lenger. Han flyttet fra eneboligen sin, først til en gruppebolig for en kort periode, deretter inn på en skjermet enhet for personer med demens på Namsos sykehjem.

– Han er jo fortsatt ung, så for meg er det trist å tenke på at det ikke fungerte med gruppeboligen. De hadde ikke kapasitet til å følge etter ham da han vandret i vei på egenhånd, og våget



FINT ROM: Tore Mohrsen viser gjerne frem den flotte utsikten fra rommet sitt på Namsos sykehjem.



VANSKELIG: Tore Mohrsen begynte å vise tegn på kognitiv svikt da han var 61 år gammel.

vel heller ikke å la ham gå, for å se hva som ville skje. Tore blir ikke bedre av å tilbringe det meste av døgnet på sykehjemmet i selskap med folk som er så vidt mye eldre og skrøpeligere enn ham, sier Oddbjørg. Hun er derfor ekstra glad for det arbeidstilbudet Tore har fått ved MN Vekst.

– Jeg vet ikke hva Tore tenker om det tilbudet han har fått. Men han har godt av å komme seg ut av sykehjemmet litt, og så lenge han virker fornøyd regner jeg med at alt er bra. Jeg vil gjøre alt jeg kan for at ordningen blir videreført.

Individuelt tilrettelagt

Robert Skjærvik er avdelingsleder for den ene av de to skjermede enhetene for personer med demens ved Namsos sykehjem. I hver av enhetene bor det 12 personer.

– Vi prøver å stimulere pasientene både kognitivt og fysisk ut fra nivået de er på. Finne deres ressurser, og med det som mål gi alle god omsorg, trygghet og en best mulig hverdag, i rolige omgivelser, sier han.

Aktivitetsnivået varierer fra dag til dag og fra pasient til pasient.

– Vi har fokus på å «leve i nuet», skape gode situasjoner og øyeblikk. Ellers prøver vi å få folk som profiterer på det ut i frisk luft. Vi har ei arbeidsstue, der vi spiller musikk og driver med ulike aktiviteter. Men for Tore var det tydelig at dette ikke ble nok. Han er mye yngre enn de andre

beboerne og har nok ikke så mye til felles med dem. Vi så derfor etter andre aktivitetstilbud. Tore har blant annet vært med i den kommunale transporttjenesten. Da avtalen om arbeidspraksis i MN Vekst ble utarbeidet ble vi svært fornøyd, for da visste vi at Tore kom til å få mye av den stimulien han trenger.

God følelse av mestring

Ett år etter at Tore Mohrsen dro på jobb for første gang, ser Robert Skjærvik og de andre ansatte på avdelingen tydelige tegn på at han profiterer på ordningen.

– Det vistes så godt, særlig i starten. Han har godt av å komme ut fra sykehjemmet litt, og vi ser at han er roligere og mer fornøyd når han har vært på jobb. Det er også mye enklere for ham å stå opp om morgenen nå. Jeg føler meg trygg på at tilbudet gir Tore en god følelse av mestring og flere meningsfylte dager. Helt A4 er ordningen riktignok ikke. I utgangspunktet har ikke sykehjemmet penger til å finansiere en slik ordning. I samråd med sjefen min har vi heldigvis klart å finne midler så langt, vi har blant annet fått en «snill» pris på tilbudet fra MN Vekst, forteller Robert Skjærvik.

Som fisk i vann

To ganger i uken blir Tore derfor hentet av Gunnar Kaspersen, Tores svoger, kamerat og støttekontakt, for å gå på jobb. De er i tillegg med på Trim for

eldre i svømmehallen en gang i uka. Tore er som fisken i vannet og stortrives i det våte element. Før Tore ble syk var han også svært fiskeinteressert.

– Men fisketuren som vi forsøkte å ta Tore med på for en tid siden vakte ikke samme positive respons, forteller Oddbjørg.

Når vi spør Tore om hans tidligere fritidsinteresse lyser han likevel opp og forteller med iver i stemmen:

– Om jeg har fisket, ja? Torsk og hyse i alle år. Jeg pleide å sette garn. Jeg kunne godt tenke meg heim igjen en tur, ja!

Svoger så muligheter

MN Vekst er en vernet bedrift som eies 100 prosent av Namsos kommune. Bedriften ble etablert som en del av HVPU-reformen, men henvender seg i dag til flere arbeidstakergrupper. Her kan folk få arbeid med bistand og tilrettelagt arbeidstrening. Bedriftens kompetanse blir også brukt til kartlegging og oppfølging av arbeidstakere, i samarbeid med NAV. MN Vekst hadde i fjor cirka 20 millioner kroner i omsetning, og har de siste årene gått med et overskudd på 400 000–1,5 millioner kroner.

– Tores tilbud er en følge av en avtale vi har med Namsos kommune om direktekjøp av plasser, på siden av NAV-ordningene. Vi får 2 000 kroner fra sykehjemmet hver måned for å ha Tore i arbeid seks timer hver uke, forteller daglig leder i MN Vekst, Kåre Ålberg.



STYRKE: – Det er vår jobb å finne en produksjon som appellerer til folk, sier daglig leder i MN Vekst, Kåre Ålberg.



TRIVES: – Ikke så rart at Tore trives, for han har jo jobbet med tre hele livet, smiler lillesøster Oddbjørg Mohrsen.

Det var Tores støttekontakt og svoger Gunnar Kaspersen, som tok med seg Tore til den vernede bedriften. Han så sin svogers ressurser og han var også en pådriver for ordningen.

Bedriftslederen kjente Tore fra før han ble syk, da de er fra samme geografiske område.

– Jeg syntes at det ville være for galt dersom han ikke skulle få brukt sine ressurser. Og så var vi heldige; Det ble 100 prosent kobling med en gang, sier han.

En kløpper med tre

For Kåre Ålberg er det fantastisk å se hvordan Tore behandler materialene.

– Han har det i fingrene og det er nesten som en kjærlighetsberøring hver gang han tar i ei ny list. Da er også effektiviteten stor. Én utfordring har vi likevel. Tore er en omgjengelig kar, og så lenge han får gjøre det han liker, går det veldig unna. Han er samtidig svært selektiv. I perioder med få malingsoppdrag har vi spurt om han kunne jobbe litt

med ved i stedet, eller gjøre andre ting her i bedriften. Men da synker interessen ganske raskt. Snart vandrer han rundt i stedet, for å snakke med folk og studere de andres arbeid.

Kåre Ålberg har aldri tidligere hatt en person med kognitiv svikt i arbeid, men stiller seg likevel åpen for liknende løsninger, dersom behovet skulle dukke opp.

– Det er jo nettopp slike oppdrag en vernet bedrift finner spennende; Å finne produksjon som appellerer til folks interesser. Jeg blir mer og mer skeptisk til fastlagte ideer om hva vi mennesker har behov for. Vi må ta oss tid til å lete for å finne hver enkelts stemme. Jeg pleier i den forbindelse å sitere tidligere arbeids- og administrasjonsminister Viktor Norman, som er styreleder i MN Vekst. Han vet bare om én plass der folk ikke har restarbeidsevne, og det er på kirkegården. Vi har så lett for å tenke standardisert og lar altfor mange tilbringe dagene sine på en institusjon. Jobb er et godt alternativ for mange. Som én sier: Hvis livet skal ha en mening må jeg ha noe å gå til. Jeg kan derfor anbefale andre å prøve noe liknende – uten tvil!



UTENFOR SKJEMA: For avdelingsleder Robert Skjærvik er det tydelig at Tore Mohrsen profiterer på arbeidsordningen. – Men tilbudet ligger ikke innenfor våre ordinære budsjetter, så helt enkelt er det ikke å få tilbudet til å gå i hop, medgir han.

Kurs & konferanser 2012

MERITTERENDE KURS HØSTEN 2012

Dato	Tema	Sted	Påmeldingsfrist
15. okt.	Konferanse – Tilbud til yngre personer med demens og deres pårørende	Oslo	10. sept.
15.-17. okt.	Geriatrici – Basiskurs	Trondheim	10. sept.
17. okt.	Angst og depresjoner	Hamar	10. sept.
24. okt.	Geriatrici for sykehusansatte	Oslo	19. sept.
29.-30. okt.	Temakurs for leger – Legemiddelbruk hos eldre	Oslo	24. sept.
5. nov.	Etablering og drift av demensteam	Oslo	2. okt.
6. nov.	Utredning av demens i kommunehelsetjenesten	Oslo	1. okt.
15.-16. nov.	Konferanse for Hukommelsesklinikker	Oslo	10. okt.
16. nov.	Konferanse – Dagtilbud som en del av et helhetlig omsorgstilbud for personer med demens	Oslo	10. okt.
4.-5. des.	Demensdagene 2012	Oslo	24. okt.

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



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

For påmelding og mer informasjon:

www.aldringoghelse.no

33 34 19 50 – post@aldringoghelse.no



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

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



tidsskriftet@aldringoghelse.no

22 11 77 28 / 922 96 251

www.demensogalderspsykiatri.no



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

**3
for
2**



Merk av i kalenderen!

Demensdagene 2012

4.-5. desember

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

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



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Leon Jarners Forskningspris 2012

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

Leon Jarners forskningspris deles ut under Demensdagene.



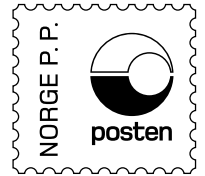
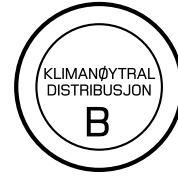
Retningslinjer for publisering i Demens&Alderspsykiatri

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

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

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

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



Demens&Alderspsykiatri

D&A går i dybden – og i bredden

Kommer:

- Alderspsykiatri på somatiske sykehus
- Hvordan utnytte eldres ressurser og behandlingspotensial
- God demensomsorg – et spørsmål om ledelse

www.demensogalderspsykiatri.no
tidsskriftet@aldringoghelse.no

ISSN: 0809-3520

Medlem av



Demens&Alderspsykiatri utgis av



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

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

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

post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no