



Kultur i omsorg for personer med demens På tvers av generasjoner

side 24

s 4



Hele Norges
demensdoktor

s 13



Berøring av
føtter ga ro

s 19



Musikk økte
motivasjonen

s 30



Leteaksjoner
kan unngås

Redaktør:

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

Redaksjonssekretær:

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

Ansvarlig redaksjonskomité:

Øyvind Kirkevold, professor, dr.philos,
 Nasjonalt kompetansesenter for aldring
 og helse
Harald A. Nygaard, prof. em. NKS
 Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS
Geir Selbæk, psykiater, ph.d.
 forskningsleder, Sykehuset Innlandet HF
Anne Marie Mork Rokstad, sykepleier,
 stipendiat, Nasjonalt kompetansesenter
 for aldring og helse
Bernhard Lorentzen, avdelingsoverlege,
 Diakonhjemmet sykehus, Alderspsykia-
 trisk avd.
Torhild Holthe, forsker/ergoterapispes.,
 Nasjonalt kompetansesenter for
 aldring og helse.

Fagartikler sendes til
 bente.wallander@aldringoghelse.no

Vitenskapelig redaksjon:

Sverre Bergh, cand.med, ph.d.,
 postdoc-stipendiat, vit. red.
Øyvind Kirkevold, professor, dr.philos,
 vit. red.
Geir Selbæk, psykiater, ph.d.
 forskningsleder
Knut Engedal, professor dr.med.

Vitenskapelige artikler sendes til
 fagredaktor@aldringoghelse.no

Abonnement:

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 22. august 2013.

Fagpressen



Demens & Alderspsykiatri

vol. 17 • nr. 3 • 2013

- 4 Folk i fokus: Knut Engedal
- 9 Kommentar til kronikken
 «Det hellige i medisin og omsorgsfag»
Geir Winje
- 11 VIPs praksismodell
Janne Røsvik
- 13 Erfaringer med fotberøring som miljøtiltak
 ved søvnforstyrrelser hos personer med
 demens
Ellen Elisabeth Hervold
- 17 Fremtidens alderdom og ny teknologi
Turid Berg Mandal
- 19 «Kan musikk være et tiltak som beroliger
 personer med demens i sykehjem?»
Raj Rani Gupta
- 24 Unge bevegelser vekker gamle minner
- 27 Å benytte støttekontakter
 i demensomsorgen
Aud Johannessen, Ulrika Hallberg, Anders Möller
- 30 Personer med demens går seg vill
 Mange aksjoner kan unngås
- 34 Aktuelt:
 – I front for TV-høstens demensaksjon
 – 100 millioner dollar til demenstiltak
 – Dansk app: Viden om demens
- 35 Gyldne toner
- 38 Informasjon
- 41 Retningslinjer for publisering av
 forskningsartikler i D&A



Forsiden:
 Thea Fagstad, lille Hedvik
 og Christian Huse på Søre Ål
 bokollektiv for personer med
 demens.
 Foto: Bente Wallander





Bevegelser i tiden

Øpplevelser med sang, dans og musikk kan påvirke hverdagen til personer med demens. Kulturelle tiltak beveger, både bokstavelig og billedlig, og kan gi økt livskvalitet. De kan også bidra til å fremkalle slumrende minner. På dette området er det gode muligheter for å oppfylle politikernes mål om økt frivillig innsats i omsorgen for personer med demens.

Godlyd for noen kan i andres ører fortone seg som ulyd. Personsentrert omsorg er noe annet enn å følge alle beboerne fra avdeling A inn på stua for en konsert med *De nære ting*. Det er å håpe at det blir flere festivaler på sykehjemmene i tiden som kommer. Og dans. Med mangfoldet kommer mulighetene for at tonene slår an en streng hos flere.

Ny teknologi kan aldri erstatte menneskelig omsorg, men den kan berike fremtidens alderdom. Bruk av sporingsteknologi kan gi personer med demens følelsen av større frihet og gi pårørende og omsorgsansatte færre bekymringer. Mange personer med demens går seg bort hvert år, noen kommer aldri hjem i live. Sjansene for å overleve synker, jo lengre tid som går. Beredskapsleder Erlend Aarsæther fra Norsk Folkehjelp anbefaler derfor institusjonene å utarbeide en beredskapsplan for savnet person. Gode rutiner sikrer raskere gjenfinning.

Bente Wallander

bente.wallander@aldringoghelse.no



GJESTFRI: Knut Engedal omtales som en raus og gjestfri kollega, med unike egenskaper til å knytte folk og fagmiljøer sammen. Her ønsker han velkommen til familiens torp i Värmland.

Bente Wallander (tekst og foto)

Hjernen bak

Knut Engedal endret nordmenns oppfatning av demens.

Symptomer som for 20 år siden ble avfeid som en naturlig del av aldringen, diagnostiseres nå som sykdom.

Knut Engedal har gjennom en årrekke satt fokus på aldrende hjerner, både i norsk og internasjonal sammenheng. Professoren har vært en pionér i utviklingen av utredning og diagnostikk av personer med demens, og en solid støtte-spiller for deres pårørende, uansett hvor i landet de trenger en foredragsholder. Siden 80-tallet har han også vært primus motor for norsk demens- og alders-psykiatrisk forskning.

Professorens eget hode hevdes av flere å være minst én studie verdt:

«Hjernen til Knut må være helt merkelig! Han har liksom et system der inne; et kart som gjør ham i stand til å koble

folk sammen etter hva de driver med. Det gir ham en oversikt over feltet som er helt unik.»

– Har du utforsket din egen hjerne?

– Ha ha! Nei, men jeg tok en personlighetstest som en del av utdannelsen i psykiatri. Resultatet var overraskende. Testen var lagt opp slik at vi skulle ende opp i én av fire mulige kvadranter, men én student havnet utenfor alle felt og det var meg. Folk skulle vel ikke være både kreative og systematiske på én gang. Jeg tror at jeg er begge deler, og passet ikke inn noe sted.

– Det sies at du kan finne på å ta betalt i sokker?

– Ja, jeg har i mange år nå undervist en pårørende forening på Årnes for et honorar på ett par hjemmestrikkede sokker.

Alltid på arbeid

Om den spesielle koblingen forklarer alt, skal ikke påstås, men Knut er mer effektiv enn de fleste. Han har skrevet flere lærebøker og forfattet, eller bidratt til, mer enn to hundre vitenskapelige artikler. Han har vært hovedveileder for 11 doktorgradskandidater som har fullført sin PhD-grad, har fortsatt veilederansvar for fire stipendiater og er medveileder for ytterligere 12 kandidater.

Han omtales av alle som har hørt ett av hans utallige foredrag som en glimrende formidler. «*En vitenskapsmann som snakker så alle kan forstå, uansett hvor kompliserte temaene er og hvilken bakgrunn lytteren innehar.*»

Sender du en e-post til ham får du som regel svar i løpet av fem minutter, og stipendiater, som en sein kveldsøkt har sendt et utkast til en artikkel til Knut og håpet på noen rolige dager før tilbakemeldingen, har fort erfart at den som oftest kommer i retur før frokost dagen etter.

– Jeg er alltid på jobb, det er derfor jeg får gjort så mye. Det er noe jeg har med fra min mor. «Gjør det med en gang, Knut, ikke vent!», sa hun alltid. Jeg sover lite, trenger ikke mer enn cirka fem timer søvn hver natt, så ved frokost-tider har jeg allerede jobbet noen timer.



Det er det samme på reiser, jeg blir ikke stresset av å ha laptopen med, 500 ubesvarte mailer etter ferien ville ha stresset meg mye mer. Jeg har et system, forstår du, med to mapper. Den ene er merket *Arbeid*, på den andre står det *Avventer*. De som havner i den siste kan få ligge til skoleferien er over. Og ja, jeg er nok systematisk også privat. Når jeg lager mat, for eksempel: Når maten er ferdig er alt borte, ikke noe søl. Min ene sønn er prikk lik, når vi to står på kjøkkenet sammen er det blikk blank (skinnende blankt) etter oss. Det kan nok stresser andre i familien!

Begynte i Bergen

Knuts foreldre bodde i Bergen da han så dagens lys i 1946. Etter endt realskole og artium reiste han i 1965 til den tyske universitetsbyen Heidelberg for å studere medisin. Her møtte han også henne som allerede er presentert som Knuts kone, som senere ble mor til deres tre barn; Mechtild.

Turnustjenesten tok han i Arendal, deretter jobbet han i flere år som distriktslege, først i Fjell kommune utenfor Bergen, så i Austevoll. Knut spesialiserte seg i allmennmedisin mens han jobbet ett år som allmennlege i Bergen. Etter en periode som sykehjemsoverlege i Oslo, på Lambertseter og Lille Tøyen, fikk han i 1983 en stipendiatstilling. Det var da han innledet sin demensforskning. Fra 1981 til 1987 arbeidet Knut ved ulike alders- og voksenpsykiatriske avdelinger på Ullevål, Gaustad og Dikemark sykehus.

– Jeg fikk stipend takket være et halvt års erfaring fra en psykiatriske post på Ullevål, og gjorde først en oppgave sammen med min mentor, professor Knut Laake. Da vi ble tildelt Hans Majestet Kongens Gullmedalje i 1984 for besvarelse av oppgaven¹, syntes jeg at jeg kunne fortsette å forske. Opprinnelig hadde jeg tenkt å satse på geriatri, men

LANDKRABBE: Knut Engedal trives ved sjøen og er en habil svømmer. Men erfaringene fra tiden som distriktslege ved de 667 øyene i Austevoll til tross; Han er ingen sjømann. – Båtene ved brygga er bare til barnebarns bruk!

Navn	Knut Engedal
Alder	67 år
Familie	Gift med Mechtild. De har tre barn og åtte barnebarn
Bor	Oslo
Stilling	Professor dr.med, Oslo universitetssykehus Ullevål. Fag- og forskningssjef ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Knut Laake mente at jeg burde satse på psykiatri, siden demens var faget mitt, så det gjorde jeg, forteller han.

Dette sporet har Knut senere fulgt. Doktorgraden som han forsvarte i 1990, hadde tittelen *Mental impairment in old age: Studies on diagnostic tools, epidemiology, and treatment through a day-care programme*. I 1994 ble han spesialist i psykiatri og fra 1994 har han vært professor i alderspsykiatri ved Oslo universitetssykehus Ullevål.

Fruktbart samarbeid

I disse årene skjedde det mye i flere fagmiljøer. Fra Norsk gerontologisk institutt i Oslo hadde det allerede i 1982 kommet en forespørsel om samarbeid.

– Da møtte jeg for første gang psykolog Arnfinn Eek fra Granli senter i Vestfold, som skulle gjøre en undersøkelse om demens i tidligere Sem kommune. Vi, det vil si våre mentorer professor Knut Laake og psykolog Aase-Marit Nygård, ble enige om at psykolog Per Kristian Haugen (NGI) og jeg skulle gjøre det samme i Oslo, og denne forskningen ble en del av mitt doktorgradprosjekt. Aase-Marit, Arnfinn og Per Kristian var den gang tilknyttet Norsk gerontologisk institutt.

– Da utredningsavdelingen på Granli ble åpnet i 1986 med prosjektstøtte fra Sosialdepartementet, flyttet Per Kristian og Arnfinn dit, mens jeg ble igjen i Oslo. I 1990 kom så det statlige utviklingsprogrammet om aldersdemens, som Aase-Marit fikk lederansvaret for. Jeg ble leder for styringsgruppen og vi samarbeidet i denne perioden tett med miljøet på Granli. Fra 1992 til 1995 ledet jeg også et program om alderspsykiatri, hvor Aase-Marit var medlem av styringsgruppen.

1) Provision of health care for the elderly. Laake og Engedal UiO 1984.

Kobleren Knut

Evnene til å koble folk og temaer sammen, gjentas av flere kolleger som noe av det mest geniale ved Knut.



VARM GLEDE: Knut elsker å lage mat og holder orden også på kjøkkenet. Her ved torpets fine gamle komfyr.

«Før Knut begynte hos oss ved den gamle geriatrike avdelingen på Ullevål, pleide de ulike yrkesgruppene å sitte hver for seg i pauserommet. Legene satt ved ett bord, mens hjelpepleierne og sykepleierne hadde sine bord. Knut endret dette mønsteret. Han trakk alle slags folk sammen, uansett fagbakgrunn, og bordet som han spiste ved ble etter hvert et svært attraktivt og tverrfaglig samlingspunkt.»

– Det er viktig å koble folk sammen. Det finnes jo så masse dyktige folk. Min mentor Knut Laake var også sånn, han tok alltid alle med, forklarer Knut.

Knut sies samtidig å være en pragmatisk person, som heller vil løse enn å ta en konflikt.

«Han er ingen bølge. Det finnes ingen antydning til bølge der en gang. Nei, Knut tar vare på folk og gir dem nye sjanser.»

– Jeg er glad i å samarbeide med andre, ja, og ikke så glad i konflikter. De stjeler så mye energi, samtykker han.

Lykkelig kombinasjon

Internasjonalt har det alderspsykiatriske fagfeltet de siste 30 årene vært preget av demens. Knuts alderspsykiatriske forskning har dreid seg mye om dette temaet, men også om depresjon hos gamle og om kombinasjonen demens og depresjon.

– For ganske få år siden ble demens ansett som en naturlig del av alderdommen. I Danmark hadde man flere steder ideen om at demens skyldtes understimulering og dårlig pleie på sykehjemmene. Dette varte ved helt til på 80-tallet. I Sverige har man imidlertid alltid snakket om demenssykdommer. Det tok noen år før oppfatningen av demens som en sykdom ble rådende, i Norge, så vel som internasjonalt. Først med denne forståelsen kom dette med utredning og diagnostikk opp, noe jeg har vært spesielt opptatt av. Jeg synes at alle fortjener å få vite hvilken sykdom de har fått.

Parallelt kom også forskning på tiltak som kan hjelpe personer med demens i gang. Hva slags omsorg kan man gi for å gjøre livet bedre for dem og deres pårørende?

– Kompetansesenterets idé var i så måte svært god: Vi skal drive forskning, utvikle gode tiltak og implementere dem. Vi sprer informasjon og underviser. Min konklusjon er at vi har lyktes ganske bra med dette. Det er lett å kjøre seg inn på ett spor, men som forskere må vi holde øynene åpne i alle retninger. Kompetansesenterets styrke er at vi har gjort flere ting samtidig. «Firerbanden», bestående av Aase-Marit, Arnfinn, Per Kristian og meg, viste seg jo også å være en lykkelig kombinasjon, fastslår Knut.

OM KNUT**Fra Knut Engedals karriere**

Knut Engedal har fått flere priser for sitt arbeid. Deriblant:

- ♦ *Hans Majestet Kongens Gullmedalje*, Universitetet i Oslo (1984)
- ♦ *Demensprisen*, Oslo fylkeslag i Nasjonalforeningen for folkehelsen (2003)
- ♦ *Ærespris fra Civitan Norges Forskningsfond for Alzheimers sykdom* (2004)
- ♦ *Sohlbergs Nordiske Pris i Gerontologi* (10 000 Euro, 2006)
- ♦ *Hjelpestikkeprisen* (Swedish Match) for demensforskning (250 000 kr, 2007).

Internasjonalt samarbeid har vært en viktig del av hans vitenskapelige virksomhet. Blant prosjektene kan nevnes:

- ♦ *EURODEM* – Gjennomført i samarbeid med professor Rocca (Firenze) og professor Hofman (Amsterdam)
- ♦ *The family Impact study* – en nordisk studie om behandling av Alzheimers sykdom.
- ♦ *ENABLE* – (Enabling technology in persons with dementia). Prosjektleder av det EU-finansierte forskningsprosjektet *Nye hjelpemidler for personer med demens* (5th frame programme Quality of Life) med deltakere fra Irland, England, Finland, Litauen og Norge.
- ♦ *Deltakelse i nasjonal arbeidsgruppe i det svenske kunnskapssenteret for helsetjenesten* (SBU) for å

Både hodet og beina

«Det er ikke bare hodet med Knut. Han har det også i beina og nevene...»

Intervjuet finner sted på Knuts og hans kone Mechtilds fristed de siste 15 årene, et idyllisk beliggende torp rett utenfor Arvika i Sverige. Den 17 mål store tomta bærer preg av eiernes kjærlighet til stedet. Eiendommen omkranses av skigarder. Innenfor gjerdet trives frukttrær, bærbusker og sommerblomster. Paret har også anlagt en gressbevokst gangsti fra den «røde stugan» ned til Nysockensjøen. Knut trives ved sjøen og er en habil svømmer. Men erfaringene fra tiden som distriktslege ved de 667 øyene (inklusive alle holmer og skjær) i Austevoll til tross; han er ingen sjømann.

– Båtene ved brygga er bare til barnebarnas bruk! For meg ville det ha vært grusomt å bo i en båt mer enn ett døgn. Hva skulle jeg finne på å gjøre der?

Underveis i samtalen dukker Mechtild opp for å servere en flott sommerkake med masse deilige bær fra egen hage.

– Det går rykter om at du også er en kjempeflink kokk?

– Jeg lager middag. Mechtild lager kaker. Sånn er fordelingen.

– Er du glad i å spise også?

– Ja da, jeg spiser med glede både middag og kaker.

Lei vedlikehold

Knut og Mechtild dyrker grønnsaker til eget bruk. De sirlig ordnede toppkulturbedene yter villig tilbake og mellom de frodige nyttevekstene finner man fargerike, nyttige blomster.

– Vi høster til eget bruk på sommeren. Nåja. Det blir litt igjen til vinteren og. Jeg liker å arbeide praktisk, og har alltid gjort mye selv, ikke minst her på torpet. Men jeg er ingen stor snekker, på det området er Arnfinn (Eek, red. anm.) mye bedre.

«Knut liker å pløye ny mark. Men han vil nok ikke være der altfor lenge.»

– Jeg liker å hoppe videre, ja. Når ting begynner å smake vedlikehold, da er jeg ikke så glad i å være med lenger. Nei, når ting går av seg selv har jeg ikke så mye mere der å gjøre. Da er det ikke noe spennende lenger. Jeg har ikke noe forhold til bare å skulle slappe av.

Verdens beste demensomsorg

– Er det saken eller jobben du brenner for?

– Kanskje begge deler? Jeg tror ikke jeg hadde trivdes like godt i et miljø der ideen er å tjene mest mulig penger. Det er ikke tilfeldig hvem som ender i omsorgsyrkene. Det har blant annet med evnen til å føle takknemlighet å gjøre. Folk som meg havner helst i helsevesenet, læreryrket eller ender opp som prest.

– Hva er mest frustrerende?

– Faglig, at vi ikke har god nok behandling å tilby folk som får demens. Vi kan gi omsorg, trøst, gode råd og litt piller. Det mistrøstige er at vi ikke kan endre utfallet. Utfordringen er å finne et legemiddel som kan stoppe, eller forsinke, prosessen, slik at man ikke ender opp med fullstendig sammenbrudd, som nå. Men det finnes en rekke gledelige trekk. Det har skjedd utrolig mye i



KOKKEN: Knut er glad i, og opptatt av matlaging. Jeg lager middag og Mechtild baker kaker. Sånn er den fordelingen!

utarbeide en evidensbasert oversikt over diagnostikk og behandling av demens.

- ♦ *Forskningssamarbeid med Psykiatrisk institutt ved Universitetet i Rio de Janeiro, Brasil.*

Knut Engedals undervisningsvirksomhet er omfattende. Han har

- ♦ siden 1984 holdt vel 100 foredrag hvert år for allmennpraktikere, spesialister og sykepleiere. Temaer har vært demens, depresjon og psykoser i eldre år
- ♦ i årene 1984-1994 vært foreleser for medisinske studenter i alderspsykiatri ved Universitetet i Oslo
- ♦ fra 1990 organisert årlige kurs om demens for spesialister og allmennpraktikere

- ♦ siden 1994 vært professor i alderspsykiatri ved Universitetet i Oslo.

Undervisningslitteraturen har han ofte bidratt til selv:

- 1) Engedal K, Haugen PK. Aldersdemens – fakta og utfordringer
- 2) Engedal K. Urunde hjul – alderspsykiatri i praksis
- 3) Snoek J, Engedal K. Psykiatri (for sykepleiere)
- 4) Engedal K, Wyller TB. Aldring og hjernens sykdommer
- 5) Knut Engedal har i tillegg skrevet enkeltkapitler i 10 ulike lærebøker om demens og depresjon i eldre år, åtte rapporter om ulike alderspsykiatriske temaer og vært redaktør for sju rapporter om demens og alderspsykiatri.

demensomsorgen de siste årene. Det generelle fokus har økt, men når gjenombruddet kommer er det umulig å si noe om. I første omgang må vi tenke forebyggende tiltak og kanskje leve sunnere. Folk med demens lever i dag et bedre liv med sykdommen. Du møter ikke så mange forkomne sjeler lenger. Det har skjedd noe ute i primærhelsetjenesten også. Sett i et internasjonalt perspektiv har vi heller ikke mye å klage på. Standarden på helse- og omsorgstjenester til personer med demens er en helt annen i utlandet enn her hjemme. Nordeuropeiske land har den klart beste omsorgen.

Da jeg var distriktslege i Austevoll, en kommune med 4 000 innbyggere, var det til sammenlikning bare én ansatt i hjemmesykepleien. I dag har de sikkert en hel haug. *(Samla tjeneste hjemme-hjelp og hjemmesykepleie: 24,5 årsverk fordelt på cirka 42-43 personer. Red. anm. Kilde: Kjersti Söderberg, leder.)*

Demenslegen

Knut var med på å starte den første hukommelsesklinikken i Norge i 1990 og hadde i årene fra 1991 til 1997 en 60 prosent stilling ved Hukommelsesklinikken på Ullevål sykehus, men i 1997 måtte han redusere sin praksis på grunn av opprettelsen av Kompetansesenteret. I en periode ble det da slik at Knut nesten bare hadde pasienter med kjendisstatus. Norske aviser og tv-stasjoner begynte samtidig å kontakte ham når de skulle skrive om temaer relatert til demens eller alderspsykiatri. Han ble selv landets mest kjente demenslege.

– Det begynte litt tilfeldig med at de andre ikke var så interessert i disse pasientene. Så ble det vel sedvane i noen år. Men nå er det ikke slik lenger, understreker han.

Sin egen hukommelse har han som nevnt ikke testet. Samarbeidspartnere som har sett hvordan Knut har grepet en tilfeldig lapp på bordet for å notere en avtale noen måneder frem i tid, har nok noen ganger tenkt at «Dette glemmer han vel.» Men Knut kommer.

– Jeg glemmer ikke. Nei, jeg gjør ikke det! Er vel kanskje litt pliktoppfyllende også? Jeg ville i hvert fall kjedet meg i en ni til fire-jobb. I Bergen hadde jeg egen

praksis i et års tid. Det var kjedelig – tvers igjennom! Jobben ved Kompetansesenteret har passet meg så bra. Jeg har hatt frihet til å gjøre det jeg har villet, det er derfor jeg har jobbet så mye. Det oppleves sikkert for mange som litt paradoksalt at jeg nå skal gi fra meg ansvaret som fag- og forskningsleder. Vi har det siste året fått mye friske prosjektmidler og jeg har det spennende og veldig morsomt på jobb. Men, tiden kommer for alle at man skal slutte og andre skal overta. Akkurat nå er jeg svært glad for at Geir (Selbæk red. anm.)

skal overta min jobb og føre arbeidet videre. Det har vært moro hele tida. Vi har ekspandert og funnet ut nye ting i en periode da det både har vært økning i forekomsten av demens og økt mediefokus på disse sykdommene. Det er kjekt at andre vil ta dette arbeidet videre.

Som pensjonist tror jeg ikke at jeg vil jobbe så mye mindre enn før, men det blir nok på en annen måte. Jeg har forresten fått en ny jobb allerede, som leder av Regional etisk komité (REK) sør-øst A.



GRØNN INTERESSE: Knut viser med glede frem årets grønnsaksavling.



Geir Winje, førstelektor, Religion, livssyn og etikk
Høgskolen i Vestfold



Faksimiler av Eivind Melands kronikk «Det hellige i medisin og omsorgsfag» i D&A nr. 4-2012 (t.v.) og Odd-Roe Skogens kommentar til samme i D&A nr. 2-2013.

Om «det hellige»

Kan «det hellige» overføres fra en religionskontekst til en helsekontekst, slik Eivind Meland argumenterer for i artikkelen «Det hellige i medisin og omsorgsfag»? Svaret er selvsagt ja, men et motspørsmål er: Hvor vellykket er det? Jeg vil i det følgende belyse problemstillingen fra et religionsfaglig ståsted, først ved å gjøre kort rede for begrepet «hellig», deretter ved å se begrepsbruken i sammenheng med senmoderne religiøsitet.

Opp gjennom religionsvitenskapens historie har begrepet «hellig» vært en viktig nøkkel i forsøkene på å forstå ulike religioner og religiøse uttrykksformer. En klassisk definisjon av «det hellige» som overordnet kategori ble lansert av den tyske teologen Rudolf Otto i *Das Heilige* (1917). Han identifiserte enkelt sagt «det hellige» som «det numinøse» (jf. latin *numen*, som kan brukes om guddommelig kraft og nærvær), og hevdet at det numinøse kjennetegnes ved at det samtidig virker både skremmende (*tremendum*) og tiltrekkende (*fascinans*).

Otto tilhørte, i likhet med svenske Nathan Söderblom og norske Sigmund Mowinckel, den første bølgen av teologer som søkte forståelse for både egen og andres religion ved å sammenlikne dem. Det viktigste religionshistoriske bidraget kom med rumenske Mircea Eliade, som inspirert av Émile Durkheim ga ut *Det hellige og det profane* i 1957. Enkelt sagt forsto Eliade religion som menneskets respons på ulike manifestasjoner av «det hellige». Senere er tematikken belyst og nyansert mange ganger, også i andre fagmiljøer, men en kommer liksom

ikke utenom Otto, Eliade & co – enten en godtar eller avviser synspunktene deres.

Et mye brukt eksempel på hvordan «det hellige» manifesterer seg som numinøst, er fortellingen om da Moses møtte Gud i en brennende busk (Andre Mosebok kap. 3): «'Kom ikke nærmere! Ta skoene av føttene! For stedet du står på, er hellig grunn (...) Jeg er din fars Gud, Abrahams Gud, Isaks Gud og Jakobs Gud.' Da skjulte Moses ansiktet, for han var redd for å se Gud». Et annet eksempel er fortellingen om da Muhammed, som var analfabet, mottok den første av mange åpenbaringer som etter hvert skulle bli til Koranen. Ifølge sunna (islamsk tradisjon) beordret engelen Gabriel ham tre ganger å lese skrift han ikke forsto, og hver gang klemte engelen ham så hardt at Muhammed ble livredd. Et tredje eksempel er hvordan «det hellige» i mange religioner kommer til uttrykk som *tabu*, for eksempel i totemdyr som både truer og beskytter dem som «tilhører» det. «Det hellige» er altså både farlig og livgivende på én gang.

Forestillingen om «det hellige» får på mange måter sin mening fra «det ikke-

hellige». Den forutsetter en form for dualisme, noe som tydeliggjøres i et latinsk begrepspar som *sanctum* (satt til side, det vil si plassert inne i helligdommen) versus *profanum* (utenfor helligdommen). Tilsvarende gir begrepet *saecularis* (time-lig, i tiden, verdslig, i verden) mening til *sacer* (hellig), som karakteriserer det evige og det hinsidige. Det norrøne *heilagr* og gammelengelske *hālig* kan, i likhet med begreper som «hel» og «helse», føres tilbake til germansk *halla* (lykke [bringende]). Felles for alle disse ordene er at de korresponderer med ideen om «det hellige» som noe opphøyd – i motsetning til noe ikke-opphøyd. Forestillingen er dermed diskriminerende (jf. latin *discernere*: kunne skjelne mellom, atskille).

Det finnes selvsagt religioner som ikke aksepterer slik dualisme. 1700-tallets kvekere var en kristen protestbevegelse som forsto alt som like hellig. De hadde derfor verken prester, ritualer, sakramenter eller kirkebygg. Og da Martin Luther giftet seg med en eks-nonne, var det blant annet for å markere at den sølibatære presten ikke sto nærmere Gud enn den vanlige borger. Også i helt nye religioner finner vi forsøk på å bygge ned hierarkier basert på grader av hellighet. I «hekserreligionen» *wicca* arbeides det for eksempel med å etablere kroppen som like hellig som sjelen eller ånden, jorda (Moder Jord, Gudinnen) som like hellig som himmelen (Gud), og det dennesidige (i motsetning til det hinsidige) som religionens domene. Det mest radikale forsøket på å redefinere «det hellige» jeg kjenner til, ble gjort av Alan Ginsberg i *Footnote to Howl* i 1956.

Hva er så poenget med å bruke «hellig» i en helsediskurs? Jeg har tre hypoteser: Ifølge den første hypotesen følger

artikkelen opp noen av tankene i kapittel 25 i Matteusevangeliet (Jesu avskjedstale til sine disipler). Det er en tale om dommedag, der Jesus poengterer at det er få som vil bli frelst: «(...) jeg var sulten, og dere ga meg mat; jeg var tørst, og dere ga meg drikke; jeg var fremmed, og dere tok imot meg; jeg var naken, og dere kledde meg; jeg var syk, og dere så til meg; jeg var i fengsel, og dere besøkte meg.» Når Gud eller Messias identifiserer seg med syke og andre som lider, kan det gi mening å snakke om «det hellige» i forbindelse med lidelsen. Men jeg finner ingen holdepunkter for denne kristendomsorienterte hypotesen i artikkelen for øvrig.

Den andre hypotesen innebærer at begrepet «hellig» er ment retorisk eller metaforisk. Et ord som i utgangspunktet karakteriserer noe guddommelig, skal bidra til at leseren ser pasient og yrkesutøvelse med nye øyne (slik Albert Schweitzer gjorde da han hentet begrepet *Ehrfurcht* fra en religiøs diskurs og tok det i bruk i sitt humanistiske prosjekt, en etikk basert på prinsippet «Ærefrykt for livet»). Men «hellig» synes her å være noe mer enn en metafor.

Den tredje hypotesen baserer jeg på Melands påstand om at «det moderne prosjekt var preget av 'avfortryllelse', mens det senmoderne er preget av 'refortryllelse'». Ifølge en slik tankegang kan bruken «hellig» inngå i en strategi for å refortrylle tilværelsen og gi den tilbake et skjær av dypere mening. Artikkelen kan i så fall leses som et uttrykk for senmoderne eller alternativ religiøsitet, slik den skildres i blant annet *Kulturens refortryllelse* av Ingvild Gilhus og Lisbeth Mikaelsson ved Universitetet i Bergen. Dagens senmoderne religiøsitet er en

reaksjon på sekularisering (modernitet), men også på de organiserte religionene og deres maktstrukturer (førmodernitet). I mangel på et nytt og egnet språk brukes enkelte begreper fra de gamle religionene, for eksempel «yoga» eller «engel». Men selv om de tas ut av sine etablerte kontekster og settes inn i nye, eklektiske sammenhenger, blir nissen ofte med på lasset. Nissen er alle de før-demokratiske forestillingene og verdiene som kleber til de religiøse begrepene. Er det mulig for Märtha å holde på med sine egne engler uavhengig av religionene? Og kan en ta i bruk begrepet «hellig» uten (utilsiktet) å diskriminere alt det «ikke-hellige»?

Kan hende er det mer hensiktsmessig å unngå de religiøse begrepene og heller lete andre steder etter andre ord som kan få livet til å virke som noe mer enn det som kan formidles i et naturalistisk eller byråkratisk språk. I humanistisk tradisjon brukes for eksempel «verdighet», som (selv om det betyr noe annet enn «hellig») virker mindre problematisk enn «hellig». I den amerikanske uavhengighetserklæringen av 1776 ble menneskets verdi begrunnet i at det var skapt av Gud og i Guds bilde. Å begrunne menneskeverdet religiøst er imidlertid diskutabelt, blant annet fordi det kan åpne for gradering. Når Menneskerettserklæringen av 1948 ved hjelp av uttrykket *Inherent Dignity* begrunner menneskeverdet i mennesket selv, kan det innebære et problematisk skille mellom mennesker og ikke-menneskelige vesener. Samtidig gjør denne formuleringen det vanskelig for nissen å bli med på lasset.

■ geir.winje@hive.no

Demensdagene 2013

3.–4. desember

Merk av i kalenderen!

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

Program, praktiske opplysninger om pris, sted og påmelding se www.aldringoghelse.no



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter



Janne Røsvik, sykepleier, cand.polit., stipendiat
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

VIPS praksismodell

– personsentrert omsorg inn i rutinen på avdelingen

Det er nå tilbud om kurs i VIPS praksismodell for sykepleiere/ansatte ved alderspsykiatriske enheter og utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester. Målet er å lære deltakerne opp til å holde basiskurs i VIPS for kommunehelsetjenesten. Det trengs mer kunnskap om hvordan vi kan gi personsentrert omsorg i konkrete situasjoner. VIPS praksismodell gir dette.

Ganske mange kommuner har nå hatt noen av sine ansatte på kurs i VIPS praksismodell, kanskje best kjent som bare VIPS, i regi av Utviklingsprogrammet for miljøbehandling, som er en del av Demensplan 2015. Dette tilbudet er gått ut til sykepleiere/ansatte med høyskoleutdanning ved alderspsykiatriske enheter og utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester. Målet med kurset er å lære opp sykepleiere/ansatte med høyskoleutdanning som kan holde basiskurs i VIPS praksismodell for virksomheter i kommunehelsetjenesten som ønsker å utvikle en personsentrert omsorgskultur, og være veiledere for disse videre. Tilbudet gjelder også opplæring i Dementia Care Mapping (DCM) og Marte Meo.

Hva er personsentrert omsorg?

Personsentrert omsorg har en filosofi som gir en beskrivelse av hva det vil si å være en person. Det høres kanskje opplagt ut, men ofte opplever personer med demens at vi som er rundt dem møter dem på en annen måte enn før. Det kan virke som vi, kanskje ubevisst, tenker at en person som har reduserte kognitive evner også har reduserte psykologiske og sosiale behov.

Vi trenger kunnskap om hva som endres ved demens, hva vi skal se etter for å ivareta behovene til en person med

demens som ikke lenger kommuniserer som før, og hvordan vi kan gi personsentrert omsorg i konkrete situasjoner. For å få endret rutiner slik at det blir mulig å gjennomføre personsentrert omsorg i avdelingen, trenger vi å bli enige om hva som skal gjøres. VIPS praksismodell er et redskap for å få til dette.

Hva går VIPS praksismodell ut på?

VIPS er, i likhet med DCM, bygget på omsorgsfilosofien til Tom Kitwood (1). VIPS-rammeverket, utviklet av professor Dawn Brooker (2), summerer denne omsorgsfilosofien. Hver bokstav i **V-I-P-S** står for et element som må være med for at omsorgen for personer med demens skal være personsentrert. Hvert element har seks spørsmål (indikatorer). Disse indikatorene brukes i VIPS praksismodell til å vurdere om omsorgen som ytes er personsentrert i konkrete situasjoner.

Dette er **VIPS**-rammeverket for personsentrert omsorg:

- V** vår Verdi er uavhengig av alder eller kognitive ressurser
- I** Individuelt tilrettelagt omsorg
- P** tar hensyn til Perspektivet til personen med demens
- S** et Sosialt miljø der personen med demens er en del av fellesskapet

Eksempler på indikatorer:

Verdsetting

V 5 Miljøet

Hvor godt tilrettelegger arbeidsplassen et fysisk og sosialt miljø som støtter personen med demens?

Individuelle hensyn

I 4 Individuelle hensyn

Vet vi hva personen liker og misliker og har vi rutiner som sikrer at dette blir tatt hensyn til?

Perspektivet til personen med demens

P 1 Kommunikasjon

Blir personen spurt om hva hun ønsker og mener?

Sosialt fellesskap

S 1 Sosialt fellesskap

Trekker vi personen med demens med i samtaler slik at hun har fellesskap med de andre og med oss? Passer vi på at vi ikke snakker over hodet på personen?

Fagmøtet – et fast, ukentlig forum for personsentrert omsorg

Sentralt i VIPS praksismodellen er fagmøtet. Fagmøtet er et fast, ukentlig møte for alle pleierne på avdelingen og avdelingslederen. På dette fagmøtet drøftes en konkret pasientsituasjon som opptar pleierne. Møtet har faste roller og funksjoner og følger en fast struktur. De som innehar disse rollene har fått opplæring.



Ill.foto: Sondre Selbæk

Fagmøtet ledes av Ressurspersonen (oftest en hjelpepleier). Pasientens primærkontakt har en sentral funksjon i fagmøtet. Hun/han skal ha gjort nødvendige observasjoner og satt seg inn i pasientens livshistorie slik at hun kan legge frem situasjonen slik hun tror den oppleves for pasienten.

Etter en knapp time der man har brukt VIPS-rammeverket til å analysere situasjonen skal man ha kommet frem til en konklusjon om hvordan pleierne kan møte situasjonen på en personsentrert måte. Situasjonen skal vurderes i forhold til alle de fire elementene, om et av dem utelates er det ikke personsentrert omsorg.

Det er mange indikatorer, til sammen 24 (6x4), og mange av dem kan være relevante for den situasjonen som drøftes. For å komme i gang og få gjort noe konkret, sørger møtelederen for at de en-to indikatorene man mener det er viktigst å starte med, velges ut. Møtelederen sørger også for at det blir satt dato for evaluering, det er viktig å vurdere om pasienten får det bedre eller om tiltakene må endres.

Denne prosessen krever utveksling av erfaringer og kunnskap. Det kan være forunderlig hva en pleier har observert, erfart eller vet fungerer som de andre ikke er klar over!

Dette med å legge frem perspektivet til personen med demens har vist seg å ikke være så enkelt som det høres ut som. På VIPS-kurset legges det derfor vekt på å øve på nettopp dette. Det følger med en instruksjonsfilm om fagmøtet og en VIPS-manual med beskrivel-

ser av konkrete samhandlingssituasjoner som illustrerer vurdering og bruk av personsentrerte tiltak for hver indikator i VIPS-rammeverket.

Hvorfor bruke VIPS praksismodell?

Vi hører ofte fra dem som kommer på VIPS-kurs at de har savnet tid til faglige diskusjoner, å snakke uformelt om faglige spørsmål med en kollega i lunsjpausen er ofte ikke tilstrekkelig. Demensomsorg er faglig krevende, vi trenger den støtten fra kolleger som fagmøtet gir. For å få gjennomført tiltak kreves at både lederen og resten av personalet er med på å fatte en beslutning og bli enige om hva som skal gjøres konkret; hva, når og hvordan. Fagmøtet er et forum for dette. Det kan være aktuelt å ta i bruk observasjonsskjema for å avdekke smerte eller lignende for å få bedre grunnlag til å vurdere hele situasjonen. På fagmøtet kan et slikt skjema gjennomgås og vi kan planlegge kartleggingen. Vi kan også innhente faglig hjelp fra fagpersoner utenom teamet i fagmøtet.

Kunnskaper er ulikt fordelt, fagmøtet bidrar blant annet til å lære nyansatte hvordan en utfordrende situasjon mellom en person med demens og pleieren kan møtes med utgangspunkt i personsentrert omsorg. Fagmøtet gir pleierne et forum, tid og struktur slik at de kan dele kunnskap samtidig som det er et sted hvor holdninger og verdier bygges og opprettholdes.

Opplæringstilbudet

– Kurs for opplæring av kursansvarlig ressursperson for institusjon og hjemmetjeneste (KARIH)

Det eksisterende tilbudet om subsidiert kurs i VIPS praksismodell går til sykepleiere/ansatte med høyskoleutdanning ved alderspsykiatriske enheter og utviklingssentra for sykehjem og hjemmetjenester. Målet med dette tilbudet er å lære opp fagfolk som kan holde basiskurs i VIPS praksismodell for virksomheter i kommunehelsetjenesten som vil utvikle en personsentrert omsorgskultur, og være veiledere for disse videre. Vi satser på at vi på denne måten får en fast «stab» av VIPS-kursholdere (KARIH-er) slik at vi ikke er avhengig av noen få ansatte ved Nasjonalt kompetansesenter

for aldring og helse (Janne Røsvik og Marit Mjørud) for å holde basiskurs rundt om i landet. Vi håper at riktig mange benytter seg av dette tilbudet slik at vi får KARIH-er som kan holde VIPS basiskurs for eksempel for to sykehjem og hjemmetjenester som er i nærheten av hverandre på ett sted. Slike mindre, lokale kurs kan gjøre at pleierne i området blir bedre kjent med hverandre, at de kan få støtte av sin lokale KARIH og hverandre i oppstarten og om det skulle være behov senere. Så satser vi på jevnlig samlinger for KARIH på landsbasis for oppdatering og oppfølging av dem.

Kurset for dem som vil bli KARIH gir innføring i personsentrert omsorg, opplæring i roller og funksjoner i VIPS praksismodellen og hvordan holde VIPS basiskurs for ansatte i kommunehelsetjenesten. Det er laget et opplegg for basiskurset med powerpoint-presentasjoner, foredrag på DVD og refleksjonsspørsmål som KARIH bruker når de holder basiskurs. KARIH-kurset er første del mot å bli sertifisert som Kursansvarlig Ressursperson for Institusjon og Helse-tjenester i hjemmet (KARIH). Sertifiseringen som KARIH omfatter deltakelse på årlig samling i et fagnettverk.

Aktuelle fagmiljøer vil få tilsendt invitasjon til å delta på KARIH-kurs. For mer informasjon, gå inn på vår nettside www.helsekompetanse.no/fagnett-miljobehandling eller www.helsekompetanse.no/fagnett-demens.

Så håper vi at en KARIH nær deg snart annonserer at det arrangeres VIPS basiskurs for sykehjem og hjemmetjenester i din kommune!

■ janne.rosvik@aldringoghelse.no

REFERANSER

1. Brooker D. Person-centered dementia care: Making services better. London: Jessica Kingsley Publishers, 2007.
2. Kitwood T. Dementia Reconsidered: The Person Comes First. Norfolk: Open University Press, 1997.



Ellen Elisabeth Hervold, spesialsykepleier i aldring og eldreomsorg, med videreutdanning i veiledning, Alderspsykiatrisk avdeling, Sanderud, Sykehuset Innlandet HF

Erfaringer med fotberøring som miljøtiltak ved søvnforstyrrelser hos personer med demens

Metoder for behandling der bivirkningene er små, er av stor betydning for personer med demens. Enkle tiltak som berøring av føttene, kan redusere lidelser som søvnforstyrrelser, og samtidig ivareta behov for kroppskontakt og kommunikasjon.

Bakgrunn

Ressursenheten for personer med demens ved Alderspsykiatrisk avdeling, Sykehuset Innlandet HF, Sanderud, er en enhet med fem pasientplasser. Posten retter sin virksomhet mot personer med demens av moderat eller alvorlig grad. Pasientene har i tillegg utfordrende atferd og/eller psykiatriske tilleggssymptomer. Slike symptomer kan være uro, angst, depresjon og søvnforstyrrelser. Pasientene har ofte språkproblemer og dårlig formidlingsevne på grunn av demenssykdommen. Legemidler, miljøtiltak og kommunikasjon er en viktig del av behandlingen der målet er å redusere negative følger av demenssykdommen og å bidra til en bedre livskvalitet. Personer med demens er i tillegg ømfintlige for bivirkninger av medisiner som ofte brukes ved de omtalte symptomene. Vi ville derfor gjennomføre en studie der hovedmålet var å få erfaring med og evaluere en ny form for behandling, fotberøring, som ifølge forskning kan redusere uro, angst og søvnforstyrrelser generelt (1-2).

Vi benyttet en berøringsteknikk som er utviklet innenfor antroposofisk medisin. Dette er en form for massasje der

føttene smøres med lavendelolje eller med en god fuktighetskrem med lette, rytmiske bevegelser i en bestemt rekkefølge.

I huden, som er kroppens største føleorgan, registreres varme, kulde, trykk, berøring og smerte. Gjennom berøring frigjøres hormonet oxytocin som har effekt på kroppens ro- og hvilesystem. Dette systemet er det motsatte av det vi kaller kamp- og fluktsystemet, som trer i kraft når vi føler oss truet (adrenalin). Det er forsket lite på det subtile ro- og hvilesystemet, men dette er minst like viktig for vår overlevelse som kamp- og fluktsystemet (1). Virkningen inntreffer ikke like fort som ved stimulering av kamp- og fluktsystemet, men til gjengjeld holder virkningen seg ofte i lengre tid. For at ro- og hvilesystemet skal aktiviseres, kreves kun lette strykninger som vekker hudens berøringsreseptorer. Harde strykninger aktiverer derimot smertereseptorer, som setter i gang kamp- og fluktsystemet (1).

Målsetting for prosjektet

Vi ønsket å skaffe oss erfaringer med fotberøring, med spesielt fokus på om tiltaket kunne bidra til å redusere søvn-

forstyrrelser og bruk av legemidler i forhold til søvn hos personer med demens.

Metode

I posten gjennomføres det behandlingssesjoner for hver enkelt pasient minst hver 14. dag. På disse møtene deltar lege, ergoterapeut, leder, sykepleier og hjelpepleier i planleggingen og evalueringen av alle medisinske og miljømessige behandlingstiltak. I forbindelse med prosjektet utarbeidet vi et miljøtiltakark, der lege forordnet miljøtiltak som var tilpasset den enkelte pasient. Det kunne dreie seg om tiltak som fotberøring, bruk av musikk eller turer ut. Dette ble gjort for å systematisere alle miljøtiltakene rundt den enkelte pasient, og for å kunne evaluere om tiltakene hadde effekt. Opp-læring i fotberøringsteknikken ble gitt av undervisningssykepleier fra Vidarklinikken, Järna i Sverige. To av avdelingens leger, ergoterapeut, leder, samt 15 sykepleiere og hjelpepleiere i posten deltok. Øvrige sykepleiere, hjelpepleiere og vikarer fikk opplæring på et senere tidspunkt. På denne måten ble miljøtiltaket kjent for de fleste i personalgruppen, noe som ville sikre pasientene en kontinuerlig behandling. Personalgruppen ble



GOD SAMHANDLING: «De kvalitative data gir en indikasjon på at fotberøring oppfattes som en betydningsfull samhandling mellom pasient og pleier der fotberøringen har en beroligende virkning», skriver Ellen Elisabeth Hervold. Foto: Trond Tendo Jacobsen

delt i to slik at kurset kunne gjennomføres uten å komme i konflikt med de oppgavene posten ellers krevde av oss. Kurset var oppdelt i to samlinger slik at man kunne trene på teknikken mellom samlingene.

For å undersøke om fotberøringen hadde effekt i forhold til vår pasientgruppe, benyttet vi oss av både kvalitative og kvantitative data. For å registrere om tiltaket kunne bidra til å redusere bruken av søvnmedikasjon, ble medisiner, inklusive behovsmedikasjon, registrert ved innleggelse og utskrivning. Videre brukte vi døgnrytmeskjema med påtegning om tidspunkt for når fotberøring ble gitt. Døgnrytmeskjema forteller oss om pasienten er i ro, om han er urolig eller om han sover. Kart-

leggingsverktøyene som ble benyttet var Klinisk demensvurdering (KDV) (3), Neuro-psychiatric Inventory (NPI) (4) som kartlegger grad og hyppighet av atferdssmessige- og psykiatriske symptomer og Cornell skala som måler depresjon ved demens (5).

Fotberøringen ble gitt om kvelden når pasienten hadde lagt seg. Personalets observasjoner av atferd hos pasienten før og etter fotberøring og pasientenes reaksjon på behandlingen ble dokumentert i et eget skjema og utgjorde kvalitative data.

Kvantitative data er bearbeidet og analysert ved hjelp av SPSS (Statistical Package for the Social Services), versjon 15.0. Studien hadde ikke kontrollgruppe.

Funn/resultater

16 pasienter var med i studien, hvorav 10 var menn. Gjennomsnittsalderen var 79.7 (SD 6.8) år. KDV-skår var 3 hos 12 pasienter, 2.5 hos en pasient, 2 hos to pasienter og 1 hos en pasient. Median varighet av oppholdet var 9 uker (IQR 5.3, 19.5).

NPI, søvn (der maksimal skår er 12 poeng) viser en nedgang fra 4,5 poeng til 3 poeng i gjennomsnitt. 5 pasienter har uendret skår, mens 6 har bedre skår og 5 dårligere skår i forhold til innleggelse og utskrivelse. Det er ulike tidspunkt for når målingene er gjennomført under oppholdet. Døgnregistrering viser at nattesøvnen forlenges fra 7,3 timer til 10,1 timer i gjennomsnitt. Tid i ro / hvile var uforandret, mens tid med uro

Tabell 1
Bakgrunnskarakteristika

	Baseline	Utskrivelse
Menn (%)	10 (62,5)	
Alder, mean år (SD)	79.7 (6.8)	
NPI, mean (SD)	25.1 (18.5)	21.6 (12.2)
Cornell, mean (SD)	11.2 (6.1)	11.0 (6.0)
Oppholdets varighet (uker), median (IQR)		9 (5.3, 19.5)
Døgnregistrering:		
Søvn	7.3 (3.5)	10.1 (1.8)
Ro/hvile	9.7 (5.8)	9.5 (2.0)
Uro	3.3 (3.0)	1.9 (1.6)
Antidemens midler (%)	6 (37)	6 (37)
Sovemedisin	6 (37)	8 (50)
Circadin	4 (25)	5 (31)
Antipsykotika	8 (50)	7 (44)
Antidepressiva	9 (56)	10 (63)
Smertestillende	7 (44)	7 (44)

var redusert fra 3,3 til 1,9 timer. I forhold til medisiner for søvn, ble seks av pasientene behandlet med søvnmedikasjon ved innleggelsen. Ved utskrivelse ble derimot åtte pasienter behandlet med medisiner. Medikasjon med antipsykotika, antidepressiva og smertestillende var uforandret. Cornell endret seg ikke under oppholdet. Ellers kom det frem under punktet for døgnvariasjoner på Cornell skala, at hyppige oppvåkninger er mest uttalt blant deltagerne i undersøkelsen.

Personalets observasjoner utgjør kvalitative data og beskriver atferd før, under og etter behandlingen og hva pasienten formidlet som respons på fotberøringen. I dokumentasjonen er det hovedsakelig positive beskrivelser av pasientenes reaksjoner: Pasienten lå avslappet og rolig. Nøt berøringen. «Takket for godt stell etter innsmeringen.» «Er litt ansent, legger seg godt til rette etter hvert og sovner raskt etterpå.» «Ligger med lukkede øyne, sovner mens fotberøringen foregår.» Døgnregistrering viser at pasientene som oftest ble roligere og sovnet etter fotberøring, men kunne våkne igjen etter et par timers søvn.

Diskusjon

Forstyrret nattesøvn er en av de vanligste atferdsendringene man ser hos per-

soner med demens og kan være betinget av både psykologiske og biologiske faktorer (6). Sønnen hos eldre og personer med demens fragmenteres med årene, og evnen til å opprettholde søvn gjennom en hel natt reduseres (7). Redusert konsentrasjonsevne og oppmerksomhet kan føre til at pasienter dupper av gjennom dagen slik at sønnen fordeles over hele døgnet.

Døgnrytmen reguleres først og fremst av påvirkning gjennom lyset, fysisk aktivitet og sosial kontakt. Mange eldre eksponeres ikke for nok sollys til at det skal ha denne effekten, og deres mulighet for aktivitet og sosial kontakt er redusert. Andre miljøtiltak, som for eksempel lysbehandling, ble ikke benyttet i perioden pasientene lå inne. I vår studie ble fotberøring forsøkt. Det var kun 16 pasienter som deltok i studien, et for lite antall til å trekke generelle slutninger av effekten. Studien hadde heller ikke kontrollgruppe, slik at man ikke kan vite om endringer skyldes fotberøring, andre behandlingselementer eller oppholdet som helhet. Vi vet at mange faktorer virker inn på nattesøvn og mange miljøtiltak er kjent. Fotberøring kan være ett av dem.

I denne studien ser vi en bedret søvnlengde, men bruken av psyko-farmaka ble ikke redusert. Pasientene

har ulike nevropsykiatriske symptomer som virker inn på tilstanden. Dette er det ikke tatt hensyn til i denne studien.

Ut i fra de kvalitative dataene ser det ut til at fotberøringen har en umiddelbar beroligende, men ikke langvarig effekt. Pasientene ga uttrykk for høy grad av trivsel og velvære under og etter fotberøringen. Gjennom oppmerksomhet, berøring og god samhandling kan opplevelsen av tilhørighet og trygghet styrkes og dermed bidra til bedre søvn, mindre uro på dagtid og økt livskvalitet.

Mange pasienter mister opplevelse av berøring når de i hverdagen ikke lenger har sine nærmeste rundt seg. Erfaring viser at initiativ og deltagelse fra andre er avgjørende for personer med demens, spesielt når språket blir borte (6). Vi må ta i bruk andre sanser.

Å kommunisere med og forstå personer med demens kan være vanskelig. Fotberøring kan ses på som kommunikasjon uten ord der man tilfredsstiller behov for trygghet og tilhørighet på samme måte som man sikrer dette hos for eksempel små barn. En god atmosfære og å bli berørt av varme hender kan gi opplevelse av oppmerksomhet, styrke opplevelsen av tilhørighet og trygghet og av den grunn sikre bedre søvn, mindre uro på dagtid og dermed bedre livskvalitet for pasientene. Relasjonen kan tenkes å ha avgjørende betydning og det kan være vanskelig å bedømme om det er effekten av behandlingen eller om det er oppmerksomheten og relasjonen som påvirker.

Ifølge andre undersøkelser har berøring innvirkning på både den som gir berøring og den som mottar (8-9). Opplevelsen av likeverdighet mellom pleier og pasient skapes og påvirker pleiers måte å gi omsorg på. Man får et annet syn på pasienten og blir i stand til å se personen bak sykdommen. Relasjonen og etablering av tillit kan tenkes å ha medvirkende effekt. De kvalitative data gir imidlertid en indikasjon på at fotberøring oppfattes som en betydningsfull samhandling mellom pasient og pleier der fotberøringen har en beroligende virkning. Et samspill av god omsorg, fotberøring og bruk av lavendelolje kan sammen bidra til at pasientene blir roligere. Oxytosin er et hormon som frigjøres i kroppen ved vanlig berøring (1).

Berøring av føttene frigir store mengder oxytosin som senker nivået av stresshormoner og bidrar til ro og velvære. Mange pasienter med demens blir urolige og stresset på grunn av språkproblemer, nedsatt mestringssevne og tapsopplevelse, noe som kan gå ut over nattesøvn. Det er gjennomført studier for å undersøke om massasje og berøring har effekt på ulike demenssymptomer (10-11). Studiene er små, og hvilken form for berøring som er benyttet kommer heller ikke godt frem. Det er også benyttet ulike måter å måle effekt på. Dette gjør det vanskelig å sammenlikne denne studien med andre. Derimot viser disse studiene at berøring kan ha en beroligende effekt, noe som understøttes av Moyles undersøkelse (11) som viser en liten forverring to uker etter avsluttet behandling.

Erfaringer etter innføring av behandlingstilbudet

Å finne nye metoder for behandling der bivirkningene er små, er av stor betydning for denne pasientgruppen. Studien har også gitt oss økt fokus på betydningen av å strukturere miljøtiltak.

Avdelingsleder fremmet ideen om forberedingsmetoden og sørget for at flest mulig fikk opplæring. Kunnskap om fotberøring som miljøtiltak i hele personalgruppen ga grunnlag for faglige diskusjoner på behandlingsmøter rundt den enkelte pasient. Avdelingslederens og

legens engasjement rundt behandlingstilbudet, signaliserte at fotberøring var viktig og skapte motivasjon til gjennomføring i personalgruppen. Innføring av miljøtiltakarket viser seg å være et godt redskap for å systematisere behandlingen slik at pasienten får den behandlingen legen har ordinert, uavhengig av hvem som er på jobb.

Miljøtiltakarket ses derfor på som en gevinst for å strukturere miljøtiltak generelt, og det ga personalet økt bevissthet i forhold til å velge miljøtiltak fremfor medikamentell behandling. Å gi hele personalgruppen opplæring og teoretisk kunnskap om teknikken, har vært viktig med tanke på å få en felles forståelse for at fotberøring er en del av behandlingen, og at det er ikke noe man «bare gjør». Med forankring i ledelsen er det mulig å lære opp hele personalgruppen og å implementere fotberøring som et systematisert behandlingstilbud.

Bedre systematisk utprøving av andre tiltak enn medikamentelle har stor betydning i denne pasientgruppen for å sikre best mulig behandling.

Takk til

Jeg vil rette en stor takk til Ingun Ulstein, overlege PhD, Alderspsykiatrisk avdeling, Vardåsen, Ullevål, OUS HF, for god veiledning gjennom studien og skriveprosessen.

■ ellen.elisabeth.hervold@sykehuset-innlandet.no

REFERANSER

1. Uvnäs Moberg K. Afspænding, ro og berøring. København: Akademisk forlag, 2006.
2. Isdal M. Massasje til psykisk syke. Prosjektrapport. (upublisert) 2004.
3. Huges CP, Berg L, Danziger WL. (et al.). A new clinical scale for the staging of dementia. *British Journal of Psychiatry* 1982; 140:566-72.
4. Cummings JL, Mega M, Gray K. (et al.) The neuropsychiatric inventory. Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994; 44: 2308-14.
5. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC (et al.) Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biological Psychiatry* 1988; 23: 271-284.
6. Engedal K, Haugen PK. Demens. Fakta og utfordringer. 5. utg. Tønsberg: Aldring og helse, 2009.
7. Fetveit A, Bjorvatn B. Søvnforstyrrelser hos eldre. Demens i Allmennpraksis 2002; (2): 1-2.
8. Edvardsson JD, Sandman PO, Rasmussen BH. Meanings of giving touch in the care of older patients: becoming a valuable person and professional. *Journal of Clinical Nursing* 2003; 12: 601-609.
9. Ardeby S. När orden inte räcker. Stockholm: Trio Tryck AB, 2003.
10. Jensen TL. Foot massage: a nursing intervention for patients with insomnia. *Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning*, 2009; 11 (2): 3-17.
11. Moyle W, Johnston AN, O'Dwyer ST. Exploring the effect of foot massage on agitated behaviors in older people with dementia: a pilot study. *Australasian Journal of Ageing* 2011; 30 (3): 159-61.

Aldring og helse

Nasjonalt kompetansesenter



Ragnhild M. Eidem Krüger

Langsomme jordskjelv

Erfaringer med demens midt i livet

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

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



Eva Anfinnsen

"Uff da!" sa farmor

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

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

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



Turid Berg Mandal, prosjektleder for velferdsteknologi /
avd.leder for merkantil/renhold/kjøkken, Bjugn kommune

Fremtidens alderdom og ny teknologi

Bjugn og Åfjord kommuner har vært med og prøvd ut bruk av GPS i forhold til personer med demens, og sett på hvordan teknologien kan tas i bruk som verktøy i demensomsorgen.

Med jevne mellomrom skrives det i media om personer med demens som har gått seg bort, og at det blir satt i gang leteaksjoner for å finne vedkommende igjen. Mange leteaksjoner ender lykkelig med at den savnede personen kommer til rette, men dessverre er det også en del tragiske utfall. Bak hver ressurskrevende leteaksjon er det mye fortvilelse og utrygghet både hos pårørende, pleie- og omsorgspersonell og letemannskaper (1). Norsk Folkehjelp har anslått at det er opp mot 1000 leteaksjoner etter personer med demens i Norge hvert år, og slår fast at dette er en betydelig problemstilling. Norsk Folkehjelp påpeker blant annet at det er svært viktig å finne personene raskt, da erfaringstall viser at 25 prosent av dem som ikke blir funnet i løpet av 24 timer, omkommer (2).

Tester teknologisk assistanse

Samfunnet og kommunene står overfor demografiske utfordringer i fremtiden. Befolkningen blir eldre og det vil bli mangel på tilgjengelig arbeidskraft (1). Teknologien gir oss muligheter, og velferdsteknologi er én mulig løsning på utfordringen i kommunen. «Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt

funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet» (3, s. 15).

Bjugn og Åfjord kommuner har tatt utfordringen og er med på å prøve ut eksisterende teknologi i tjenesten, blant annet GPS. En GPS kan brukes til å gi informasjon om hvor du er. Pårørende og ansatte i pleie- og omsorgstjenesten kan benytte informasjonen som GPS-enheten gir til å lokalisere bruker og gi hjelp ved behov.

Vurderte teknologiens effekt

Personer med demens er en stor gruppe, og demens er den lidelsen som fører til flest år med alvorlig funksjonstap på slutten av livet. Den krever også store ressurser av den kommunale omsorgstjenesten. Sykdommen fremstår oftest i kombinasjon med andre lidelser og funksjonstap. Dette gir et sammensatt sykdomsbilde med behov for ulike tjenester.

Den teknologiske utviklingen har gjort en ny løsning mulig, det å kunne benytte seg av lokaliseringsteknologi. Denne muligheten har Bjugn og Åfjord fått anledning til å være med å prøve ut. I 2012 ble Bjugn og Åfjord med i Trygge Spor (Effektstudie) (1), som var det første offentlige innovasjonsprosjektet finansiert av regionale forskningsfond. Prosjektet har mottatt midler fra Fylkes-

mannen i Sør-Trøndelag. Deltakende kommuner foruten Drammen, Bjugn og Åfjord, er Bærum og Trondheim. Hurum, Malvik, Steinkjer og Stjørdal har også deltatt i samarbeidet. SINTEF er forskningspartner, og har også prosjektledelsen. Prosjektet har vært organisert gjennom en forstudie i 2011 og en hovedstudie i 2012. Fem kommuner har samarbeidet om å utvikle kunnskap vedrørende bruken av GPS, for å bidra til at personer med demens opplever en tryggere og mer aktiv hverdag. Prosjektets overordnede mål har vært å vurdere om teknologien har effekt og er til nytte for personer med demens, deres pårørende og ansatte i pleie- og omsorgstjenesten.

Trygghet ga frihet

Effektstudien har så langt vist at bruk av GPS har gitt økt trygghet for både pårørende og personalet. Personalet har rapportert at de opplever økt trygghet og sikkerhet ved at de kan lokalisere bruker dersom det oppstår en situasjon, og for å forebygge uheldig hendelser. Der en person med demens begynner å miste orienteringsevnen, oppleves det som trygt å kunne lokalisere vedkommende og bistå om nødvendig. På spørsmål om å beskrive nytten av bruken av GPS svarte personalet: «Trygghet, trygghet og trygghet!» (1).

Vissheten om at man kan lokalisere bruker om nødvendig, har gjort at personalet har fått en tryggere og bedre

Foto: Trygge Spor, Thor Nielsen



TRYGGHET: Illustrasjonsfoto fra Bjugn og Åfjord kommunes deltakelse i prosjektet om bruk av velferdsteknologiske løsninger blant personer med demens.

hverdag. Brukerne selv uttrykker også en opplevelse av trygghet ved at personalet kan finne dem hvis de går seg bort. Vi har også gjort oss erfaringer at bruk av GPS kan gi falsk trygghet, fordi teknologien ikke virker eller blir brukt feil, organisering av tjenesten ikke fungerer tilfredsstillende eller alarmer ikke kommer frem. Pårørende og personalet rapporterer at de i større grad gir person med demens frihet til å gå ut etter eget ønske når de har med GPS. Personalet forteller at GPS bidrar til at personer med demens kan fortsette å gå tur og være fysisk aktive. Det oppleves trygt at man kan lokalisere en person dersom det skulle være nødvendig. Alternativet til GPS hadde i mange tilfeller vært å avlede eller begrense beboernes muligheter til å gå ut. (1).

Utsatt tjenestebehov

En annen effekt er at personalet i pleie- og omsorgstjenesten sier de har fått økt bevissthet og forståelse for viktigheten av fysisk aktivitet for personer med demens. Gjennom effektstudien er det eksempler på at bruk av GPS har bidratt til å utsette behovet for ytterligere tjenester som institusjonsplass eller overflytting til forsterket enhet. Dette bidrar til at brukere kan klare seg med tjenester på nåværende nivå. Vellykket bruk av GPS forutsetter at det alltid blir foretatt en individuell vurdering av brukerbehov, hvilke forutsetninger som er til stede, at både teknologi og organisering fungerer tilfredsstillende, at GPS benyttes og følges opp på en forsvarlig måte i forhold til etiske vurderinger og lovverket.

Spennende og lærerikt

Effekten i forhold til pleie- og omsorgstjenesten og personalet må ses i sammenheng med hvordan tjenesten er organisert. Opplæringen har skjedd gjennom ulike informasjonsskriv der både sentrale og lokale føringer har blitt synliggjort, samt utfordringer vi står foran i et fremtidsperspektiv. Vi har hatt god støtte fra SINTEF, som har vært med å sette milepæler for arbeidsmål og fremdrift, metode og innsamling av data. Det er arbeidet med rekruttering av informanter og brukere. Tjenesten har gjennomført ulike intervju, og det er brukt spørreskjema.

Leverandør fra Safecall har vært hos oss på en fagdag, der målet var både forankring og opplæring i teknologi. Vi har hatt god support fra leverandør underveis når ulike spørsmål har dukket opp. Det er opprettet arbeidsgrupper/superbrukere som har hatt en sentral rolle i å implementere, og gjøre teknologien kjent. Tjenesten har vært med på opplæring og implementering av GPS. Det er utarbeidet prosedyrer og rutiner for å få GPS-bruk inn i tjenesten som en del av et tilbud til bruker. Generelt har vi erfart at det er stor entusiasme og vilje blant personalet til å prøve ut lokaliseringsteknologi for personer med demens. Mange opplever det som positivt og interessant å «følge med i tiden», mens andre opplever at de må over en terskel for å ta det i bruk. Noen er også engstelige for at bruk av teknologi skal erstatte menneskelig omsorg. Men de fleste synes det er spennende og lærerikt.

Det står fortsatt en del arbeid igjen i implementering og utvikling av lokaliseringsteknologi som tjenester for trygghet, selvstendighet og sikkerhet for personer med demens i helse- og omsorgstjenesten. I januar 2013 startet «Trygge spor II» der kommunene skal arbeide videre med utprøving og tjenesteteforløp, med mål om å samle kunnskap for å utvikle tjenester som kan bidra til å gi personer med demens en tryggere og mer selvstendig hverdag.

■ turid.berg.mandal@bjugn.kommune.no

REFERANSER

1. Ausen D, Svagård I, Øderud T (et al.) Trygge spor: GPS-løsning og tilhørende støttesystemer for personer med demens. Innovasjonsprosjekt i offentlig sektor. SINTEF rapport A23878. Trondheim, 2013.
2. Aarsæther E. Søker etter mennesker med demens. Fagbladet Sanitet. 2011; (4): 8-13.
3. Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030. Oslo: Helsedirektoratet, 2012.
4. Andersen F. A Community-Based Factorial Trial on Alzheimer's Disease. Effects of Expectancy, Recruitment Methods, Co-Morbidity and Drug Use: The Dementia Study in Northern Norway. Doktoravhandling. Universitetet i Tromsø, 2011.



Raj Rani Gupta, avdelingssykepleier, Bergen Røde Kors Sykehjem



Ill.foto: Bergen Røde Kors sykehjem

«Kan musikk være et tiltak som beroliger personer med demens i sykehjem?»

Hvordan kan vi bruke systematiske og individuelle musikktiltak for å forebygge uro, angst, agitasjon og passivitet?

Som avdelingssykepleier på en demensavdeling med 25 pasienter fordelt på tre grupper, oppleves daglig utfordrende atferd hos pasienter med demens. De kan være urolige, aggressive, passive, oppføre seg truende med mere. Når en pasient blir urolig eller aggressiv, kan det lett «smitte over» på andre pasienter, og uroen kan da spre seg til hele gruppen. Pleierne må bruke mye tid, energi og krefter for å få tilbake roen i denne gruppen beboere. Ofte ender det med å gi pasienter beroligende medikamenter og å bruke tvang ubevisst under stell og ellers.

Ett av miljøtiltakene i demensavdelingen var felles musikkstund. Der observerte pleiere at pasienter sang, danset, lo og var rolige, og at denne gode opplevelsen varte ut over dagen. Musikken medførte glede og mestring. Jeg begynte å utforske hvordan musikk kunne brukes systematisk i hverdagen for å forebygge uro og angst.

Som avdelingssykepleier lurte jeg på hva som måtte til for å lage et prosjekt på avdelingen om bruk av individualisert og systematisk musikk ut fra hver enkelt pasients behov, tilsvarende rutiner for medikamentbehandling. Erfaringer viste at det var lett å avvike fra miljøbehand-

ling, men ikke fra medikamentbehandling siden denne er forpliktende. Forskning viser at bruk av musikk demper og forebygger uro, passivitet og angst hos pasienter med demens (1). På vår avdeling bestemte vi oss for et forsøk med å bruke musikk som medisin – «*en dose med musikk etter pasientens behov*».

Audun Myskja presiserer at hjernen har et metningspunkt i forhold til å ta imot musikk, og derfor er det viktig at musikktiltaket begrenses til 10-15 minutter om gangen (3). Musikk bør brukes målrettet og skal være tilrettelagt etter pasientens behov og ressurser. Musikk som blir brukt i felles stue/kjøkken og varer under måltider og ellers, virker uhensiktsmessig og er forstyrrende. Dette kan være med å skape mer uro og angst hos pasienten med langtkommen demens, og er derfor mot sin hensikt.

Alle miljøtiltak blir vurdert etter pasientens initiativ, behov og ressurser. De blir evaluert fortløpende og endret etter behov. Musikk er en del av miljøbehandling. Det finnes andre aktiviteter på avdelingen, for eksempel ludospill, kortspill, utflukt, kafebesøk, besøk av frivillige, baking, påskeverksted og juleverksted med mere.

Fra idé til prosjekt

I 2009 startet avdelingen musikkprosjektet sammen med spesialrådgiver Helga Lorentzen og dr. Audun Myskja. Myskja holdt på med sin doktoravhandling om integrert musikk i eldreomsorgen, og han ble vår faglige veileder. Prosjektet startet med et arbeidsseminar for alle ansatte en helg i mars 2009, i regi av Helga Fottland Lorentzen. Seminaret ble finansiert av Christian Rieber-fondet. Helga Fottland Lorentzen har i en årrekke vært en sentral pådriver og koordinator for musikkprosjektet ved Bergen Røde Kors Sykehjem. Gjennom sitt engasjement for eldre har Helga skaffet betydelig med midler til blant annet musikkprosjektet. Målsettingen med seminaret var å skape entusiasme, motivasjon, begeistring og en felles forståelse for prosjektet hos alle pleierne. Myskja foreleste om hvordan musikk virker på personer med demens, både fysiologisk og sosialt. Han underviste om hvordan musikk kan brukes for å dempe og forebygge de hyppige symptomene som uro, angst, depresjon, hallusinasjon, vrangforestilling, passivitet og agitasjon hos personer med demens.

Det ble avtalt at seks ansatte på avdelingen skulle ha ansvar for kartlegging

og gjennomføring av prosjektet, og disse seks utgjorde prosjektgruppen.

Mål

Prosjektet hadde som mål å synliggjøre betydningen av systematisk bruk av individualisert musikk på døgnbasis på vår demensavdeling, og å undersøke om dette kan forebygge uro og angst hos beboerne. Med andre ord at pasienten ved hjelp av tilrettelagte miljøtiltak bedre kan mestre hverdagen og øke livskvaliteten. Se vedlegg 1.

Kriterier for deltakelse

Det ble bestemt at pasienter med demensdiagnose skulle være med på prosjektet, og at pasienten måtte ha vært på avdelingen i minst seks uker.

Datainnsamling

Beboerne ble vurdert med tanke på behov og ressurser, og individuell målsetting.

Følgende skjemaer, MMSE¹, ADL², CORNELL³, ESAS⁴, NPI⁵, døgnregistreringsskjema⁶ og systematisk bruk av film ble benyttet for å kartlegge pasientens tilstand, uro, psykisk svikt, smerter, restressurser osv. Denne kartleggingen tjente både som datainnsamling i prosjektet og som bevisstgjøring av alt personale om beboernes ressurser og behov.

For å registrere at musikktiltakene ble gjennomført, utformet vi kvitteringsskjema som ble signert av den pleieren som utførte tiltaket. I tillegg ble et loggskjema benyttet for å skrive kommentarer om pasientens opplevelse av musikktiltaket, samt pasientens atferd før, under og etter at musikktiltakene ble gjennomført.

Filming ble en viktig del av musikkprosjektet for å evaluere virkningen av musikk i hverdagen. Vi brukte grunnelementene i Marte Meo-metoden for å analysere filmer og for å veilede personalet slik at de kunne bli mer oppmerksomme på pasientens behov, initiativ og ansiktsuttrykk (4).

Godkjenning av regional etisk komité

Filmene var kun til internbruk. Der det var aktuelt å filme ble det søkt og gitt spesiell informasjon om dette til pasient og pårørende. Prosjektet var godkjent av Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Vest-Norge, Helse og omsorgsdepartementet og

Helsedirektoratet. Datatilsynet ga musikkprosjektet konsesjon til å behandle helseopplysninger, og Personvernombudet bestemte at prosjektets aktiviteter ikke kom i konflikt med personopplysningsloven av 14. april 2000. Pasienter og pårørende hadde mulighet for å trekke tilbake et avgitt samtykke. Hvis en pasient viste med ansiktsuttrykk at det var ubehagelig å bli filmet, ble filmingen stoppet der og da.

Gjennomføring

Vi hadde en gjennomføringsplan for hele prosjektet. Den inneholdt målsetting, plan, kriterier for inklusjon og kartleggingsmetode, både før, i midten og på slutten av prosjektet. Vi planla å ha møter med prosjektgruppen på faste tidspunkt annenhver uke.

Metode

1. Opplæring av personalet: Vi hengte opp sangtekster og detaljerte tiltaksplaner over sengen eller på badet til pasientene som deltok, slik at dette skulle være lett tilgjengelig for personale under stell og ved annet samvær. En forutsetning for at pasienten skulle få en god virkning av musikktiltakene, var at pleierne gjennomførte tiltakene likt, selv om de gikk i turnus. Pleierne sang sammen med pasientene uansett om de hadde god sangstemme eller ikke. Musikktiltaket skulle være like viktig som medisiner for pasienten. Når musikktiltakene ble gjennomført på samme måte og på samme tidspunkt hver dag, bidro dette til å skape forutsigbarhet og kontinuitet i en kaotisk verden hos pasientene.

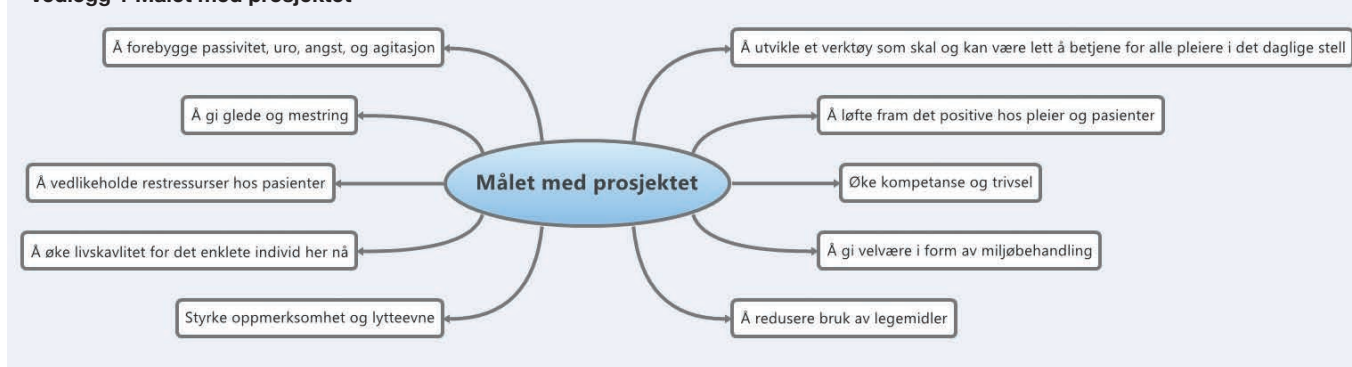
2. Kartlegging av individuell musikksmak: For å kartlegge musikksmaken til



Ill.foto: Bergen Røde Kors sykehjem

- 1) MMSE – Mini Mental Status Examination
- 2) I-ADL – Instrumentelle aktiviteter i dagliglivet
- 3) Cornell – skala for depresjon ved demens?
- 4) ESAS – Edmonton Symptom Assessment System
- 5) NPI – Neuropsychiatric Inventory
- 6) Døgnregistreringsskjema

Vedlegg 1 Målet med prosjektet



den enkelte hadde vi møte med pårørende og personale. Vi brukte også preferanse-CD-en utviklet av Myskja (2), og noen ganger lastet personalet ned sanger fra internett og brente dem på en CD.

3. Observasjoner: Pasientene ble observert i felles musikkstund, og våre inntrykk ble sammenliknet med observasjoner gjort av musikkterapeut og musiker Fredrik Elholm. *Fredrik Elholm kommer en gang i uken, og spiller gitar i fellesmusikkstundene.* Pasientene viste ulike uttrykk, som å nynne, knipse, små bevegelser av finger eller fot, trampe i gulvet, bevege hode eller ansiktuttrykk, et smil eller noen tårer. Flere pasienter som ikke kunne utføre en adekvat samtale, kunne synge hele sanger under musikkstundene. Slike observasjoner viste oss tydelig hvilken sang pasienten likte. Musikkterapeuten skrev ned noen gamle, kjente sanger som ble benyttet.

4. Organisering: Musikktiltaket ble gjennomført på forskjellige tidspunkt, noe individuelt og noe i gruppe. Tid for gjennomføring av musikktiltaket ble bestemt etter hver enkelt pasients behov, for eksempel kl. 08.10, 08.40 eller 09.45 osv. Noen pasienter hadde det under, før, etter stell, før/etter middag og under vaktskifte, dette så vi på døgnregistreringsskjema der det var uro på spesifikk tid. Det ble gjennomført musikktiltak i gruppe på fire pasienter på fasttid hverdag. Det er felles musikkstund med musikkterapeut og musiker Fredrik to ganger i uken. Se vedlegg 2.

Funn

Her presenteres fem kasusbeskrivelser for å fortelle om erfaringene som ble gjort med systematisk bruk av musikk:

Musikk som tillitskapende tiltak under morgenstell

Det var en 92 år gammel dame, Else, i den ene gruppen som ofte ikke ville motta hjelp til personlig hygiene. Noen ganger fikk hun beroligende medisin for å bedre samarbeidet under stell, uten noen særlig effekt. Pleiere brukte ofte fysisk makt for at pasienten skulle få vasket seg og skiftet klær. I tillegg trakk hun seg ofte tilbake på rommet sitt i løpet av dagen. Etter observasjoner i felles musikkstund så vi at pasienten hadde stor glede av å danse og at hun da ofte var i godt humør resten av dagen. Vi ville prøve å bruke musikk og dans som et virkemiddel i stell og i andre samhandlingssituasjoner. Pleieren endret tilnærmingen til pasienten, hun kunne for eksempel sette seg ned på huk foran pasienten, smile og sette på musikk som Else likte, for å få kontakt og tillit slik at hun godtok å bli med inn på badet. Når hun kom på badet kunne hun fortsette med bevegelsene sine eller nynne, hun var mottagelig for å få hjelp til å stille seg. Noen ganger tok Else selv vaskeklut og begynte å vaske ansiktet sitt.

Etter å ha gjennomført tiltaket i 6-8 uker så vi at pasienten gjenkjente situasjonen når pleieren kom inn på rommet hennes, satte på CD-platen og sa «god morgen, Else». Etter at pleierne satt i gang med dette tiltaket la de merke til at pasienten ble lettere å samarbeide med



Ill.foto: Bergen Røde Kors sykehus

både under stell og ved tannpuss. Bruk av beroligende medisin og fysisk makt gikk bort, og det virket som Else hadde en mye bedre hverdag.

Det virket som om musikk og dans skaffet denne pasienten ro, gjenkjenning, glede, mestring og fellesskap som vekket tillit, åpenhet, en meningsfull stund og som fikk henne til å sette ord på sine følelser, og fungere bedre. Flere ganger hendte det at pasienten sa «Jeg orker ikke å danse i dag, men jeg kan gå på badet og stille meg». Hun selv gikk til badet. Dette ble tolket som tegn på at pasienten gjenkjente situasjonen, og at de lærte en ny rutine. Myskja (2006) skriver at bruk av musikk kan støtte hukkommelse og innlæring. Det å observere at pasientene fikk bedre dager, ga oss pleierne inspirasjon og motivasjon til å fortsette med musikktiltakene.

Forebygget uro og avledet fra smerter under morgenstell

Olga hadde en demensdiagnose og hemiparese med utfall på venstre side, og var plaget av smerter og stivhet i kroppen.

Vedlegg 2: Tidsplan Musikkprosjekt



Hun trengte hjelp til alt, men brukte sin friske side til å skyve bort pleiere som hjelp henne i stedet. Det var alltid to pleiere som stelte henne fordi hun ofte sparket, spyttet og ropte ved stell. Hun ropte ofte «au, au, au, au» til tross for at hun fikk smertelindring. I samvær med andre beboere kunne hun si upassende ord, rope og være urolig. Det var ikke mulig å føre en adekvat samtale med henne. Denne atferden gjorde at hun ikke kunne være i stuen med de andre, da dette skapte uro i gruppen. Det medførte at hun måtte være alene på rommet sitt. Under filming av et morgenstell observerte pleierne at pasienten hadde flere ressurser intakt, som for eksempel å uttrykke seg noe verbalt og å bruke sin friske side aktivt. Pleierne hadde også observert under felles musikkstund, og fått tilbakemelding fra pårørende om at hun var glad i musikk. Pleierne begynte å synge kjente sanger som «Tango for to», «Jenter fra Bergen» og skrev i tiltaksplanen at hun skulle bruke sin friske hånd til å vaske seg. Å vaske seg selv hadde hun gjort hele livet, så dermed ble hennes restressurser ivaretatt. Å mestre dette synes å ha styrket selvbildet hennes og gitt økt mestring og skapt gjenkjenning. Det kunne virke som om musikk og sang hjalp henne til å rette oppmerksomheten bort fra smerter til noe som ga henne glede, mestring og mening. Å synge kjente sanger kan gi ro og fellesskap, og musikkterapi bidrar til å lindre og mestre smerter, og gi raskere rekonvalesens fra sykdom eller skade (1).

Olga hadde ofte besøk av datteren sin. Datteren fortalte at hun syntes moren virket roligere og mer tilfreds nå etter at musikktiltaket var iverksatt, og det så ut som hun var rolig og ikke ropte

og bannet slik som før i samvær med de andre beboerne i bogruppen.

Når språket slutter, begynner musikken

Kari på 86 år, som tidligere hadde vært aktiv og sunget i kor, kunne alle sanger og var med på alle aktiviteter på avdelingen. Ettersom demenssykdommen forverret seg mistet hun språket, ble stiv i kroppen, passiv, initiativløs, sluttet å gå, og hadde trolig smerter. Ved felles og individuell musikkstund viste hun med ansiktsuttrykk og kroppsspråk at hun fremdeles responderte på musikk ved at hun beveget seg, plystret og smilte. Kari fikk musikktiltaket fire ganger for dagen for å opprettholde smil og å kommunisere med henne, noe som ga henne glede og mestring. Kari fikk jevnlig besøk av sin sønn som spilte gitar og sang kjente sanger sammen med henne. Han sa at siden moren ikke kunne kommunisere med ham på vanlig måte, fikk han en indre kontakt med henne via musikk når hun smilte og plystret. «Det bare skjer noe» sa han, mens han smilte. Karis ektemann kom på besøk tre dager i uken. Da hørte de på musikk sammen, sang, holdt hender og så på utsikten fra rommet sammen.

Økt livskvalitet ved bruk av musikk

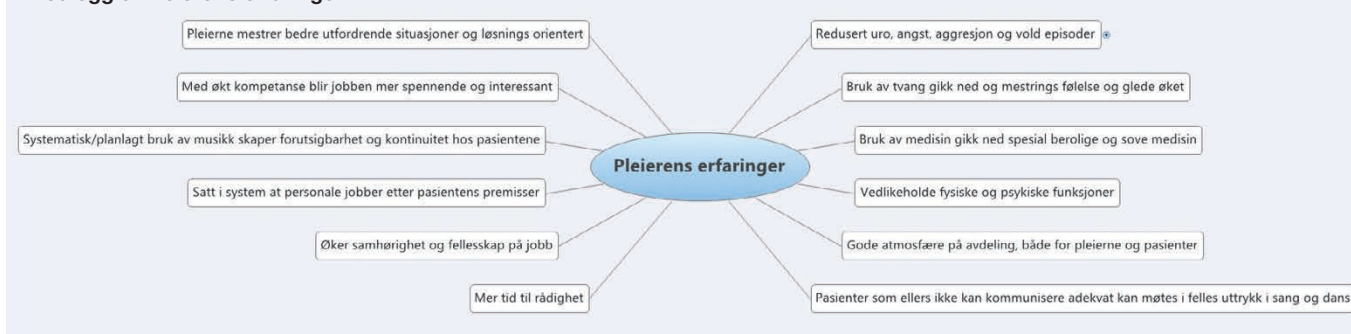
Aslaug var 90 år og plaget med depresjon og lite nattesøvn. Hun vegret seg ofte for å delta på aktiviteter, hun småsov ofte, og ble mer og mer passiv. Hun hadde god appetitt, spiste godt, og gikk opp i vekt. Pleierne la merke til at Aslaug ikke hadde det godt og virket lei seg. Hun hadde ikke noen fysiske plager, men virket som hun ikke hadde lyst til å være aktiv. Vi begynte forsiktig med å

bruke sang og dans i samvær med henne, og etter hvert lot hun seg aktivisere med dette. Vi tok utgangspunkt i hennes ressurser og la opp til sang og dans som hun kunne mestre. Hun gikk tur på avdelingen med pleier tre ganger om dagen mens de sang «Napoleon med sin hær». I tillegg deltok hun på en daglig dansegruppe med fysiske bevegelser tilrettelagt for deltakerne. For Aslaug var daglig fysisk aktivitet med sang og musikk viktig og gav positive resultater på flere måter: Etter seks uker hadde hun gått ned 1.2 kg, og døgnsregistreringsskjemaene viste at hun var mer våken på dagtid. Vi så glede i ansiktet hennes, hun var mer rak i ryggen når hun satt og hun tok oftere initiativ til å prate med medpasienter enn tidligere. Etter 12 uker kunne vi se at pasienten selv tok initiativ til å gå på tur på avdelingen og synge «Napoleon med sin hær» til noenlunde samme tid hver dag. Det virket som at Aslaug var gladere, hadde fått bedre selvbilde, bedre gangfunksjon, og bedre nattesøvn. Antidepressiva og sovevemedisin ble seponert.

Forebygget aggresjon og agitasjon

En mann på avdelingen, Per, hadde utfordrende atferd, agitasjon, aggresjon, angst, depresjon og vandret mye både dag og natt. Han fikk ofte beroligende medisin og antipsykotika. Dette medførte bivirkninger i form av døsighet, slapphet og gråt. Tre ganger ble psykiatrisk klinikk kontaktet grunnet uro og sterkt sinne. Både medpasienter og pårørende opplevde ham truende. Han var vant med å bestemme over mange, og da han kom på sykehjemmet opplevde han å miste kontrollen over sitt eget liv. På døgnsregistreringsskjemaet så vi

Vedlegg 3: Pleierens erfaringer



mønster av uro på spesifikk tid, og vi begynte å bruke musikktiltak på dette tidspunktet. Etter at Per fikk høre musikk som han var glad i, ble det en nedgang i voldsepisoder og pasienten samarbeidet bedre. Medisinbruken endret seg. Per hadde ikke behov for beroligende medisiner og antipsykotika lengre og de ble seponert. Han begynte etter hvert å danse og viste initiativ til å delta på andre aktiviteter. Pleierne ble opptatt av hvordan han hadde det. Etter hvert klarte han i større grad å ta hånd om personlig hygiene.

Erfaringer i pleiepersonalet

(Vedlegg 3, side 22)

Jeg fikk tilbakemelding fra personale om at både logg, registrerings- og kvitteringsskjemaene fungerte bra. De var lett tilgjengelig, lette å fylle ut, og alle kunne signere etter utførte tiltak. Under utfylling av skjemaene økte bevisstgjøringen hos pleierne, og de ble mer løsningsorienterte. Pleierne ble mer oppmerksomme på pasientens initiativ og reaksjoner enn de hadde vært tidligere, og hadde en større tilstedeværelse. De ble mer bevisste på å bekrefte pasientens initiativ med å gi ros og anerkjennelse som for eksempel: «flott, sånn ja» (4). En pleier på avdelingen sa: «Jeg ser en stor forandring hos pasientene, de virker gladere og mer tilfredse. Det at personale er bevisst på og må kvittere for at pasienten har utført en aktivitet gjør at vi virkelig utfører dette og pasienten får være aktiv flere ganger for dagen. Systematisk bruk av musikktiltak har hjulpet både mot uro, kjedsomhet og passivitet, og pasienten får mer stimuli enn tidligere».

Det er viktig å presisere at det ikke kun var musikken i seg selv, men hvordan musikktiltakene ble gjennomført, som hadde effekt. Pasientene fikk én-til-én-kontakt under musikktiltaket, noe som kunne påvirke deres selvbilde, og som ga mer trygghet hos pasienten. Pleieren fikk kvalitetstid med pasienten, og situasjonen åpnet opp for samtale, nærvær og gode tillitsskapende relasjoner. «Den gode relasjonen er behandlings kjerne». (5, s 44).

Vi hadde ofte gode refleksjoner rundt verbale og nonverbale reaksjoner hos pasientene i prosjektgruppen. Alle de

gode og dårlige erfaringene fra gruppen ble delt og vi lærte av disse erfaringene. Det som fungerte godt på den ene gruppen ble kopiert til den andre gruppen. Pleierne leste kroppsspråk, hvordan pasienten hadde det og justerte tiltakene etter det. Her var pleierne mer opptatt av pasientens beste, og mindre oppgaveorientert. Jeg fikk tilbakemelding om at det var svært nyttig å ha møter i prosjektgruppen annenhver uke. Det vedlikeholdt fokus og aktivitet, og la press på at vi måtte ha noe som kunne presenteres på hvert møte. Prosjektmøtene var en møteplass hvor vi kunne dele erfaringer, diskutere og komme frem til gode løsninger i fellesskap. Det at vi kom sammen, skapte mer trivsel på jobben.

En pleier på avdelingen uttalte: «Tidligere var det mye uro på avdelingen, og vi brukte mye energi og tid eller beroligende medisiner for å roe ned pasientene. Nå har vi mer tid til rådighet (4), og jeg kan endelig gå hjem fra jobb med god samvittighet.» Vi har lært mye om musikk, demens og utfylling av skjemaer og betydning av dette. «Jobben blir mer spennende, motiverende og jeg gleder meg hver dag til å komme på jobb»; sa en pleier. «Jeg ser en ro og glede hos pasientene som kan være en virkning av musikktiltaket».

Bruk av medisin og tvang har gått ned. Pasienter sover bedre om natten. Det finnes nesten ikke beroligende eller sovemedisin på medisinerommet på avdelingen.

En pårørende kunne fortelle at «når faren min ble innlagt på avdelingen hadde han nesten fire poser med medisiner og han brukte seks til syv tabletter om gangen, men etter en stund her på avdelingen brukte han kun de mest nødvendige medisiner.»

Konklusjon

Som leder ser jeg at det er viktig å lage realistiske mål som er gjennomførbare. Prosjektplanen ble fulgt. Implementeringsfasen var vellykket fordi kartleggingsverktøy og vurdering av musikktiltaket gikk etter planen. Pleierne gjennomførte musikktiltaket alle dager på faste tider selv om det var lite pleiere på jobb for eksempel i forbindelse med ferie og heligdager og lignende. Vi prøvde oss frem med musikktiltak, og etter hvert lærte vi

mer om hva beboerne likte og responderte på. Dermed endret vi noe, slik at det passet bedre til den enkelte personen.

Jeg ser at musikkprosjektet har ført til en holdningsendring og økt motivasjon hos pleierne på avdelingen. Motiverte medarbeidere er nødvendig for å klare å jobbe systematisk og gjennomføre et slikt prosjekt. Jeg opplever at pleierne er opptatt av forebygging av uro, angst og voldelige episoder og annet, dermed kartlegger de utfordringer hos beboerne og begynner med miljøtiltak som de mener passer til den enkelte. Dette bidrar til at bruk av beroligende og sovemedisiner blir seponert og øker fokuset på miljøbehandling på avdelingen. Det blir prioritert mer tid og ressurser for å ha fokus på viktigheten av miljøtiltakene og evaluering av tiltakenes betydning.

Prosjektet har ført til et bredere samarbeid mellom pårørende og pleiere. Pleierne er mer opptatt av hvordan pasienten har det, hva pasienten trenger og hvorfor. Vi har oppnådd at alle pasienter har fått musikktiltak hver dag på faste tider, individuelle og/eller i felles sangstund.

Musikkprosjektet har også ført til at det ble dannet et sangkor på avdelingen med 8-9 pasienter. Koret har blant annet deltatt i fremføringen av en konsert i regi av Bergen filharmonisk orkester og London Philharmonic Orchestra i mars 2013.

«Jeg kan bare si at «veien ble til mens vi gikk.»

■ raj.rani.gupta@brks.no

REFERANSER

1. Myskja A. Den siste song. Bergen: Fagbokforlaget, 2006.
2. Myskja A. Musikkpreferanse – CD, 2005
3. Myskja A. Forelesning 12.02. 2010 om musikkprosjektet ved Bergen Røde Kors sykehjem.
4. Munch M, Andersen A. God pleie tar mindre tid: Marte Meo videoveiledning i demensomsorgen. I Krüger RME et al (red.) Det går an! Muligheter i miljøterapi. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2007.
5. Krüger RME et al. Det går an! Muligheter i miljøterapi. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2007.



MED SANG: «Eg heiter Anne Knutsdotter..». Ruth Elisabeth Engøy Solberg (t.v.) og fem småbarnsmødre tar både babyer og musikk i bruk for å aktivisere beboerne ved Søre Ål bokollektiv for personer med demens. Anne Grethe Lae Solberg (t.h.), Agnes Thoresen, Gudrun Mathiesen, Christian Huse og Olava Løkken følger spent med.

Bente Wallander (tekst og foto)

Unge bevegelser vekker gamle minner

Sang og musikk inspirerer til aktiv deltakelse. For personer med demens kan kontakten med de yngste også stimulere slumrende minner.

Initiativtakerne til konseptet *Generasjonssang* vil stimulere personer med demens ved hjelp av sang, bevegelse og musikk.

– Vi tar vår felles sangarv i bruk som et hovedelement i kontakten med personer med demens, da vi vet at dette kan stimulere minner fra tidlige barneår. Vi har også erfart at barn kan fungere som kontaktskapere. Ved deres hjelp styrker vi muligheten for å nå inn til målgruppen. Barna blir døråpnere og de voksne bevisste hjelpere i denne prosessen, sier Ruth Elisabeth Engøy Solberg.

Aktiv deltakelse

De 12 beboerne ved Søre Ål bokollektiv for personer med demens på Lillehammer, som denne formiddagen får besøk av dansende babyer og syngende mødre, synes å si seg enig med Solberg. Med mimikk og bevegelser deltar de fleste aktivt i det rytmiske opplegget. Kontakten med de små vekker aldrende fingre til dikking og kos.

Hjelpepleier Borgny Nordset og pleieassistent Britt Lindstad er samstemte i sin bedømming av aktivitetene:



KONTAKT: Else Vabøs interesse vekkes for alvor når Katrine Falkenberg holder hennes oldebarn Nora (5 mnd) frem for kos.

GLADE SANGERE: «Vi vandrer med freidig mot», synger fra v.: Thea Fagstad og Hedvik, Vibecke Bøgevoll og Ingvild, Ruth Elisabeth Engøy Solberg, Stine Holthe og Benjamin, Katrine Falkenberg og Nora, Mari Søreide og Hanna samt Ida Falkenberg og Lars.



– Dette ble en kjempefin opplevelse for alle. Det virket som om beboerne likte det de fikk oppleve. Farten og musikken passet dem bra, og de smilte og hygget seg.

Søker kunnskap

Senterkoordinator ved Søre Ål bo- og servicesenter, Lispet Innset Lien, har ansvaret for all aktivitet som skal foregå på senteret.

– Vi har vært involvert i opplegget med barnehagebarna helt fra starten av, og synes at dette er veldig positivt. Å få møte små barn og dyr kan være en fantastisk opplevelse for eldre med demens, og det var helt tydelig at de små babyene slo an hos beboerne. Samspillet inneholdt sterke og rørende opplevelser. Vår nåværende avtale med fire barnehager sikrer oss generasjonssang to dager i uka, og det er ikke vanskelig å være positiv til videre utprøving av dette.

– Lillehammer kommune skal i første omgang tilby de ansatte ved tre sentre opplæring i generasjonssang-metoden. Ved å lære mer om hvorfor og hvordan man gjør dette, kan det komme enda mere positivt ut av tiltaket, forteller Lispet Innset Lien.

Oppsøkende kultur

Ruth Elisabeth Engøy Solberg er sykepleier, kursholder og har 14 års erfaring som babysangkonsulent i Frelsesarmeen. Hun leder i dag et forprosjekt med hjemmeboende personer med demens i Lillehammer kommune. Sammen med baryton Trond Halstein Moe, mangeårig solist ved Den Norske Opera og tidligere produsent/planlegger i Rikskonsertene, har hun de siste årene etablert en virksomhet som tilbyr beboere på sykehjem gjentakende kulturopplevelser.

– Vi hadde hvert vårt musikalske utgangspunkt; en folkelig og en profesjonell sanger, men stilte oss det samme spørsmål: «Hvorfor er det ikke mer målrettet og bevisst bruk av musikk og bevegelse på de skjermede enhetene for mennesker med demens», forteller Ruth Elisabeth.

Kulturopplevelser er ikke et ukjent fenomen ved norske sykehjem. Utallige underholdningskvelder går av stabelen hvert år og konserter tilbys, blant annet gjennom tiltaket *Den kulturelle spaserstokken*, som i følge Kulturdepartementets retningslinjer skal «... bidra til at eldre får et tilpasset kulturtilbud på arenaer der de befinner seg i dagliglivet».

– Statistikken sier at 75-80 prosent av alle sykehjemsbeboere har en demensliknende tilstand. Som sykepleier og artist har vi erfart at oppmøtet fra personer med demens reduseres kraftig når tilbudene om konserter legges utenfor avdelingen, for eksempel i fellesarealene på et sykehjem. Hvorfor ikke tilby kulturelle opplevelser inne på avdelingene og hjemme hvor mennesker med demens befinner seg, spurte Solberg og Moe.

Musikkens muligheter

Som sagt så gjort.

– Vi holder kurs i den metoden vi har utviklet med bakgrunn i blant annet professor Even Ruuds forskning og inviterer til musikalske seminar der institusjonenes ansatte, pårørende og frivillige kan lære mer om musikkens muligheter i møte med de gamle.

Førskolepersonale som er kurset i generasjonssang får kompetanse til å lede sang og fysiske aktiviteter for pleiere og pasienter sammen med barnehagebarna. Det er viktig å legge til rette for samvær mellom de yngste og de eldste, da det i dag finnes få naturlige møtepunkter på tvers av generasjonene, sier Ruth Elisabeth.



KJENTE TONER: Målfrid Nyborg deltar i dansen. Med sang og såpebobler kommer bevegelsene nesten av seg selv.



UREN, LUREN...: – Bli med på himmelturen med armene nå!

Møtepunkt på tvers av alder

Babyene som deltar i Generasjonssang-opplegget pludrer fornøyd og synes å trives med sangene, ringdansene eller de rytmiske bevegelsene som mødrene leder dem i

En av beboerne de møter på stua er Else Vabø. Hun er også oldemor til to av dagens små gjester.

– Bestemor pleier ikke å være så «med» når vi er her på vanlig besøk. Det er tydelig at hun setter stor pris på dette tiltaket, sier Katrine Falkenberg, som legger til rette for en ekstra oldemorklem for fem måneder gamle Nora Ødegårdstuen Falkenberg.

Kritisk til ukritisk pengebruk

Ruth Elisabeth og Trond Halstein er oppatt av den langvarige effekten de gjentakende opplevelsene kan få for pasienten, læringsutbyttet for personalet og at repertoaret må velges i forhold til målgruppen:

– Hvordan tilpasse en konsert slik at den oppleves god for alle som må være tilstede? Kan det oppøves en følsomhet overfor hva man presenterer i et annet menneskes hjem? En pasient har jo ikke et valg om å delta dersom musikken kommer helt inn i stua si – det gjelder også på en skjermet enhet. Vi har her støttet oss til de anbefalinger Dr. Audun Myskja kommer med i sin doktoravhandling (1), og vi samarbeider med ham i den videre utvikling av konseptet.

I Stortingsmelding 29, Morgendagens omsorg (2) kap 5. sies det at «For å sikre en bærekraftig omsorgstjeneste i fremtiden er det nødvendig med en faglig omstilling i omsorgstjenestene som krever endret og høyere kompetanse, nye arbeidsmetoder og nye faglige tilnærminger. Den faglige omstillingen er først og fremst knyttet til sterkere vektlegging av rehabilitering, tidlig innsats, aktivisering, miljøbehandling, nettverksarbeid, veiledning av pårørende og frivillige, og til innføring av velferdsteknologi.»

– Vi er kritiske til at det hvert år overføres store statlige summer til kultur for eldre, uten at det stilles krav til bevissthet om denne målgruppen. Vår erfaring tilsier at man i fremtiden vil kreve en utvikling av den faglige bredden på flere helse- og omsorgsfelt. Med generasjonssangkonseptet får de som inviteres inn i omsorgen også en god forståelse av målgruppen. Musikk og omsorg er svært forskjellige fagfelt og vi mener derfor at man trenger bevisste føringer og forventninger når dette skal smeltes sammen.

Generasjonssang har mottatt økonomisk støtte fra Kavlifondet¹ for å få konseptet på plass. Les mer om metoden på www.generasjonssang.no

¹⁾ O. Kavli og Knut Kavlis allmennyttige fond er en stiftelse som har til formål, gjennom tildeling av midler, å fremme humanitære formål, forskning og kultur.

REFERANSER

1. Myskja A. Integrated music in nursing homes – an approach to dementia care, doktoravhandling. Universitetet i Bergen, 2011.
2. Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg.



ARTIG: Olava Løkken synes det er spesielt artig med de yngste. Th.: Mari Søreide og Hanna.



Aud Johannessen, DrPH, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
Ulrika Hallberg, docent, Nordic School of Public Health NHV, Göteborg
Anders Möller, professor, Erstad Sköndal, University College, Sverige

Å benytte støttekontakter i demensomsorgen

Støttekontakttjenesten kan være en tjeneste i demensomsorgen. En undersøkelse har vist at motivasjonen for å bli støttekontakt var å hjelpe andre, men samtidig gjøre det av egen interesse. Motiverende faktorer til å fortsette som støttekontakt var arbeidstiden, relevant kompensasjon, tilhørighet til andre i behandlingsteamet og relasjonen til familiene.

De fleste personer med demens bor i eget hjem gjennom store deler av sykdomsforløpet, sammen med nære pårørende og med noe hjelp fra det offentlige. Personer med demens og deres pårørende har behov for ulike og sammensatte tjenester gjennom store deler av sykdomsforløpet. De tradisjonelle tilbudene som dagsenter, avlastnings- og korttidsopphold er ikke bygd ut i tilstrekkelig grad, viser en kartleggingsundersøkelse som ble gjennomført i 2011 (1). Undersøkelsen viste også at kun en tredjedel av kommunene tildelte støttekontakt til disse familiene.

Vi vet at de tjenestene som tilrettelegges bør fokusere på å tilby aktiviteter for å unngå at personer med demens og deres nærmeste pårørende blir isolerte (2,3). Støttekontakter kan være en slik tjeneste, i kombinasjon med andre tjenester. Tjenesten er hjemlet i Loven om kommunale helse- og omsorgstjenester (4). Støttekontaktenes rolle er å hjelpe mennesker til å delta på kultur- og sportsarrangementer, fysiske aktiviteter, gjøre innkjøp og å være en samtalepartner. Støttekontakter kan også være en avlastningstjeneste for pårørende og arbeidsoppgavene som nevnt over, kan sammenliknes med frivillighet.

En litteraturstudie som omhandler frivillige i europeisk demensomsorg viser at de oftest er kvinner, det er vanskelig med rekruttering og de slutter ofte etter kort tid (5). Videre viste studien at dersom de frivillige ble gitt mere informasjon om demens, veiledning og oppføl-

ging, fortsatte de i demensomsorgen som frivillig. En annen studie fra Norge (6) konkluderte med at ledere/tildelingstjenesten i kommunen anså støttekontakttjenesten som en verdifull tjeneste til disse familiene. Noe mangelfulle kunnskaper om lovverk og saksbehandling synes å være grunnen til at tjenesten ikke i tilstrekkelig grad blir tildelt denne gruppen, konkluderes det med i nevnte studie.

Utover dette vet man lite om hvorfor noen velger å bli støttekontakt, hvorfor denne tjenesten blir så sjelden benyttet i demensomsorgen i Norge og hvordan det er å være støttekontakt i den norske demensomsorgen. Når helsepersonell blir spurt om hvorfor det ikke benyttes støttekontakter i demensomsorgen, er etter vår erfaring svaret ofte at det er vanskelig å rekruttere støttekontakter. På bakgrunn av dette ønsket vi å finne ut hvorfor noen blir støttekontakt og hvordan det er å være støttekontakt i demensomsorgen i Norge. (7). Studien hvor 19 støttekontakter fra hele landet ble intervjuet, ble gjennomført i 2009 og 2010. Informantene besto av fem menn og 14 kvinner i alderen 40-75 år som hadde vært støttekontakt fra et halvt år til ni år.

Hvorfor ønsker noen å bli støttekontakt

Studien viser at alle deltagerne ble støttekontakt fordi de ville være noe for andre, men samtidig gjøre det av egen interesse. De ville gjerne hjelpe personen

med demens til å delta på aktiviteter eller ha noen å være sammen med, og for å avlaste pårørende. Å gi eller være noe for andre ga dem en personlig tilfredsstillelse. Å være støttekontakt kunne for noen også være en vei tilbake til yrkeslivet etter sykdom, eller ønske om å ha noe meningsfylt å gå til eller å gjøre sammen med andre. Flere beskrev også at demenssykdommen med de ulike symptomene var fascinerende i seg selv, og de ønsket å lære mer om demens og helsevesenet. En annen motiverende faktor var at de likte å være sammen med eldre.

Hva motiverer til å fortsette som støttekontakt

Videre viste studien at det innenfor følgende fire områder kan beskrives hva som motiverte og demotiverte støttekontaktene til å fortsette med dette.

Fleksibilitet

Å være støttekontakt innebar en frihet til å kunne velge arbeidstid og aktiviteter sammen med personen med demens. Arbeidsoppgavene var aktiviteter som personen med demens var interessert i og ikke kunne mestre på egen hånd. Aktiviteter som også støttekontaktene satte pris på, som for eksempel å gå turer, gå på ski, kjøre tur, gå i svømmehall, besøke familie og venner, lokale severdigheter og kulturelle arrangementer. Støttekontakter gikk også og handlet sammen med personen med demens, fulgte dem til lege eller frisør. De forberedte seg og forsøkte å finne aktiviteter som kunne være av interesse for personen med demens. Disse aktivitetene var motiverende faktorer for støttekontaktene.

«Jeg forbereder meg og planlegger arbeidet på forhånd, leser ting og finner frem til aktiviteter som kanskje kan være av interesse for personen med demens. Jeg finner det utfordrende og det er stimulerende for meg.»

På grunn av sykdomsutviklingen kunne arbeidsoppgavene bli mindre fleksible og det kunne være vanskelig å finne egnete aktiviteter. Dette var demotiverende for støttekontaktene.

Støttekontaktene uttrykte at det var viktig at de hadde noen felles interesser

og satte pris på å kunne få bytte dersom de ikke fant tonen sammen. Familien ville da bli tildelt en ny støttekontakt eller en annen tjeneste som var bedre egnet. Noen ganger beskrev støttekontaktene at det var vanskelig å bryte opp innenfor det tidsrommet som var avtalt. For noen var dette akseptabelt, men for andre var dette vanskelig.

«Noen ganger er det vanskelig å bryte opp når vi har en hyggelig stund. Noen ganger er det også vanskelig å finne på noe å gjøre.»

Kompensasjon

Alle deltagerne sa at lønn ikke var årsaken til at de ble støttekontakt, men de var opptatt av å få erstattet utgiftene de hadde i forbindelse med arbeidet. Støttekontaktene var heller ikke opptatt av å få dekket kostnadene knyttet til egne utgifter ved aktiviteter. Utgifter ved bilkjøring var de derimot opptatt av å få dekket. Enkelte hadde også hatt problemer med pårørende knyttet til økonomi og aktiviteter. Noen støttekontakter fikk undervisning jevnlig og oppfølging innenfor den tiden de var betalt for, noe de satte stor pris på. Videre uttrykte de at hovedårsaken til at de sluttet som støttekontakt var når det ikke var klare avtaler om dekning av utgifter i tilknytning til arbeidet.

«Det er vanskelig å si at det ikke er mere tid igjen. Noen ganger bruker vi allikevel mere tid sammen enn det jeg får betalt for, men det er ikke så farlig. Det som bekymrer meg mer er at jeg ikke får tilbakebetalt de utgiftene som er knyttet til arbeidet. Jeg har forsøkt å be om hjelp til å løse dette, men så langt er ikke dette løst.»

Det fantes også noen deltagere som ikke følte at de behøvde å få betalt for dette arbeidet:

«Jeg trenger ikke å få betalt for dette arbeidet, fordi jeg har fått en ny venn som jeg liker veldig godt å være sammen med.»

Tilhørighet

For noen støttekontakter var det veldig tilfredsstillende å være støttekontakt, for andre var det mindre tilfredsstillende

og forbundet med usikkerhet. De fleste støttekontaktene ønsket å bli inkludert i en arbeidsgruppe. Enkelte støttekontakter fikk veiledning fra kommunen, men de fleste følte seg ekskludert fra å være en del av teamet. Mange støttekontakter fortalte at de ikke hadde vært i kontakt med lederen/personen som hadde ansatt dem siden de hadde skrevet under på taushetsplikten. Flere mente også at de heller ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon om arbeidsoppgavene. Personalet på sykehjemmet, i de tilfellene personen med demens bodde der, hadde også i liten grad spurt om hvordan støttekontaktene og personene med demens hadde hatt det når de kom tilbake fra aktiviteter. På denne måten falt også støttekontaktene utenfor støtte fra andre arbeidskollegaer. Dette ble opplevd som signaler på en rolle med lavere status, og sammen med en følelse av manglende tilhørighet reduserte dette deres motivasjon til å fortsette.

«Det er ensomt, men det er ikke så ille hvis du bare har noen å kontakte hvis det oppstår problemer. Som støttekontakt har du ingen relasjon til noen i kommunen.»

Enkelte fikk undervisning om sykdommen, kommunikasjonsteknikker og om kommunale helsetjenester sammen med pårørende, noe de opplevde som verdifullt. Andre fortalte at de fikk regelmessig undervisning sammen med andre støttekontakter, noe de satte stor pris på. Dette ga dem en opplevelse av tilhørighet.

«Det er fint å oppleve at du har noen kunnskaper og at du har mer å lære. Jeg har det som trengs for å være støttekontakt, for støttekontakter trenger litt støtte og kurs om demens. Det tror jeg!»

Videre mente de at deres bidrag var til støtte og passet best tidlig i sykdomsutviklingen, men gjennom hele sykdomsforløpet kunne det være en avlastning for pårørende. Dersom de skulle være støttekontakt i senere stadier av sykdomsutviklingen mente de at det var nødvendig med mer kunnskaper.

Tilfredshet

Støttekontaktene opplevde at de ofte knyttet bånd til disse familiene og noen ganger kunne det være vanskelig å være profesjonell. De ga uttrykk for at det å være støttekontakt var utviklende og at de ved å være sammen med en person med demens hadde lært mye om sykdommen, hvordan sykdommen påvirker mennesker og hvordan samarbeide med personer med demens. Egenutvikling var en motiverende faktor. De uttalte at i perioder var arbeidet veldig meningsfylt for dem og i andre perioder var det ikke tilfelle. Vinteren kunne være en slik periode, eller når personen med demens var for syk til å delta på aktiviteter. De uttrykte at de tidvis hadde behov for veiledning når det ble vanskelig å samarbeide med personen med demens eller pårørende. Støttekontakter som hadde blitt rekruttert fordi de kjente personen med demens fant det vanskelig å slutte når oppgavene ble for krevende.

«Jeg synes det er skremmende å se hvordan denne sykdommen utvikler seg, og jeg kan tenke meg... at det ville være lettere å slutte som støttekontakt hvis du ikke kjente personen med demens.»

Det er derfor viktig å ha oppfølging underveis slik at støttekontakter kan få hjelp og råd til å balansere sin rolle som venn men samtidig beholde sin profesjonelle rolle.

«Først så ville hun ha meg som en venn – å være noe mer enn bare en støttekontakt – og det var vanskelig å sette grenser, men nå er det ok.»

Videre uttrykte de viktigheten av å etablere et tillitsforhold til personen med demens og pårørende, noe de la stor vekt på, og dette kunne ta fra en time til måneder. Det var oppmuntrende å se hvor viktig disse timene var for personen med demens og deres pårørende. Støttekontaktene forklarte at de fikk mye ros fra disse familiene, noe de satte stor pris på.

Konklusjon

Fleksibel arbeidstid, relevant kompensasjon og tilhørighet til andre i behandlingsteamet var motiverende faktorer. Likeså å ha mulighet for å bygge opp en god relasjon til disse familiene stimulerte også støttekontaktene til å fortsette å være støttekontakt.

■ aud.johannessen@aldringoghelse.no

REFERANSER

1. Eek A, Kirkevold Ø. Nasjonal kartlegging av tilbud til personer med demens 2010-2011. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2011.
2. Engedal K, Haugen PK. Demens fakta og utfordringer. 5. utgave. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2009.
3. Johannessen A, Möller A. Experiences of persons with early-onset dementia in everyday life: a qualitative study. *Dementia* 2013; (12)4: 410-424.
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. 2011, Oslo. <http://www.lovdatab.no/all/tl->
5. Johannessen A. 2009. Støttekontakter som ressurs i demensomsorgen. 2010. <http://www.fritidforalle.no/arkiv/arkiv-forside/stottekontakter-som-ressurs-i-demensomsorgen.aspx>
6. Johannessen A, Möller A. Why do administrators employ or not employ support contacts? A Norwegian qualitative study. *Nordic Journal of Social Research* 2012; (3).
7. Johannessen A, Möller A. Motivating and discouraging factors with being a support contact in the dementia care sector: a grounded theory study. *Scandinavian Journal of Disability Research* 2013; (15): 70-81.

En stor takk rettes til Johannessen, I.C., Professional Writing and Publishing student Curtin University, Western Australia, som har bidratt til oversettelse og vesentlig bearbeiding av tekst fra to forskningsartikler.

Demensprisene 2012

Nasjonalforeningen
for folkehelsen



I forbindelse med Demensaksjonen deles det hvert år ut en demenspris i hvert fylke i regi av fylkeslagene til Nasjonalforeningen for folkehelsen. Prisene skal gå til en «hverdagshelt», det kan være en enkeltperson, en gruppe mennesker, en institusjon, et dagsenter eller en avdeling. Prisen er ment å være en honnør for innsats utenom det vanlige.

I 2012 gikk foreningens demenspriser til:

Gerda Mæle, Buskerud
Niels Espeland, Vestfold
Tor Erling Dahl, Oslo
Onsøyheimen, Østfold
Kari Marie Gundersen, Hedmark
Ingeborg Granlund Klundby, Oppland
Åse M. Gjernes, Telemark
Oddrun Lindås, Rogaland
Hilde Berg Bentsen, Vest Agder

Stangnes sykehjem, Troms
Dalastova ved Hjørundfjordheimen, Møre og Romsdal
Ellen Sofie Opdahl Mo, Sør Trøndelag
Fossliå bosenter, Nord Trøndelag
Roligheta og Engakroken, Enebakk sykehjem, Akershus
Fred Westerberg, Nordland
Rypefjord Bokollektiv, Finnmark
Aase Borgen Haktorsen, Hordaland
Frode Kvalheim, Sogn og Fjordane



Personer med demens går seg vill

Mange aksjoner kan unngås

Flere hundre personer med demens går seg vill hvert år. Noen omkommer fordi de ikke blir funnet i tide. – Med bedre rutiner kunne mange søk være unngått, mener Erlend Aarsæther fra Norsk Folkehjelps redningstjeneste.



BEREDSKAPSLÉDER: Fagkonsulent i Norsk Folkehjelp, Erlend Aarsæther, leder dagens redningsøvelse.

Det er stille i skogen før 330-skvadronen dunderer inn med sitt Sea King-helikopter. Med en besetning på seks skal helikopteret bistå redningsgruppa fra Norsk Folkehjelps lokallag i Follo under dagens øvelse. De 12 fremmøtte medlemmene har en særlig interesse for redningsarbeid og trener to til tre ganger i måneden for å dyktiggjøre seg på området. Når alarmen går vil de være beredt for samhandling med andre nødetater. I dag skal de øve seg i å lete etter savnede personer med demens.

Til bekymring for mange

Beredskapsleder Erlend Aarsæther er sykepleier. Han arbeider også som fagkonsulent i Norsk Folkehjelp, og har som sådan sett nærmere på det man vet om leteaksjoner etter personer med demens:

– Utgangspunktet for dagens øvelse er meldingen om at en person med demens har forsvunnet fra hjemmet sitt på

Sofiemyr. Ifølge hovedredningssentralen foretas det vel 60 slike leteaksjoner hvert år, men vi har grunn til å tro at underrapporteringen er stor. Egen erfaring tilsier ukentlige meldinger fra institusjoner om midlertidig tap av kontroll, det vil si at man ikke vet hvor en person med demens befinner seg. For Oslos del alene er det snakk om minst 150 årlige igangsatte søk. Dersom vi antar at man kan generalisere ut fra disse tallene, kan vi regne med at det ved landets over 800 sykehjem hvert år oppstår rundt 3 000 hendelser der man må be om hjelp til å finne igjen en person med demens. Legges amerikansk forskning til grunn (1) kan man anta at like mange forsvinner fra sine hjem. Det er en ganske betydelig utfordring som berører og bekymrer mange!

Viktige øyne og ører

Redningsmannskapene opplever likevel at institusjonenes terskel for å melde fra



Dement mann (82) kom til rette - 8 kilometer hjemmefra

om en savnet beboer er høy, det samme gjelder for pårørende til hjemmeboende personer med demens.

– Tidsaspektet er viktig, så dette er en utfordring. Alle institusjoner burde etablere gode rutiner for håndtering av slike situasjoner. De bør også ha en *Plan for søk* (se s. 33) som de ansatte kjenner og kan håndtere. Der bør det fremgå at man bør kontakte politiet når man uten resultat har søkt gjennom hele bygget og området rett utenfor, understreker Aarsæther.

Mange saker løses relativt raskt, ved hjelp av sjåfører i drosjer, ambulanser og andre tjenestebiler med tilgang til radio-kommunikasjon. Det er mange observante øyne og ører der ute og for politiet kan dette ofte være det mest effektive søkstiltaket.

– Men noen må vi lete etter i litt lengre tid og enkelte ganger finner vi tragisk nok ikke den savnede før det er for sent. Det er blant annet for å unngå et slikt resultat at vi holder dagens øvelse. Vi må på alle plan bli mer profesjonelle i våre søk etter personer med demens, mener redningslederen.

Avgjørende informasjon

For redningsmannskaper som skal planlegge et søk er det viktig å få vite at den savnede personen har en kjent demenslidelse.

– Det gir oss et utgangspunkt for å velge relevant statistikk*, et nyttig verktøy for oss. Den gir beslutningsstøtte, og informerer oss om sannsynligheter vi kan benytte i planleggingen, særlig i oppstartfasen. Det er samtidig nødvendig å hente inn all kjent informasjon om den forsvunne personen, slik at planen kan bli så presis som mulig, sier Erlend Aarsæther.

Man vet om personer med demens at deres evne til å resonnerer rundt og tolke omgivelser er redusert. De risikerer å ikke

INGEN NYHET: Slike saker ser vi mange av i avisene hvert år.

Faksimile fra Sandefjords Blads nettside 25.04.2013.

oppfatte åpenbare farer som grøfter, større veier, elver og andre hindringer. På samme måte kan tett buskas og kratt, som normalt ville blitt vurdert som ugjennomtrengelig, ikke bli ansett slik av disse personene.

– Noen går rett inn i denne type vegetasjon. De forstår heller ikke alltid at de har kommet til en barriere de ikke klarer å passere, og kan fortsette å forsøke å passere denne hindringen helt til de blir utslitt. Personer med demens blir relativt ofte funnet stående fast ved en bekk, ved et jernbanespor eller i en grøft. Vi har også funnet personer som sitter stille med begge beina i bekken. Personer med demens kan fungere tilsynelatende godt i kjente omgivelser (for eksempel hjemmet), men kan raskt bli forvirret dersom de befinner seg på et ukjent sted, opplyser Aarsæther.

Tiden er livsviktig

Tall fra Nederland sier at seks av ti savnede personer med demens blir funnet i den bygningen de meldes forsvunnet fra, mens hele 95 prosent av de savnede gjenfinnes i en omkrets av to kilometer fra bygget (2).

– I slike tilfeller finner vi ofte en link til personens livshistorie. Vi må derfor stille oss selv spørsmål som: Hvor var «Jens» for 20 år siden, sier Erlend.

– Når vi har sett på tall fra Norge over en treårsperiode, viser det seg at andelen som dør er vel seks prosent av dem det blir iverksatt mer omfattende søk etter. Flere studier fra USA har rapportert om en mortalitet på rundt 20 prosent (1, 3). De samme undersøkelsene viser også at alle som har blitt funnet i løpet av de første 12 timene har vært i live! Hvis vi venter åtte timer før vi varsler mister vi



FLYVENDE SYKEHUS: I Sea King-helikopteret befinner det seg seks personer, deriblant en lege. Om bord finnes mye avansert utstyr. Ansvarlig lege Kristine Gudim utveksler her informasjon med de lokale redningsmannskapene.

mye verdifull tid. I Belgia venter man kun 20 minutter før man varsler politiet.

Etter å ha studert de siste års tilfeller der savnede personer med demens omkommer før de blir funnet, vet Aarsæther at de fleste dør sommerstid.

– Det kan være flere forklaringer på det. Min hypotese er at man raskere tenker på faren for nedkjøling om vinteren. Men nedkjøling er så absolutt et problem, også sommerstid. Med nedsatt bevegelighet er det fare for nedkjøling

med en gang temperaturen synker under 27 grader. Jeg gjentar gjerne; Det er om å gjøre å komme raskt i gang med letingen!

Samhandling

For å kunne innlede målrettede søk trenger letemannskapene mye informasjon om den savnede.

– Helsepersonell bør kjenne til hva de skal fortelle oss, så sparer vi tid. Jo mer vi vet om den savnede, jo lettere er det å

legge en god søksplan med større sannsynlighet for å lokalisere den savnede raskt. Fortell oss om den savnedes vaner, evner og klesdrakt. Vi må også bli informert om den aktuelle situasjonen. Når ble han/hun sist sett og hva var vedkommende da opptatt av? Slike opplysninger kan gi oss veldig mye. Vi trenger også informasjon om personens tidligere historie. Mange finnes igjen mellom institusjonen og et tidligere bosted.

– Når alarmen først går er det også viktig for oss å få på plass kompetanse og folk så snart som mulig. Dette er en redningsfase som inkluderer flere nødetater og tilgang til medisinsk hjelp. De beste resultatene oppstår ved parallell jobbing. I dag skal vi derfor fokusere på samhandling og søket skal foretas i et krevende skogsterreng rett ved den «savnede» hjem, opplyser Erlend Aarsæther før han sender mannskapene ut i skogen.



SØK NÆRT: Etter å ha søkt grundig gjennom huset personen med demens blir meldt savnet fra, innledes søkene i nærområdet.

*VERDT Å VITE

Statistikk kan inneholde viktige ledetråder når man skal lete etter en forsvunnet person med demens. Tabellene er hentet fra Lost Person Behaviour (1) og er oversatt av Erlend Aarsæther.

Avstand fra vei/sti

n =	110
25 %	4
50 %	15
75 %	71
95 %	307

Tallene til venstre angir hvor langt det var fra funnstedet til nærmeste vei eller sti i meter. Tabellen viser at 50 prosent av savnede personer med demens som ble funnet i terrenget, befant seg under 15 meter til siden for nærmeste sti eller vei.

Overlevelse totalt (antall angitt i prosent)

	Villmark	By
Uskadd	73	80
Skadet	17	14
Omkommet	8	6
Ikke funnet	2	5

Overlevelse tid

	I live	n
< 24 timer	95 %	736
> 24 timer	77 %	79
> 48 timer	60 %	30
> 72 timer	60 %	20
> 96 timer	46 %	13

Den midtre tabellen viser overlevelse uavhengig av tid. Under er det angitt hvor stor sannsynligheten er for at vedkommende er i live etter tidsintervaller. Det skjer et dramatisk fall i overlevelse etter 24 timer, men en stor andel blir funnet i live selv etter lang tid.

REFERANSER

1. Koester RJ & Stooksbury DE. «Lost Alzheimer's Subjects-Profiles and Statistics.» Response, 1992: 11:4:20-26
2. Koester RJ. Lost person behavior. Dbs productions, 2008.
3. Koester RJ. The Lost Alzheimer's and Related Disorders Subject: New Research and Perspectives. Response 98 NASAR Proceedings. National Association of Search and Rescue, Chantilly, Virginia, 1998: p. 165-181.

Beredskapsplan ved person savnet

En beredskapsplan for savnede beboere skal angi hvilke tiltak som skal gjennomføres dersom en person blir borte. Mange savnede vil bli funnet innenfor institusjonen eller i umiddelbar nærhet. Det anbefales derfor at man gjennomfører noen søk på egenhånd før man kontakter politiet. Dersom disse tiltakene ikke har effekt er det viktig at man umiddelbart varsler politiet.

Tiltak

Så snart man blir klar over at en beboer er savnet, gjennomfør følgende tiltak:

Søk av bygningen

Hele bygget må gjennomføres på en strukturert måte. Søk absolutt alle rom, selv om de pleier å være låst. Dette gjelder også bøttekott og tekniske rom. Merk av hvilke områder som er avsøkt.

Søk av nærområdet

Søk rundt bygningen. Dersom savnede ikke er i bygget er det viktig å forsøke å fastslå hvilken utgang han/hun kan ha brukt.

Kontakt med pårørende/familie

Undersøk om vedkommende kan ha kommet hjem.

Etterlysning

Så snart tiltakene over er gjennomført bør man varsle politiet på telefon 112. Det anbefales å ha følgende opplysninger klare når man ringer:

- ◆ Hvor og når er savnede sist sett
- ◆ Kjennetegn og klesdrakt
- ◆ Helsetilstand
 - Orienteringsevne
 - Kognitiv funksjon
 - Mobilitet
 - Fysisk helse
- ◆ Historikk
- ◆ Annen relevant informasjon.

Skjema for informasjonsinnhenting

Politiet og redningstjenesten vil ønske svar på mange spørsmål for effektivt å kunne målrette søket. Listen under viser mange av de spørsmålene man gjerne vil ha svar på. Det kan derfor være nyttig å ha et slikt Skjema for informasjonsinnhenting tilgjengelig på avdelingen, slik at man er forberedt når informasjonen blir etterspurt.

- ◆ Hvor og når er vedkommende sist sett? (helt sikkert)
- ◆ Har vedkommende vært savnet tidligere?
 - Hvis ja:
 - Hvor var han/hun sist sett da?
 - Hvor ble vedkommende funnet?
 - Hvor stor var avstanden fra sist sett til funnsted?
 - Hvordan ble vedkommende funnet?
- ◆ Hvilken klesdrakt var vedkommende iført på forsvinningsstidspunktet (helt sikkert)?
- ◆ Hvilken dør er det mest sannsynlig at vedkommende brukte når han/hun forlot stedet?

Orienteringsevne

- ◆ Vet vedkommende hvor han/hun er når hjemme?
- ◆ Kjenner igjen nabolaget?
- ◆ Er vedkommende kjent i området der han/hun er sist sett?
- ◆ Blir vedkommende lett forvirret i et ukjent miljø?
- ◆ Blir vedkommende lett forvirret i et kjent miljø?

Kognitiv funksjon

- ◆ Kjennskap til eget navn?
- ◆ Gjenkjenning av kjente ansikter?
- ◆ Reagerer hun/han på at eget navn blir ropt?
- ◆ Evne til å vurdere tid?
- ◆ Personlighetsmessige eller emosjonelle forandringer?
- ◆ Depresjon?
- ◆ Snakker vedkommende om personer eller steder?
- ◆ Snakker vedkommende om en person som ikke lengre er i live?
- ◆ Snakker vedkommende om å oppsøke/besøke steder eller personer?

Mobilitet

- ◆ Har vedkommende daglige vaner? Hvis ja, hvilke?
- ◆ Distanse vedkommende typisk går hver dag (for eksempel sist uke)?
- ◆ Antall gåturer i løpet av sist uke?
- ◆ Lengste avstand vedkommende har gått siste tre måneder? Siste ti år?
- ◆ Anslå hvor langt du mener vedkommende er i stand til å gå?
- ◆ Problemer med å gå?
- ◆ Kan vedkommende kjøre bil?
- ◆ Reiser vedkommende alene med offentlig kommunikasjon?
- ◆ Har vedkommende forsøkt å reise med offentlig kommunikasjon på egenhånd siste seks måneder?
- ◆ Går vedkommende turer fra bosted og returnerer uten hjelp?

Fysisk helse

- ◆ Hvilken type demens
- ◆ Mild, moderat eller alvorlig demens
 - Mild forvirring, glemsomhet, korttidsminne affektet
 - Vansker med å skille tid, sted og personer.
 - Noen språkvansker?
 - Nærmest totalt tap av vurderingsevne, resonneringsevne, og tap av noe fysisk kontroll
- ◆ Andre sykdommer/diagnoser
- ◆ Avhengig av medisiner, hvis ja konsekvens hvis medisiner ikke tatt som foreskrevet.

Historikk

- ◆ Liste over alle tidligere bosteder, hvor lenge siden bodd der, og hvor lenge bodd der?
- ◆ Tidligere arbeid og arbeidssteder?
- ◆ Nylig flyttet? Hvis ja, hvor er tidligere bosted og hvordan har vedkommende tilpasset seg nytt bosted?
- ◆ Har vedkommende noen favorittsteder/områder?
- ◆ Har vedkommende forsøkt å besøke personer eller steder uten tilsyn?
- ◆ Viser vedkommende tegn til vandreatferd?
 - Om natten?
 - Om dagen?
- ◆ Virker vandringen målrettet? Beskriv.
- ◆ Virker vandringen målløs?
- ◆ Forsøker vedkommende å ta seg ut fra bosted?
- ◆ Virker vandringen å være relatert til at vedkommende forsøker å komme seg til et sted eller en person?

I front for TV-høstens demensaksjon



SKAL LEDE: Erik Thorsvedt (t.v.), Haddy N'jie og Jan Petter Saltvedt skal lede årets TV-aksjon.

Foto: Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Erik Thorstvedt og Haddy N'jie skal sammen med NRK-sportens Jan Petter Saltvedt lede årets TV-aksjon. Inntektene skal gå til demensforskning og bidra til å gi personer med demens og deres pårørende bedre hverdager.

Erik Thorstvedt og Haddy N'jie har begge ledet TV-aksjonen tidligere, mens Jan Petter Saltvedt har vært vaksjef for sendingen.

– Det er et fantastisk spennende prosjekt å få lov til å være med på. Jeg gjør så mye uviktig ellers i året, så det er oppløftende å få være med på noe som har betydning for andre. Det er ekstremt inspirerende å få være med på denne dugnaden, sier Saltvedt.

Økt livskvalitet et mål

Det var Nasjonalforeningen for folkehelsen som ble tildelt årets TV-aksjon. Organisasjonen arbeider blant annet for å bedre livskvaliteten til dem som er rammet av demens og deres nærmeste.

– Vi bevilger penger til å forske på hvorfor noen får demens. Dette kan bidra til å utvikle medisiner mot sykdommen. I dag finnes det ingen behandling eller medisiner som kan stoppe utviklingen av demens. Nå ønsker vi å engasjere

hele Norge til en storstilt aksjon for dem som har demens eller er pårørende til mennesker med sykdommen, sier foreningens generalsekretær Lisbet Rugtvedt.

Angår mange

Årets tema angår mange, understreker Haddy:

– Nesten alle jeg snakker med er enten berørt eller kjenner noen som er berørt. Dette er nært tema for mange.

Alle tre er stolte over å lede verdens største dugnad.

– Det er en følelse av å være en del av et større fellesskap som er viktig, sier Erik, som er årets auksjonarius.

www.blimed.no

TV-aksjonen i NRK er verdens største innsamlingsaksjon målt i antall frivillige og innsamlede kroner fordelt på befolkningen. Det er de frivillige som gjør TV-aksjonen til en suksess og Nasjonalforeningen for folkehelsen håper at så mange som mulig vil bidra til å gjøre årets aksjon vellykket.

Dato for årets TV-aksjon er søndag 20. oktober. For mer informasjon om aksjonen og muligheter for å delta, gå inn på nettsiden www.blimed.no eller ring 02025.

100 millioner dollar til demenstiltak

Den amerikanske regjering har i 2013 bevilget 100 millioner dollar for å møte de folkehelsemessige utfordringer demenssykdommene innebærer. Bevilgningen inngår i USAs nasjonale handlingsplan mot demens (2012-2015). Til planens mål hører å utvikle en effektiv forebygging og behandling av Alzheimers sykdom innen 2025.

USA står som resten av verden overfor en betydelig utfordring som følge av et økende antall personer med demens. Det anslås at opp mot fem millioner amerikanere lider av en demenssykdom i dag, og andelen forventes å stige kraftig i takt med at gjennomsnittsalderen for befolkningen øker.

De 100 millionene dollar skal gå til ny forskning, støtteprogrammer for pårørende til personer med demens, opplysningskampanjer om demens, utdanning av pleiepersonale og til innsamling og analyse av data vedrørende demens. Handlingsplanen har, i tillegg til førnevnte forebyggings- og behandlingsmål, blant annet som mål å lede til:

- ◆ Høyere kvalitet og effektivitet i pleien av personer med demens
- ◆ Bedre støtte til personer med demens og deres pårørende
- ◆ Økt offentlig oppmerksomhet og engasjement.

Dansk app: Viden om demens

Nasjonalt Videnscenter for demens i København har i samarbeid med Region Hovedstaden utviklet appen Viden om demens.

Appen er beregnet på helse- og omsorgspersonale som arbeider med mennesker med demens, og er lagt opp som et lykkehjul der du kan velge mellom ulike temaer. Eksempler på disse er *Tegn på demens*, *Mat og drikke*, *Kropp og sanser*, *Urin og avføring*.

Ved hjelp av en quiz får du sjansen til å teste og friske opp kunnskapene dine. Appen gir gode råd om samarbeid og kommunikasjon, og den inneholder også et kortfattet oppslagsverk om demensrelaterte fenomener.

Viden om demens er tilgjengelig i App Store og Google Play og kan lastes ned gratis til iPhone, iPad og Android-telefoner.

Les mer på nettsidene: www.viden-scenterfordemens.dk





KVALITET: Kirsten Bredsdorff (91) synger ut i glede når hun hører de kjente tonene. – Dette er livskvalitet for min mor, fastslår datteren Kirsten Mønnesland.

Bente Wallander (tekst og foto)

Gyldne toner

Gleden brer seg i Kirsten Bredsdorffs 91 år gamle ansikt når hun gjenkjenner Django Reinhards melodi. Med et salig smil stemmer hun i. Det er jazzfestival på bo- og behandlingssenteret. En festdag for Norges eldste og en gylden musikalsk mulighet for sangglade Kirsten.

Kirsten Bredsdorff har hatt demens i flere år. Sykdommen kan medføre uro i hverdagen, men når jazzmusikerne inntar Majorstutunet bo- og behandlingssenter stråler 91-åringen opp i et lykkelig, avslappet smil.

– Mor tok sangutdanning som ung, og har sunget både Grieg, Schumann og Schubert. Men hun var også medlem i Oslo Rhythm Club, så å få høre denne musikken er det beste av alt. Da våkner hun opp og synger med. Tidligere kom alle tekstene av seg selv, nå nøyer hun seg med melodiene. Så lenge moren min har musikken, har hun det bra. Dette er livskvalitet for henne, sier datteren Kirsten Mønnesland.

– Selve livet

I festivalteltet møter man også Norges eldste innbygger Carl Falck (106) og Bjørn Skånholt (93). De skåler i øl for sin felles alder; det mangler bare ett år på 200 nå, og begge er strålende fornøyd med tiltaket.

– Musikken er selve livet det! Det setter en i godt humør, sier 106 år gamle Carl.

Og livet vil han gjerne holde fast ved i noen år til. Han trener hver dag.

– Jeg har tenkt å bli 110. Ja, det er i hvert fall målet i første omgang, så får vi se hva det blir til etter hvert. Opplevelser som dette bidrar absolutt i riktig retning, smiler han fornøyd.



1



2



5

Oppsøkende musikk

Gulljazz kalles utviklingsprosjektet som i 10 år allerede har bragt de gyldne tonene til Kirsten og de andre beboerne ved Majorstutunet bo- og behandlingssenter. Bak ideen står senterets kulturinspirator Birgit Skogen, som arrangerte den første Mabo-jazzen (Mabo = Majorstutunet bo- og behandlingssenter) i 2003.

– Siden har vi bygget og bygget. Med de gode erfaringene fra Mabojazz, etablerte jeg og Kavlifondet¹ våren 2013 utviklingsprosjektet Gulljazz, som i år realiserte drømmen om en non-profit jazzfestival også ved Kirkebakken Omsorgssenter i Molde. Jeg har nå delvis

permisjon fra stillingen min ved Majorstutunet for å jobbe mot målet vi har satt oss: Å arrangere Gulljazz på sykehjem i alle byer der jazzfestivaler allerede finnes, forteller Birgit Skogen.

– Som yngre har mange av beboerne hatt stor glede av å oppsøke steder der de kan høre musikk, nå kommer de seg ikke dit. Da må jazzen komme til dem! De nære ting er overrepresentert ved norske sykehjem i dag. Vi må sørge for større bredde i tilbudene, sier Birgit.

– Fantastisk konsept

På repertoaret denne fine augustdagen står mange kjente navn. Hot Club de Norvège åpner festivalen, senere følger Frode Alnæs trio, Ophelia Orchestra, Kampen Janitsjar med Paradedamene samt Birgits Husband.

Kjøkkenpersonalet har for anledning rigget til et utekjøkken for å kunne servere beboerne skikkelig festivalmat. Barkeep-erne har også mye å gjøre, det går i øl, vin og vann, og serveringen ved bordene er det de ansatte som står for.

Institusjonssjef Arvid Kristiansen er glad for at Majorstuen bo- og behandlingssenter har den årlige festivalen: – Den er viktig for beboerne!

Statssekretær Kjell Erik Øie, som sto for den formelle åpningen i helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støres fravær, tar enda litt hardere i: – Musikk er helsebringende for oss alle og Gulljazz er et fantastisk konsept. Jeg håper vi får mer musikk og kultur i eldreomsorgen i årene som kommer!

¹) O. Kavli og Knut Kavlis allmenntilrette fond er en stiftelse som har til formål, gjennom tildeling av midler, å fremme humanitære formål, forskning og kultur.



1. **NORGES ELDSTE:** – Musikken er selve livet det, hevder Carl Falck (106), som er Norges eldste nålevende person.
2. **INITIATIVTAKER:** Kulturinspirator Birgit Skogen har som mål å arrangere Gulljazz på sykehjem i alle norske byer der det finnes en jazzfestival.
3. **CODE VENNER:** Trygve Danielsen (t.v.) og Abdel Akroute.
4. **RIKTIGE RAMMER:** Utekjøkkenet og åpen bar bidrar til den riktige festivalstemningen. Kokken Rajes Jeyajothy sørger for at deltakerne får nok å spise.
5. **SLÅR AN:** Hot Club de Norvége slo an de første tonene under årets Gulljazz på Majorstutunet bo- og behandlingssenter.
6. **SKÅL:** Med åpen bar har Tom Guldberg og de andre beboerne også muligheten for å ta seg en festivalskål.
7. **FELLESSKAP:** Bjørn Skånholt (93) ankom festivalen sammen med vennene Carl Falck. – Til sammen mangler vi bare ett år på tohundre, humrer han.
8. **FOR EGEN MASKIN:** Noen av festivaldeltakerne ble trillet inn, andre står fortsatt på egne ben. Denne gjesten strålte da han ankom festivalområdet.

Signe Tretteteig, stipendiat (tekst)



Ill. foto: Tylor Olson, Scanstockphoto

Ny forskningsstudie:

Effekt av dagaktivitetstilbud for personer med demens

Prosjektet er finansiert av Norsk forskningsråd og gjennomføres av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse sammen med nasjonale og internasjonale samarbeidspartnere.

Etablering av dagaktivitetstilbud som er tilrettelagt for personer med demens er en nasjonal satsing blant annet gjennom Demensplan 2015.

Målet med denne studien er å se på hvilken effekt slike tilbud har på brukerne og deres nærmeste pårørende og sammenlikne dette med situasjonen til brukere av hjemmetjenester som ikke har tilgang til slikt tilbud. Vi vil også se på kostnadene og aktivitetene ved ulike dagaktivitetstilbud.

Beskrivelse av studien

Studien vil starte opp høsten 2013 og pågå i fire år. Ansvarlige ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse er professor Knut Engedal og prosjektleder Anne Marie Mork Rokstad.

Ønsker dere å være med å bidra i din kommune?

For å kunne finne svar på disse spørsmålene må vi ha med 400 personer med demens sammen med en pårørende, det vil si 200 brukere av et tilrettelagt dagaktivitetstilbud og 200 personer uten et slikt tilbud.

Høres dette interessant ut? Kan din kommune være med å rekruttere deltakere til studien?

Hvilke spørsmål ønsker vi å få svar på i studien?

- ◆ Hvordan påvirker dagaktivitetstilbudet livskvaliteten til brukerne og deres pårørende?
- ◆ Kan dagaktivitetstilbud forebygge depresjon hos brukerne og/eller deres pårørende?
- ◆ Påvirker dagaktivitetstilbudet funksjonsnivået til brukerne på en positiv måte?
- ◆ Hvilken innvirkning har et slikt tilbud på bruken av andre helsetjenester for brukere og deres pårørende?
- ◆ Hvordan påvirker dagaktivitetstilbudet behovet for sykehjemsplass?
- ◆ Hva kjennetegner et tilrettelagt dagaktivitetstilbud for denne gruppen og hva er kostnadene knyttet til slike tilbud?
- ◆ Hva beskriver brukere og pårørende som et godt dagaktivitetstilbud?
- ◆ Er dagaktivitetstilbud et kostnadseffektivt alternativ for samfunnet?

Ta kontakt med:

Stipendiat Ingeborg Halse,
ingeborg.halse@aldringoghelse.no / tlf. 47 41 70 61

Stipendiat Signe Tretteteig,
signe.tretteteig@aldringoghelse.no / tlf. 90 10 89 38

 **Aldring og helse**
 Nasjonalt kompetansesenter

Kurs for yngre personer med demens og pårørende

Møteplass for mestring

Kursserien *Demens midt i livet. Møteplass for mestring* er et tilbud til yngre personer med demens og en av deres pårørende.

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

Informasjon og veiledning kan forebygge stress, belastninger og skape

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

vært godt å treffe andre i samme situasjon, oppleve å ikke være alene, få trøst, føle seg sterkere, lære av hverandre og knytte kontakter. Deltakende par betaler en egenandel på kr. 1 000,- for kurs og opphold. Reiseutgifter med billigste transportmiddel utover kr. 1 000,- dekkes. Helsepersonell oppfordres til å formidle informasjon om samlingene til aktuelle deltakere.

Følgende samlinger er planlagt høsten 2013:

Region	Arrangement 2013	Kontaktperson
Nord-Norge	Bodø 29.08 – 01.09	Frode Vikhals Fagermo Tlf: 75 52 34 29 frode.vikhals.fagermo@nasjonalforeningen.no
Vest-Norge	Osterøy, Hordaland 24.10 – 27.10	Ingvild T. Hansen Tlf.: 23 12 01 22 INHA@nasjonalforeningen.no
Sør-Norge	Tjøme, Vestfold 26.9 – 29.9	Bjørn Lofstad Tlf: 23 12 00 88 bjorn.lofstad@nasjonalforeningen.no
Østlandet	Sørmarka, Akershus 5.9 – 9.9	Elisabeth Madsen Tlf: 23 12 00 56 elisabeth.madsen@nasjonalforeningen.no

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



NYTT STUDIETILBUD

Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

FAGSKOLE

Utviklingshemning og aldring

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

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

Informasjon, opptakskriterier og søknadsskjema:
www.aldringoghelse.no
Ytterligere opplysninger tlf. 33 34 19 50

STUDIETILBUD

Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

FAGSKOLE

Demensomsorg og alderspsykiatri

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

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

Informasjon, opptakskriterier og søknadsskjema:
www.aldringoghelse.no
Ytterligere opplysninger tlf. 33 34 19 50

Kurs & konferanser 2013

KURS HØST 2013

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

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

Retningslinjer for publisering av forskningsartikler i D&A

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

Fagfelleevaluering

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

Generelt

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

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

Oversendelse av manuskript

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

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

1. Overskriftsside

Tittel på artikkelen.

Forfatterens (forfatterne) for- og etternavn.

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

Forfatterens (forfatterne) stilling og arbeidssted.

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

Antall figurer og tabeller i artikkelen.

2. Sammendrag

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

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

Maksimalt 250 ord.

Etikk

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

Forfatterskap

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

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

Interessekonflikter

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

Referanser

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

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

REFERANSER

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

Eksempler

Tidsskriftartikkel med fortløpende paginering:

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

Tidsskriftartikkel hvor hvert nummer er paginert for seg:

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

Supplement til tidsskrift:

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

Bok:

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

Kapittel i bok med flere forfattere:

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

Rapport:

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

Offentlig publikasjon:

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

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

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

Avhandling:

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

Avisartikkel:

Hansen TE. Avsporing fra smittevernetaten. *Bergens Tidende* 10.9.2007.

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

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

Publisering av fagartikler i Demens & Alderspsykiatri

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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



da Demens & Alderspsykiatri

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

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

Bestill Tidsskriftet

e-post tidsskriftet@aldringoghelse.no

telefon 22 11 77 28

eller skriv til:

Aldring og helse

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



Aldring og helse
 Nasjonalt kompetansesenter

www.demensogalderspsykiatri.no



Aldring og helse
 Nasjonalt kompetansesenter

Torhild Holthe

Kunsten å skynde seg sakte...

Formidling av kognitive hjelpemidler til personer med demens

Håndboken er ment som hjelp til helsepersonell som er involvert i å vurdere tiltak for personer med demens, der tekniske hjelpemidler kan være aktuelt for å støtte opp om aktivitet og deltakelse i hverdagen. Boken vil være et redskap for å bli kjent med noe av teknologien som finnes og hvilke prosedyrer som må ivaretas for at denne skal være aktuell og til nytte for personer med demens og de som er i støtteapparatet omkring. Vi håper at den vil være et nyttig verktøy og en oppslagsbok for helsepersonell i praksisfeltet.

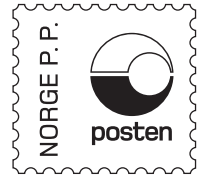
ISBN 978-82-8061-208-3
 60 sider – kr 100,-



For bestilling og mer informasjon:

www.aldringoghelse.no

tlf 33 34 19 50 – post@aldringoghelse.no



D&A går i dybden – og i bredden

ISSN: 1890-4130

Medlem av



Demens & Alderspsykiatri utgis av



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

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

post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no



Demens & Alderspsykiatri

www.demensogalderspsykiatri.no

tidsskriftet@aldringoghelse.no