



Aktive dager gir trivsel

Til sjøs med demens

fra side 24

4 | Tysk lege i norsk demensomsorg

7 | Disputerte om tap av ferdigheter og livskvalitet

22 | SAMSA - samhandling i praksis

Redaktør:

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

Redaksjonssekretær:

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

Ansvarlig redaksjonskomité:

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

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

Allan Øvereng, sykepleier, nettverkskoordi-
 nator, Regionalt kompetansesenter for eldre-
 medisin og samhandling, Helse Stavanger HF

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

Bernhard Lorentzen, avdelingsoverlege,
 Diakonhjemmet sykehus, Alderspsykiatrisk avd.

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

Fagartikler sendes til
 bente.wallander@aldringoghelse.no

Vitenskapelig redaksjon:

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

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

Geir Selbæk, psykiater, ph.d. forskningsleder

Knut Engedal, professor dr.med.

Vitenskapelige artikler sendes til
 fagredaktor@aldringoghelse.no

Abonnement:

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

Demens & Alderspsykiatri
 utkommer fire ganger i året.

Abonnement koster per år:
 Norge: kr 380 Norden: kr 450

Utgiver

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

Layout/trykk

BK Grafisk, Sandefjord (TAa)

Det redaksjonelle arbeidet er
 avsluttet 1. september 2014.

Fagpressen



- 4 Folk i fokus: Bettina Husebø
- 7 Disputas Frøydis Kristine Bruvik
Livskvaliteten svekkes av depresjon
og tap av ferdigheter
- 9 Disputas Janne Røsvik
Personsentrert omsorg reduserte uro
og depresjon hos personer med demens
- 11 Funksjonshemning og ensomhet i eldre år.
Hva betyr mestring?
Kirsten Thorsen, Magnhild Nicolaisen
- 17 Hva bidrar til permanent sykehjemsplass innen
ett år etter en sykehusinleggelse?
Anne-Sofie Helvik, Randi Helene Skancke, Geir Selbæk,
Knut Engedal
- 22 Samhandling for økt kompetanse
- 24 Kreative Kvalsund satser sterkt
Samarbeid og tidlig innsats
- 26 Inn på tunet - ut på havet
Blågrønn omsorg i Kokelv
- 28 Søk midler med utgangspunkt
i lokale forhold
- 29 Sanselig drivhus på Tåsen
- 31 Demensplanmidler ga drømmear
Gerd Komperød, Solbjørg Johansen
- 35 Reisebrev: Demensomsorg i Japan
Torhild Holthe, Astrid Andersen
- 37 Stemningsrapport fra WFOT 2014
Torhild Holthe, Astrid Andersen
- 38 Global helseutfordring i endring
- 40 Informasjon



Forsiden:
 Karstein Arild, Kokelv.
 Foto: Bente Wallander





Frem for flere fargerike tilskudd

I denne utgaven av D&A formidler vi mange eksempler på aktiviteter som kan drives for og sammen med personer med demens eller en alderspsykiatrisk lidelse.

I plantehuset til alderspsykiatrisk avdeling på Tåsen stråler alle regnbuens farger mot deg. I Kokelv tilbyr man «blågrønn omsorg» til et bredt spekter av brukere. Når de planlagte tilbudene *Inn i gamma* og *Opp på fjellet* settes i sving, har Kvalsund kommune tatt nesten hele paletten i bruk. Brevene fra Sarpsborg inneholder en rekke andre inspirerende eksempler fra vår fargesterke omsorgshverdag.

Felles for tiltakene er at de blir til takket være enkeltpersoners glødende ønske om å bidra positivt. Faglige ildsjeler som dette finner du over alt. Mange får nå sjansen til å realisere sine drømmer takket være sentralt bevilgede tilskuddsmidler. Når helsedirektoratet forteller at de fortsatt har midler igjen til etablering og drift av nye dagaktivitetstiltak, burde det ringe ei bjelle eller to rundt om i kommunene.

«Har vi utnyttet potensialet lokalt, slik at våre innbyggere med demens kan få så aktive og meningsfulle hverdager som mulig?»

Bente Wallander

bente.wallander@aldringoghelse.no



KOMPLISERT FELT: *Bettina Husebø ble sjokkert da hun forsto hvor lite hun visste om sykehjemsmedisin. – Sykehjemsmedisin er så komplisert at det burde vært en egen disiplin i legestudiet, mener hun.*

Bente Wallander (tekst og foto)

Tysk doktor i norsk demensomsorg En smertelig affære

Hun forlot Tyskland med et ønske om å implementere bedre behandling for døende eldre i norske sykehjem. Virkeligheten viste seg å være en annen. Med sin andre doktorgrad studerte Bettina Husebø forholdet smerter og personer med demens.

Smerter hos personer med demens har siden vært ett av Bettina Husebøs kjerneområder.

– Da jeg kom til Norge i 1997 hadde jeg allerede en tysk doktorgrad, men forsto raskt at den ikke telte i Norge. Jeg sendte to søknader samtidig; Én om palliativ medisin hos gamle på sykehjem og en om vurdering av smerter hos personer med demens. Avgjørelsen ble tatt for meg, kan du si. Det var det sist nevnte doktorgradsprosjektet jeg fikk penger på, forteller hun.

Fra de tyske skoger

Bettina Husebø er født og oppvokst i den lille tyske byen Warstein, for mange kjent for sitt gode øl. Hun studerte først i Aachen, så i den tidligere vesttyske hovedstaden Bonn.

– Som legestudent var jeg opprinnelig mest interessert i homeopati. Jeg var rimelig alternativ på den tiden, gikk med ønskevist og slikt. Men på slutten av studiet ble jeg redd. For hva skulle jeg gjøre i en akutt situasjon. På dette om-

rådet hadde ikke homeopatien noe å tilby. Jeg gikk derfor over til tradisjonell intensivmedisin.

Etter studiene arbeidet Bettina i flere år ved Bonns universitetssykehus. Her spesialiserte hun seg først i anestesi, så i intensiv og til slutt i palliativ behandling. Hun steg samtidig i gradene og ble etter hvert overlege ved sykehusets palliative avdeling.

Møte med virkeligheten

På slutten av nittitallet møtte hun så kjærligheten i den norske legen Stein Husebø. Han bodde i Tyskland da han arbeidet med et standardverk om palliativ medisin for Springer forlag. Paret flyttet sammen til Norge da boken var ferdig i 1997.

– Vi var begge interessert i palliativ behandling og godt etablerte på dette området. «Hvem trenger palliativ omsorg uten å få det?», lurte vi på. «Jo, det må være gamle mennesker på sykehjem». Vi reiste til Norge med en idé om å implementere bedre behandling for

| | |
|----------|---|
| Navn | Bettina Elisabeth Franziska Sandgathe Husebø |
| Alder | 55 år |
| Familie | Gift med Stein. Til sammen har de seks barn i alderen 15-44 år, ni barnebarn og en utvekslingsstudent fra Thailand |
| Bor | Bergen |
| Stilling | Førsteamanuensis, Senter for alders- og sykehjemsmedisin (SEFAS), Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen |

denne pasientgruppen i løpet av to år, men når vi begynte å jobbe ble vi veldig overrasket. Utfordringene var jo helt annerledes enn hva vi hadde trodd.

– Jeg, som knapt hadde vært innom et sykehjem i Tyskland, oppdaget samtidig hvor lite jeg visste om behandling av mennesker i denne fasen av livet. Jeg var spesialist i anestesi, men hadde ikke peiling på hvordan jeg skulle behandle en person med demens. Da jeg senere begynte å se nærmere på smerter hos personer med demens ble jeg lettere sjokkert. Først da forsto jeg hvor komplisert sykehjemsmedisin egentlig er. Folk svinner jo bare hen, uten at man vet hva man skal gjøre. Temaet burde vært en egen disiplin i legestudiet.

Ble sjokkert

Bettina Husebø utdyper gjerne sine erfaringer:

– Når dødsfasen først er der, er det egentlig ganske lett. Det er perioden før dette, de siste årene av sykehjemsbeboernes liv, som er den mest krevende. Pasientene er ofte ikke informert, de lider av smerter som kan være vanskelige å bedømme for andre og de klarer ikke å si fra selv. Hvordan skal vi kunne se en behandlingseffekt da?

– Det neste, store problemet er at de fleste får alt for mye medisiner. For 17 år siden ble jeg svært overrasket da jeg så

hvilke mengder som ble gitt. Det var liten oppmerksomhet rundt interaksjoner, doseringer like så. Jeg ble også sjokkert over hvor mange som hadde psykiske problemer, spesielt da jeg oppdaget hvor mange pasienter som ble låst inne. Mange pasienter kjedet seg. De satt seg rett og slett i hjel, for å sette det på spissen.

Store endringer

17 år senere synes Bettina at mye har forandret seg til det bedre.

– Man låser riktignok fortsatt dører, men ikke uten å reflektere over det. Som oftest skyldes det vel at det ikke er nok personale til å ta seg av disse krevende pasientene. Prioriteringene i helsevesenet kan gi seg ganske groteske utslag. Da jeg kom hit i 1997 var vi 1,5 leger på 240 pasienter. Du visste ikke hvor du skulle begynne, for å si det mildt. Man fant i tillegg mye egenrådighet hos pleiepersonalet. Jeg oppdaget for eksempel at pleierne gjennomførte to «tømmedager» i uka, de holdt da på til de fikk effekt. På dette området har mye heldigvis forandret seg til det bedre.

– Pleiepersonalet av i dag har høyere kompetanse og er svært flinke. Folk er dessuten mye stoltere av å jobbe på norske sykehjem nå enn før, det gjelder både sykepleiere, vernepleiere og leger.

Utviklet måleinstrument

Da Bettina tok fatt på sin andre doktorgrad, var hun ikke klar over hvor mye jobbing det ville innebære.

– Heldigvis. Men jeg har hatt gode veiledere og mye flaks underveis, smiler hun i ettertid.

Som et ledd i doktorgradsarbeidet utviklet, testet og implementerte hun instrumentet MOBID-2 smerteskala, som helsepersonell nå bruker for å måle smerter hos personer med demens. Da Bettina tok instrumentet i bruk dokumenterte hun at smerter gir de fleste sykehjems pasienter som har demens dårligere dager.

– I post.doc-perioden prøvde jeg så ut effekten av smertebehandling. Gjennom dette arbeidet ble det vist at all uroatferd ikke er demensrelatert. Symptomer som uro, klaging, konstante krav på oppmerksomhet og vandring opptrer både ved ulike former for demens og ved smerte. Pasienter med litt smerte vandrer gjerne, har de sterke smerter orker de ikke. Pasienter med slike symptomer ble uansett bedre med smertebehandling. Pasienter med depresjonssymptomer, apati, spiseforstyrrelser og søvnvansker ble også bedre, mens smertebehandlingen ikke hadde tilsvarende effekt på symptomer som spyting, biting og høye skrik. Dette synes å være en mer psykisk betinget atferd, sier hun.



LEPRAMUSEUM:

Bettina Husebø har sitt kontor der Armauer Hansen i sin tid arbeidet. Den flotte trebygningen huset på 1800-tallet Pleiestiftelse for spedalske.

Hva hjelper

Bettina Husebø arbeider nå med flere nye prosjekter. Ett av dem er Dep.Pain.-Dem-studien, der man har inkludert 266 pasienter som er deprimerede, har smerte og demens.

– Pasientene får enten behandling med placebo eller paracetamol og/eller buprenorphin plaster. Hensikten er å se om de med placebo blir like bra i forhold til depresjon som de uten. Hvis det ikke finnes en effekt er det «wow». Og hvis de blir bedre er det «wow wow»! Det er tidligere påvist at pasienter med demens ikke har noen effekt av antidepressiva. Det er derfor viktig å finne andre veier, sier hun.

Nye veier testes også ut gjennom arbeidet med KOSMOS-studien. Bokstavene står for Kommunikasjon, Smertevurdering (ved hjelp av Mobid2) og -behandling, medikamentgjennomgang og aktiviteter.

Hele pakken samtidig

– Vi vet at forskjellige intervensjoner har en positiv effekt på pasienter med demens: Samtaler, smertevurdering, reduksjon av medikamenter og aktiviteter bidrar hver for seg til at pasientene føler seg bedre. Men sykehjems pasientenes problemer er så sammensatt. Vi kan ikke bare se på smertene for seg. Gjennom KOSMOS prøver vi nå å implementere hele «pakken». Målet er å etablere en

plan og innlede kommunikasjon med pasienten og de pårørende så tidlig som mulig.

– En til én-samtale er viktig. Vi må bli bedre kjent med våre pasienters verdier og perspektiver. Så må vi fortsette å snakke sammen en gang i måneden og en gang i kvartalet møtes fysisk.

Vi vet av erfaring at hvis det går bra i begynnelsen, går det gjerne bra på slutten av et pasientforløp også. At vi ikke snakker med hverandre er hovedårsak til klager. Pasienter og pårørende tåler mye dersom de har tillit til behandlerne.

– Vi har som mål å inkludere én avdeling fra hver av 40 sykehjem i Norge til KOSMOS. Allerede har vi lært svært mye og mere kommer de nærmeste årene.

Vil restituere døden

Bettina Husebø lar seg lett engasjere. Det neste store temaet hun er opptatt av er døden.

– Hvordan dør personer med demens? Om dette vet vi lite eller ingen ting. Hva skjer ved livets slutt? Når pasientene dør hjemme og når de dør på en institusjon? Vi har nærmest glemt håndverket rundt det å dø. Døden døde for noen år siden i vårt samfunn, kan man vel si. Vi må restituere den og gjeninnføre den.

– Forskning viser (Der Spiegel 22/2012) at 66 prosent av befolkningen ønsker å dø hjemme. Likevel dør over 80

prosent av alle nordmenn i sykehjem eller på sykehus (SSB 2012). Gjennom forskningsprosjektet «Alternativ til 113» vil vi finne ut hva som er viktig for at pasienter som ønsker å dø hjemme skal få et reelt valg til å kunne gjøre det. Norge ligger på jumboplass sammenliknet med andre land når det gjelder hjemmedød. Vi vil undersøke epidemiologiske data, hvem som dør hjemme, hvilke sykdommer de dør av, deres sosiale forhold og så ønsker vi å starte noe klinisk.

– Det er ikke noe mål å tvinge folk til å dø hjemme, eller å skape en oppfatning om at hjemmedød er det eneste rette for alle. Mitt poeng er at man skal føle at man har en reell valgmulighet ved livets slutt, understreker Bettina Husebø.

Elsker bevegelse

Vår samtale nærmer seg også enden.

– Dagene dine synes å være fylt opp med arbeid relatert til sykdom, smerter og død. Gjør du noe for å veie opp for alt dette? Hva driver du med når du ikke er på arbeid?

– Fritiden bruker jeg på aktiviteter knyttet til familien, naturen og løping. Jeg elsker å bevege meg og finner ofte de beste løsningene på ting når det gjelder prosjekter eller artikler ute i naturen, avslutter Bettina Husebø.



AKTIV FORSKER: Bettina Husebø elsker å bevege seg og finner ofte svar på faglige utfordringer i naturen.

Bente Wallander (tekst og foto)

Livskvaliteten svekkes av depresjon og tap av ferdigheter



FERSK DOKTOR: Frøydís Kristine Bruvik.

- Personer med demens vurderer sin egen livskvalitet til å være bedre enn hva deres pårørende mener. Felles for deres betraktninger var at depresjon og tap av praktiske ferdigheter var de sterkeste risikofaktorene for redusert livskvalitet.

Det forklarte Frøydís Kristine Bruvik, da hun i mai forsvarte sin doktoravhandling *Persons with dementia and their family carers, quality of life, coping, depression and the effect of a psychosocial intervention* ved Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Oslo.

Mer positiv enn pårørende

- Hva skjer med personer med demens og deres omsorgsgivere når en i familien utvikler demens? Det var ett av spørsmålene Frøydís Kristine Bruvik søkte svar på med sitt doktorgradsarbeid. Etter å ha fulgt 230 hjemmeboende personer med demens og deres familieomsorgsgivere fra 19 kommuner over 12 måneder, vet hun mer.

- Personer med demens vurderer sin egen livskvalitet til å være bedre enn hva deres pårørende mener. Felles for deres betraktninger var at depresjon og tap av praktiske ferdigheter i hverdagen var de sterkeste risikofaktorene for redusert livskvalitet, forklarte hun.

Fra skam til åpenhet

Til prøveforelesningen hadde Frøydís Bruvik fått oppgitt temaet *Psykososiale intervensjoner for pasienter med demens og deres pårørende i ulike kulturer*.

- Det er store forskjeller mellom vestlige og ikke-vestlige kulturers holdninger til demens. Sykdommen kan føre til stigmatisering, og oppfattes av noen som «galskap». Demens i familien kan også gi en følelse av skam. Dette medfører tilsynelatende en underdiagnostisering og manglende støtte, noe vi også har sett her i Norge. Det var grunnen til at Kong Harald i forbindelse med fjorårets tv-aksjon blant annet tok til orde for større åpenhet om demens – etter hans mening et av vårt samfunns siste tabuer, utdypet Frøydís Kristine Bruvik.

Bærer byrdene

Familiestrukturene i ikke-vestlige land er preget av storfamilier.

- Man er flere til å dele på belastningene. I vestlige kulturer har man en

forventning om at det offentlige skal ta seg av omsorgen, men når tjenestetilbudet uteblir, endres holdningene til de pårørende også her, til å ta de oppgaver som er nødvendig.

Det kan derved se ut som om etablering av offentlige tjenestetilbud er av stor betydning for vår innstilling til offentlig versus familieomsorg ved demens i familien.

– Studier fra vestlige land indikerer at psykososial intervensjon har effekt på enkelte faktorer av pårørendebelastning og effekt på pasientenes atferd og livskvalitet. Det finnes ikke evidens for slike effekter i de skandinaviske studiene, med unntak av en tidligere norsk studie som i subgruppeanalyse identifiserte reduksjon av nevropsykiatriske symptomer hos kvinnelige pasienter. (Studien «Demens i familien», Ulstein, 2009)

Pårørende blir også syke

Personer med demens bor i Norge i eget hjem mesteparten av tiden de har demens. Først når tilstanden forverres, blir institusjonsinnleggelse nødvendig. Både personer med demens og deres familieomsorgsgivere har økt risiko for depresjon og redusert livskvalitet. De kan også

miste kognitive funksjoner som hukommelse, oppmerksomhet og evne til tenkning. Dette kan medføre endring av atferd og reduserte ferdigheter for normal funksjon i dagliglivet.

– Halvparten av familiene som ble fulgt deltok i et strukturert psykososialt støtteprogram som innebar undervisning om demens og opplæring i problemløsning. Slik kunnskap kan bidra til at man i større grad lytter til den beskrivelsen personer med demens gir av sitt liv, ikke bare deres pårørendes, fortalte doktoranden.

Mestringsevne viktig

I Bruviks studie ble familieomsorgsgivernes mestringsevne funnet å være den sterkeste forklaringen til byrde og belastning hos de pårørende.

– Dette funnet gir økt kunnskap i forhold til å identifisere familieomsorgsgivere med økt risiko for belastning, fastslo hun.

Etter 12 måneder ble det ikke funnet forskjeller mellom de som deltok i det psykososiale støtteprogrammet og kontrollgruppen.

– Studien kan likevel bidra til videre forskning om tiltak som kan bedre situa-

sjonen for personer med demens og deres familieomsorgsgivere, konkluderte Frøydis Kristine Bruvik.

Hver situasjon unik

– Med bakgrunn i den kunnskap du nå har opparbeidet deg: Hvilken tilnærming ville du anbefale som tiltak overfor en familie der ett av medlemmene har fått demens, ville en av opponentene vite.

– Hver pårørendesituasjon er unik. Vi lever ulike liv med våre nærmeste. Man kan ikke standardisere en felles tilnærming til personer med demens og deres pårørende. Vi må ta utgangspunkt i den enkeltes familie og ressurser, svarte Frøydis Kristine Bruvik.

Bedømmelseskomiteen besto av 1. opponent førsteamanuensis Claudia Rodriguez-Aranda fra Institutt for Psykologi, Universitetet i Tromsø, 2. opponent førsteamanuensis Inger Utne, Institutt for sykepleie, Høgskolen i Oslo og Akershus samt tredje komitémedlem; førsteamanuensis Ellen Karine Grov, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Disputasen ble ledet av professor Christina Foss.



TIL STEDE: *Fra venstre: Christina Foss, Inger Utne, Anette Hysten Ranhoff, Claudia Rodriguez-Aranda, Frøydis Kristine Bruvik. Bak fra venstre: Knut Engedal og Ellen Karine Grov.*

Bente Wallander (tekst)
Arnfinn Eek (foto)

Personsentrert omsorg reduserte uro og depresjon hos personer med demens



ANNEN VINKEL: – Det vi i praksis prøver å få pleierne til er å imta pasientens perspektiv, understreker nybakt ph.d., Janne Røsvik.

Janne Røsvik har med sitt doktorgradsarbeid vist at personsentrert omsorg bidrar til å redusere nevropsykiatriske symptomer hos sykehjemsbeboere med demens. – VIPS praksismodell hadde spesielt god effekt på pasienter med symptomer på depresjon, fortalte hun.

Cand.polit. Janne Røsvik ved Institutt for klinisk medisin forsvarte sin doktoravhandling ved Universitetet i Oslo den 16. juni. Til grunn for temaet *Development, evaluation and the effects of the VIPS practice model for the person-centred care of patients with dementia* lå blant annet en 10-måneders psykososial intervensjon der 14 norske sykehjem med tilsammen 624 pasienter med demens fra 40 ulike avdelinger deltok i en randomisert kontrollert studie der

VIPS praksismodell (se faktaramme s. 10) ble testet samtidig med Dementia Care Mapping (1).

Data ble samlet inn før inndeling i intervensjonsgrupper og kontrollgruppe, før noen pleiere fra hver avdeling i intervensjonsgruppen hadde deltatt på et tre dagers opplæringskurs i bruken av VIPS praksismodell og etter at de hadde brukt VIPS praksismodell i 10 måneder. Det var pleierne som, i samarbeid med sin leder, implementerte modellen.

Janne Røsvik ville på denne måten undersøke om personsentrert omsorg kan påvirke forekomsten av de atferdsmessige og psykiatriske symptomene som mange personer med demens plages med i sitt sykdomsforløp. Eksempler på slike symptomer er uro, depresjon og vrangforestillinger.

– Etter å ha sammenliknet resultatene fra intervensjonsgruppen med dem jeg fikk fra kontrollgruppen, ser jeg at personale fra sykehjem der VIPS praksismodell var implementert rapporterte signifikant færre nevropsykiatriske symp-

tomer hos pasientene. Dette gjaldt spesielt symptomer på depresjon, forklarer hun.

Liten avdeling – stor gevinst

Til prøveforelesningen hadde Janne Røsvik fått oppgitt temaet *Hva er komplekse intervensjoner? Forskningsmessige utfordringer og praktiske implikasjoner*. Hun besvarte oppgaven ved å bruke teorien på sin egen studie. Røsvik viste eksempler på hva som kan variere, og som faktisk varierte i denne intervensjonen:

– At deltakerne i vår studie er medlemmer av flere sosiale systemer på ulike nivåer samtidig, får praktisk konsekvens for hvordan den statistiske analysen utføres. Deltakerne er en del av pasientgruppen generelt, men også en del av pasientgruppen ved ett bestemt sykehjem. De er i tillegg en del av det sosiale systemet ved sin avdeling. Man kan få resultater som sier noe om hele gruppen under ett, slik vi gjorde når det gjaldt depresjon og nevropsykiatriske symptomer. Men da vi analyserte materialet på

avdelingsnivå så vi at det var forskjell på effekten mellom avdelingene. Det varierte til og med ved samme sykehjem.

Spennende spørsmål

– Så kan man lure på hvorfor er det sånn? Blant de faktorene vi hadde data på, var det størrelsen på avdelingen som forklarte mest. Man fikk større uttelling ved å bruke VIPS praksismodell der det var kort administrativ avstand mellom avdelingsleder og pleiere, det vil si på mindre avdelinger.

Janne Røsvik tenker selv at det å bli sett og anerkjent av en tilstedeværende leder er viktig.

– Ledere må nok også ha en type autoritet. I ettertid ser jeg dette som ett av temaene det hadde vært spennende å få jobbe mere med.

Pasientens perspektiv

Under disputasen ble Janne Røsvik bedt om å utdype temaet personsentrert omsorg.

– Trenger vi personsentrert omsorg egentlig? De fleste forstår intuitivt hva begrepet dreier seg om, men hvis man spør: «Hvordan gjør du det, da?», så har de fleste paradoksalt nok problemer med å være konkrete. VIPS-rammeverket gir begrepet innhold. Det vi med denne modellen prøver å få pleierne til er i praksis å innta pasientens perspektiv, forklarte hun.



Fra v.: Eric Carlström, Anners Lerdal, Janne Røsvik, Ingunn Moser og Ragnhild Hellesø.

I ettertid synes Røsvik at det å utvikle materialet som ble brukt til å implementere personsentrert omsorg i de ulike avdelingene var svært spennende; VIPS-manualen, instruksjonsfilmer og introduksjonskurs.

– Noe av det mest givende har ellers vært pleiernes tilbakemeldinger, slik vi fikk i pilotundersøkelsen der vi prøvde ut VIPS praksismodell før den ble brukt i den randomiserte kontrollerte studien. Begeistrede pleieres fortellinger om pasienter som har fått det bedre gjør inntrykk. Det er jo slikt som gir arbeidet en mening!

Disputasen ble ledet av professor Anners Lerdal, Institutt for helse og samfunn, UiO. Bedømmelseskomiteen besto av 1. opponent: Professor Eric Carlström,

Högskolan Vest, Trollhättan, Sverige, 2. opponent: Professor Ingunn Moser, Diakonhjemmet høgskole, Oslo og 3. medlem: Førsteamanuensis Ragnhild Hellesø, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

REFERANSER

1. Rokstad AM. Person-centred dementia care to prevent and treat neuropsychiatric symptoms and enhance quality of life in nursing home patients – the role of leadership and the use of Dementia Care Mapping.
2. Brooker D. Person-centered dementia care: Making services better. London: Jessica Kingsley Publishers, 2007.
3. Kitwood T. Dementia Reconsidered: The Person Comes First.

VIPS praksismodell

Professor Dawn Brooker (2) har utviklet VIPS-rammeverket, som er en sammenfatning av Tom Kitwoods omsorgsfilosofi (3). 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) knyttet til seg. Ved hjelp av indikatorene vurderer man i VIPS praksismodell om omsorgen som ytes er personsentrert i konkrete situasjoner.

Slik 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:

V5 Miljøet

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

Individuelt tilrettelagt omsorg:

I4 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:

P1 Kommunikasjon

– Blir personen spurt om hva hun ønsker og mener?

Sosialt miljø:

S1 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?

(Les mer om VIPS i D&A 3-13, s. 11)



Kirsten Thorsen, psykolog, dr.philos., seniorforsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse og professor II ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold
Magnhild Nicolaisen, sosiolog, cand.polit., forsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

Funksjonshemning og ensomhet i eldre år

Hva betyr mestring?¹

I denne artikkelen setter vi søkelyset på opplevelse av ensomhet i eldre år, og belyser spesielt hva mestring betyr for eldres ensomhetsfølelse. Særlig er vi opptatt av forskjeller mellom mennesker med og uten funksjonsnedsettelse.

Innledning og tidligere studier

Ensomhet er en opplevelse av å savne nær og god kontakt med andre. Det er ikke det samme som sosial isolasjon eller å ha få kontakter, men det er rimeligvis en sammenheng. Mennesker med mange kontakter kan ha lettere for å finne noen å stå nær. Weiss (1) pekte på to former for ensomhet; savnet av noen å være fortrolig med, det han kalte *the loneliness of emotional isolation* og savnet av å tilhøre et videre sosialt nettverk, *the loneliness of social isolation*.

Mange av de endringer som skjer i eldre år kan bidra til økt ensomhet. Når man pensjoneres mister de fleste kontakter de hadde i arbeidslivet. Med økende alder mister mange også nære familiemedlemmer, venner og bekjente. Redusert helse kan gjøre det vanskeligere å treffe og ha omgang med andre. Med stigende alder øker også sannsynligheten for funksjonsnedsettelse og redusert helse.

En rekke studier viser at funksjonsnedsettelse er forbundet med økt ensomhet (2-4). Det samme gjelder dårlig

helse (5-7). Ensomhet kan både være påvirket av en rekke helsemessige forhold, og resultere i svekket helse og funksjonsnedsettelse (8, 9).

Levealderen øker blant eldre (10), og flere enn tidligere kan komme til å leve lengre med sykdom og eventuelt redusert funksjonsevne, selv om bildet fremover er usikkert. Mens forekomsten av sykdommer øker, ser det ut til at andelen eldre i bestemte aldersgrupper med hjelpebehov og nedsatt funksjonsevne er gått ned de siste 20-30 årene (11)². Videre vil både hvor store krav og forventninger en har til sosial kontakt og hvordan en mer generelt mestrer påkjenninger i livet, kunne variere mellom grupper og innvirke på ensomhetsopplevelsen.

Mestring er et omfattende og mange-tydig begrep som har vært definert og målt på ulike måter. Det omfatter både handlingmessige, følelsesmessige og kognitive tilnærminger for å ha kontroll over det som skjer med en (12). Her er begrepet anvendt om en *følelse av å ha styring eller kontroll* (sense of control) med det som hender en, en følelse som kan være mer eller mindre dekkende for den kontroll en har. En slik følelse av kontroll er forbundet med både atferdsmessige, kognitive, følelsesmessige og fysiologiske effekter (13) på mange livsområder. En sterk opplevelse av kontroll er vist å ha sammenheng med bedre opplevelse av fysisk og psykisk helse over

lang tid, og en høyere livskvalitet (14). Vi antar derfor at opplevelsen av å ha kontroll også vil være forbundet med opplevelsen av ensomhet.

Flere forhold innvirker altså både på helse og sosiale relasjoner i eldre år, og kan ha betydning for opplevelse av ensomhet.

Vi stiller disse spørsmål: Hvilke forhold påvirker opplevelse av ensomhet? Er det andre forhold som bidrar til ensomhet blant funksjonshemmede mennesker enn blant funksjonsfriske? Særlig retter vi søkelyset på hva mestring betyr sett i sammenheng med andre mer kjente forhold som kan ha innvirkning.

Gitt at muligheter til sosial kontakt reduseres for mange når de blir gamle, skulle man vente at ensomhet var mer utbredt i eldre år. Men forskningen viser ikke entydig det. De fleste studier av ensomhet er tverrsnittstudier, tatt på ett bestemt tidspunkt. Noen av disse studiene finner at ensomhet øker med økende alder (15, 16). Andre studier finner at ensomhet er mer utbredt blant yngre (17, 18), og atter andre finner at sammenhengen mellom ensomhet og alder har en U-form, den er høyest blant de yngste og de eldste (19). Dette tyder på at det er andre forhold enn økende alder – som for eksempel funksjonsnedsettelse, sykdom, tap av ektefelle eller samboer ved brudd, skilsmisse eller dødsfall – som kan være av betydning, og slike

¹) Denne artikkelen er basert på artikkelen av Magnhild Nicolaisen og Kirsten Thorsen (2012) «Impairments, mastery, and loneliness. A prospective study of loneliness among older adults», *Norwegian Journal of Epidemiology*, 22(2): 143-150. Flere referanser finnes der.

²) Lederartikkel i *Norsk Epidemiologi*. Denne lederartikkelen gir henvisninger til artikler i spesialnummeret om «Aldring og eldres helse» som belegg.

kan inntre på ulike måter i alle aldre. Det kan også variere hvordan man forholder seg til tap og forandringer, sett i lys av de forventninger man har til livet i den bestemte livsfasen.

Det er gjort mange studier av ensomhet, og man finner blant annet at: Ensomhet er mer utbredt blant mennesker som lever alene (7, 20), blant enslige (ikke gifte/uten partner) (4) og blant kvinner (17). En eldre studie fant også at lavere nivå av opplevd mestring er forbundet med høyere ensomhet (21).

De få forløpsstudiene som finnes (tatt på ulike tidspunkter), viser stort sett det samme bildet; de som får dårlig helse, redusert funksjonsevne, blir enslig, bor alene og har lite sosial nettverk, blir mer ensomme over tid (20). Noen forløpsstudier viser at ensomhet øker i eldre år (20), andre viser ikke dette (22).

Formålet med vår studie er å undersøke hvordan mestring innvirker på ensomhetsopplevelsen på ett tidspunkt (T1) og over tid predikerer ensomhet (fra T1 til T2) blant eldre mennesker (67–79 år); med og uten funksjonsbegrensninger. Vi studerer også hvilken betydning andre mer kjente sosiodemografiske forhold har for ensomhetsopplevelsen; alder, kjønn, partnerstatus, utdanning og subjektiv opplevelse av helse, sett i sammenheng med mestring.

Om studien og variablene som er brukt

Studien er basert på paneldata fra NORLAG-studien. Her baserer vi oss på data fra personer i alderen 67–79 år som bor utenfor institusjon, og som besvarte alle relevante spørsmål både ved T1 (2002/3) og T2 (2007/8), i alt var det 699 personer. For mer informasjon om studien, se Slagsvold, Veenstra et al. (23).

Opplevelsen av ensomhet er målt ved dette spørsmål: «Hender det at du føler deg ensom?», med svaralternativene «ofte», «av og til», «sjelden» og «aldri». Dette spørsmålet har vært brukt i en rekke studier, både i Norge og internasjonalt (for eksempel 19, 20). Spørsmålet skal måle ensomhet slik personen selv oppfatter ensomhet, og hva de legger i hva som er «ofte», «av og til» eller «sjelden». Spørsmålet skal fange den subjektive og mangesidige ensomhetsopplevelsen, og ikke ensomhet målt ved

et forhold som er definert av en forsker, slik mange andre ensomhetsmål gjør (20). Det kan tenkes at betydningen av de forholdene som inngår i slike skalaer kan veksle under livsløpet, og er forskjellig blant unge, middelaldrende og eldre.

Vi finner ved vårt mål at i alt 5,7 prosent av de eldre føler seg «ofte» ensomme, 24,0 prosent «av og til», 33,8 prosent «sjelden» og 36,5 prosent sier at de «aldri» er ensomme. Vi har todelt ensomhetsvariabelen slik at de som svarer «ofte» eller «av og til» regnes som ensomme, mens de som svarer «sjelden» eller «aldri» regnes som ikke ensomme. Todelingen er hensiktsmessig for den statistiske analysen og brukes ofte i ensomhetsstudier (for eksempel 22). Vi har klassifisert «av og til» ensom som «ensom» fordi det kan være lettere for personer som er ensomme å innrømme at de er ensomme «av og til» enn at de er «ofte» ensomme, siden ensomhet er forbundet med et stigma.

Mestring ble målt ved Personal Mastery Scale (21), basert på sju spørsmål, som personen besvarte på en fempunkts skala, med svaralternativer rangert fra 1) «svært enig» til 5) «svært uenig». Spørsmålene var: «Jeg har lite kontroll over det som hender meg». «Hva som kommer til å hende meg i fremtiden er først og fremst avhengig av meg selv». «Noen av de problemene jeg har kan jeg rett og slett ikke løse». «Det er lite jeg kan gjøre for å forandre sider ved livet mitt som er viktige». «Stilt overfor problemer i livet mitt føler jeg meg ofte hjelpeløs». «Noen ganger føler jeg det som om jeg bare blir dyttet hit og dit i livet», og «Hvis jeg virkelig bestemmer meg kan jeg gjøre nesten hva som helst».

Høy opplevelse av mestring målt ved denne skalaen er en følelse av å kunne løse problemene sine selv, å ha en form for kontroll over hva som hender, å kunne endre ting i livet når det trengs og sette ting ut i livet.

Funksjonshemming (funksjonsnedsettelse) er målt ved en indeks, basert på tre spørsmål. Intervjupersonene ble spurt om: Er din helse i dag slik at den begrenser deg mye eller litt i å a) utføre aktiviteter som for eksempel å flytte et bord, støvsuge, gå en tur eller drive med

hagearbeid? b) gå opp trapper flere etasjer? (Ja/Nei). Det tredje spørsmålet er c) Omtrent hvor langt er det lengste du kan gå til fots uten pause? Her skilte vi mellom de som kan gå kortere enn 1 km (begrenset evne til å gå) og de som kunne gå lenger enn 1 km.

Indeksen som ble dannet varierte fra 0: ingen problemer, til 3: opplevde tre problemer. De fleste eldre rapporterte at de ikke hadde noen slike funksjonsnedsettelse (77 prosent, n=540), 11 prosent (n=80) hadde ett problem, fire prosent (n=31) hadde to problemer og sju prosent (n=48) hadde tre problemer. Det var relativt få som hadde problemer, og variabelen ble derfor todelt i analysene, med verdien 0 for ingen problemer og 1 for 1–3 problemer.

De øvrige forhold som inngår i analysen er personens *alder*, *kjønn*, *partnerstatus*; gift/samboende og ikke gift/ikke samboende (inkludert de som er skilt/separert eller enker/enkemenn)³. *Utdanningsnivå* ble kategorisert ved 1; grunnskole, 2; videregående og 3; høyskole/universitet. Til sist tok vi inn i analysen *subjektiv helse*, målt ved spørsmålet: «Vil du si at din helse nå stort sett er?», med svarkategoriene: 1; utmerket, 2; meget god, 3; god, 4; nokså god, 5; dårlig. Siden kun én person blant dem med funksjonsnedsettelse svarte at helsen var «utmerket» og svært få blant dem uten funksjonsnedsettelse svarte at helsen var «dårlig» (n=6), var det ikke aktuelt å bruke variabelen som ordinal variabel i analysene. Vi fikk tilsvarende resultater når vi brukte en variabel med tre kategorier; «svært god» (1,2), «god» (3), og «dårlig» (4,5) som med en todelt variabel. I analysene bruker vi derfor den todelt variabelen, der svarene «utmerket», «meget god» og «god» ble klassifisert som «god helse», mens «nokså god» og «dårlig» er klassifisert som «dårlig helse» (nærmere omtale av målene i tabell 2).

³ I det følgende omtales disse kategoriene kun som gift, ikke gift, siden svært få eldre er samboende med andre.

Tabell 1
Korrelasjoner mellom mestringsvariabelen og de øvrige uavhengige variable

| | Uten funksjonsbegrensninger | Med funksjonsbegrensninger |
|---------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Alder | -0,10* | -0,19* |
| Kjønn | -0,15*** | -0,10 |
| Partnerstatus (ikke gift/gift) | 0,09 | -0,04 |
| Utdanningsnivå | 0,13** | 0,16 |
| Subjektiv helse (god/dårlig) | -0,21*** | -0,24** |

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Sammenheng mellom variabler

Variablene som måler subjektiv helse og funksjonshemming korrelerer relativt høyt (0,46). Som tabell 1 viser⁴, korrelerer mestringsvariabelen moderat med de øvrige uavhengige variablene, med unntak av partnerstatus.

Både blant dem med funksjonsbegrensninger og dem uten viser mestring sterkest sammenheng med helse; de som har god helse opplever også at de har høy mestring. Mestringsopplevelsen reduseres med økende alder i begge grupper, og sterkest i gruppen med funksjonsbegrensninger. Blant dem uten funksjonsbegrensninger er det en kjønnsforskjell ved at kvinner opplever lavere mestring enn menn. I denne gruppen ser vi også at mestringsopplevelsen øker med høyere utdanningsnivå. Blant dem med funksjonsbegrensninger finner vi ikke signifikante sammenhenger mellom mestring og kjønn og mellom mestring og utdanning.

Resultater om ensomhet

I tverrsnittsanalyser ved T1 (2002/2003) finner vi at det var flere ensomme blant personer med funksjonshemming enn blant dem uten, henholdsvis 42 og 26 prosent. For begge grupper finner vi, som i andre studier, at kvinner var mer ensomme enn menn, i alt gjaldt det 47 prosent kvinner og 30 prosent menn blant dem med funksjonshemming og

henholdsvis 34 og 20 prosent blant dem uten (tabell 2). Kjønnsforskjellene er omtrent like store i de to gruppene.

Blant personer med funksjonsnedsettelse finner vi med tverrsnittsdata fra T1 økende ensomhet med økende alder. Ensomheten er sterkt forbundet med det å ikke ha ektefelle: 54 prosent av de enslige er ensomme, mot 27 prosent av dem som har ektefelle. De med dårlig helse er mer ensomme enn de med god helse: henholdsvis 46 prosent og 34 prosent opplever ensomhet. Funksjonshemmede mennesker med høy mestringsopplevelse er mindre ensomme enn dem som opplever lav mestring. Blant dem med funksjonsnedsettelse er det ved T1 en moderat korrelasjon mellom ensomhet og mestring ($r = -0,26$).

Blant personer uten funksjonsnedsettelse var det ingen sammenheng mellom alder og ensomhet: høyere alder innebar ikke økende opplevelse av ensomhet. Også i denne gruppen er kvinner mer ensomme enn menn, og de uten ektefelle er markant mer ensomme enn de med ektefelle. I alt 49 prosent, omtrent halvparten av personer uten ektefelle, er ensomme, mot kun 14 prosent av dem med ektefelle. Helse hadde betydning også i denne gruppen; blant dem med dårlig helse var 36 prosent ensomme mot 24 prosent av dem med god helse. De med høy mestringsopplevelse er mindre ensomme enn dem som opplever lav mestring. Mestring og ensomhet er moderat korrelert ved T1 også blant dem uten funksjonsnedsettelse ($r = -0,22$).

Deretter trekker vi alle disse forholdene (variablene) inn i analysen samtidig (ved multivariat logistisk regresjon), og

undersøker hva som da har en sammenheng med opplevelse av ensomhet (tabell 2⁵). Da finner vi at blant eldre mennesker med funksjonsnedsettelse har ensomhet ved T1 kun sammenheng med to forhold, nemlig hvorvidt personen er gift/ har partner, og med mestring. De som er uten ektefelle/partner og har lav mestringsopplevelse, er mer ensomme.

Stabil ensomhet (fra T1 til T2) finner vi oftere hos dem med funksjonsnedsettelse enn blant dem uten (28 prosent versus 14 prosent), og en stabil tilstand uten ensomhet oftere hos dem uten funksjonsnedsettelse (62 prosent versus 51 prosent). Når det gjelder endringer over tid, finner vi ingen signifikante forskjeller mellom dem med og dem uten funksjonsnedsettelse.

Hva er det ved T1 som predikerer ensomhet ved T2? Vi finner at det da er kun ett forhold som er av betydning, nemlig mestring. Funksjonshemmede mennesker med lav opplevelse av mestring har større risiko for å oppleve ensomhet fem år senere. Ingen andre forhold hadde betydning i vår analyse.

Blant mennesker uten funksjonsnedsettelse var det ikke å ha ektefelle/partner og ha lav mestringsopplevelse forbundet med større forekomst av ensomhet ved T1. I denne gruppen fremkom også at personer med høy utdanning (høgskole eller universitetsutdanning) hadde større risiko for å oppleve ensomhet enn dem med grunnskoleutdanning.

Vår analyse viste at det i denne gruppen kun var to forhold som predikerte ensomhet ved T2, nemlig det å ikke ha ektefelle/partner og ha lav mestringsopplevelse.

I analysen der alle forhold trekkes inn samtidig, finner vi altså at verken alder, kjønn eller subjektiv helse er av betydning for forekomst av ensomhet i noen av gruppene (verken i tverrsnittsanalyse eller prospektivt).

Diskusjon

Studien viser at mestring er det eneste forholdet som har (statistisk signifikant) betydning i begge grupper for hvorvidt eldre mennesker med og uten funksjonsnedsettelse opplever ensomhet. Når vi kontrollerer for kjønn, alder, subjektiv helse og utdanning, finner vi i

⁴) Både parametriske og ikke-parametriske tester ble gjennomført. Siden resultatene av testene var svært like, presenterer vi her de parametriske resultatene.

⁵) Nicolaisen og Thorsen (2012)

Tabell 2

Beskrivelse av utvalget (prosent/gjennomsnitt [SD]), sammenhengen mellom kjennetegn ved utvalget med ensomhet (prosent), og kjiikvadrat-tester/korrelasjoner som viser sammenhengen mellom hver av variablene og ensomhet ved T1 (N=699)

| | Uten funksjonsbegrensninger | | Med funksjonsbegrensninger | |
|---|-----------------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------------|
| | % | Ensom | % | Ensom |
| Kjønn | | *** | | * |
| Menn | 54 | 20 | 28 | 30 |
| Kvinner | 46 | 34 | 72 | 47 |
| Partner status | | *** | | *** |
| Ikke gift | 35 | 49 | 56 | 54 |
| Gift/samboer | 65 | 14 | 44 | 27 |
| Utdanning | | | | * |
| Grunnskole | 25 | 27 | 45 | 52 |
| Videregående | 51 | 24 | 41 | 31 |
| Høyskole/Universitet | 24 | 29 | 14 | 46 |
| Subjektiv helse | | * | | |
| God | 83 | 24 | 33 | 34 |
| Dårlig | 17 | 36 | 67 | 46 |
| Kontinuerlige uavhengige variabler | Gjennomsnitt (SD) | Korrelasjonskoeffisient | Gjennomsnitt (SD) | Korrelasjonskoeffisient |
| Alder ved T1 (n=540) | 71.9 (3.4) | 0,03 | 73.2 (3.7) | 0,16* |
| PMS sumskåre (n=450) | 24.1 (4.4) | -0,22*** | 21.9 (5.0) | -0,26** |
| Total (N) | 100 (540) | 26 (141) | 100 (159) | 42 (67) |

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Kilde: Nicolaisen og Thorsen (2012)

begge grupper at de personene som har en høy mestringsopplevelse har en mindre risiko for å oppleve ensomhet enn de som har lav opplevelse av mestring. Dette gjelder både ved T1 og prospektivt ved T2. Det ser altså ut til at det å ha en god opplevelse av mestring reduserer risikoen for å oppleve ensomhet, selv når andre forhold inntreffer. Verken økende alder, helsetilstand eller persons kjønn har noen betydning.

Hvorfor har ikke økende alder noen betydning for ensomhet, slik enkelte andre studier har vist? En antakelse kan være at man i eldre aldersgrupper forventer at helsen blir dårligere og at kontaktnettet reduseres. Forventningene justeres – reduseres – til et mer realis-

tisk nivå, den økende alderen tatt i betraktning. Denne antakelsen støttes av at subjektiv helse ikke spiller noen rolle for opplevelsen av ensomhet i vår studie når det kontrolleres for andre forhold. Dette funnet står i motsetning til en del andre studier av subjektiv helse og ensomhet, med noe annet utvalg og problemstilling enn i vår undersøkelse (for eksempel 4). Selv når mestring holdes utenfor i analysen, er de med dårlig helse ikke mer ensomme enn de med god helse. Funksjonshemming innebærer helse-relaterte restriksjoner i hverdagslivets aktiviteter og mobilitetsinnskrenkninger som kan redusere muligheter for sosial kontakt. Når funksjonshemming trekkes inn i analysen, som vi har gjort, er denne

trolig av større betydning for ensomhetsopplevelsen enn subjektiv helse.

Mestring slik det her er målt, er en subjektiv måte å reagere på livets hendelser. Å tro at man kan håndtere utfordringer og problemer, og oppleve at en har «styring» på vesentlige sider ved livet selv når helsen blir dårligere og kreftene minker, er viktig for alle. Men kanskje særlig i eldre år, fordi helsen reduseres med alderen, blir det av vesentlig betydning å opprettholde troen – og motivasjonen – på at man likevel kan gjøre noe. Over tid synes opplevelse av mestring å være enda mer vesentlig for eldre mennesker med funksjonsnedsettelse.

Å opprettholde en følelse av god mestring i eldre år, når sykdom, funksjonsnedsettelse og tap uvegerlig setter inn, forutsetter evne til omstilling til endrede livsvilkår, en robust livsinntilling. Nyere forskning om barn som klarer seg under vanskelige oppvekstvilkår, omhandler det som kalles «resiliens»⁶, hva vi vil kalle motstandsevne. God mestring i eldre år ser ut til å innebære en form for «mestringsmotstandsevne», en standhaftighet når det gjelder følelsen av å ha kontroll selv når vanskeligheter inntreffer. Opplevelsen av mestring kan reflektere en vilje til å ta hånd om konsekvensene av hendelsene, også når det ikke skjer ved aktive handlinger, men ved nye måter å tenke på. I en del tilfeller lar situasjonen seg ikke endre. Da vil god tilpasning til det uavvendelige være å leve best mulig med situasjonen.

Yngre mennesker ser ut til å bruke mer aktive mestringsstrategier enn eldre (25), de forandrer forhold i livsløpet; starter en utdanning, velger nytt arbeid, flytter på seg, får nye venner, finner en ektefelle eller partner eller forlater den de har. Eldre mennesker har færre valgmuligheter, både med og uten helsesvikt og funksjonsnedsettelse. De er vanligvis ute av arbeidslivet, har lavere inntekt enn før, og helsen kan sette begrensninger både for personen selv og for familie og venner i samme generasjon. Etter hvert faller flere bort. Skal de eldre likevel beholde livskvalitet og trivsel, må de i større grad enn før tilpasse seg omstendighetene – endre forventninger til aktivitet og helse, og også etter hvert til sosial omgang. Det gjelder også å endre forventninger til å påvirke og ha kontroll over slike forhold, altså troen på mestring slik vi har målt det.

Baltes og Baltes (26) har kalt sin modell for mestring for «selektiv optimalisering med kompensering». Det betyr at mennesker under endrede omstendigheter velger de aktiviteter og livsområder som oppleves som mest optimale, og eventuelt forlater andre som er for krevende og vanskelige. Mennesker vil

også kompensere for reduksjon av ferdigheter og aktiviteter ved å forsøke andre måter å gjøre dette på, eventuelt ved å ta i bruk hjelpemidler, øve mer eller øve opp andre ferdigheter. Helt vesentlig kan være å redusere sitt eget ambisjonsnivå til det som realistisk sett er mulig. Folkevisdommen har ordtak for dette; «Høyt henger de og sure er de», eller «Det koster mer enn det smaker.» Dette kan også gjelde hyppig sosial kontakt; en forventer mindre, ønsker mindre og orker mindre kontakt. Samvær kan kreve at en er opplagt, kan ta imot besøk eller kan ta seg ut til familie og venner. Det kan være mange former for samvær som forutsetter at en gjør «gjengjeld».

Det er etter hvert kommet til en rekke nye, mindre krevende måter å opprettholde sosial kontakt på; mobiltelefon gjør folk mer tilgjengelige, SMS er lettvinnt for både enkel kontakt og beskjeder, det finnes e-post og Skype, Facebook og chattegrupper. Disse kanalene åpner for varierte muligheter også for eldre med reduserte krefter og dårlig mobilitet. Betydningen av slike muligheter for opplevelsen av ensomhet må utforskes nærmere.

For å understreke: Høy opplevelse av mestring reduserer og forhindrer opplevelse av ensomhet blant eldre mennesker – både blant dem med funksjonsnedsettelse og dem uten – mens alder, subjektiv helse og kjønn ikke har noen innvirkning.

Den mest betydningsfulle situasjon eller hendelse for å oppleve ensomhet i eldre år, er å være uten ektefelle eller miste ektefelle, uansett subjektiv helse. Det å være gift eller ha en samboer er den viktigste «beskyttende» faktor. Men det å ha en ektefelle er ikke tilstrekkelig vern mot ensomhet over en femårsperiode (fra T1 til T2) for eldre mennesker med funksjonsnedsettelse, mestring er det eneste utslagsgivende forholdet. At det å ha ektefelle ikke er tilstrekkelig, kan skyldes at funksjonshemningen kan innebære nye påkjenninger og omstillinger mellom ektefeller. Det kan bety at den ene eller begge får behov for mer omsorg og hjelp som det kan være vanskelig å både gi og ta imot, færre felles aktiviteter og kanskje også mindre emosjonell nærhet mellom ektefellene. Det

kan bli større avstand både innenfor og utenfor ekteskapet.

For eldre mennesker med funksjonsnedsettelse har utdanning ingen betydning for om de opplever ensomhet, mens utdanning har innvirkning på ensomhetsopplevelsen for dem uten funksjonsnedsettelse. Personer med høyskole- eller universitetsutdanning har størst risiko for å være ensomme (ved T1), mens de med grunnskole har minst. Dette er motsatt av hva enkelte andre studier finner (for eksempel 6). Forholdet mellom utdanning og ensomhet kommer først frem i vår analyse når alle andre faktorer er kontrollert for. Det kan peke mot at det inntreffer en form for ensomhet blant mennesker med høy utdanning i tiden etter pensjoneringen. For dem kan sosial deltakelse på arbeidsplassen være viktig for selvfølelse, det kan gi opplevelse av tilhørighet, relevante arbeidsoppgaver og anerkjennelse for kompetanse. Det er ikke likegyldig hvem man har kontakt med og innholdet i kontakten når det gjelder innvirkning på ensomhetsopplevelsen. Men det ser ut til at det er en forbigående opplevelse av ensomhet blant de høyt utdannede, fem år senere er det ingen slik sammenheng.

For å sammenfatte: to forhold er av særlig betydning når det gjelder å forhindre eller redusere ensomhet blant eldre mennesker; å ha en ektefelle eller partner og ha en god opplevelse av mestring. For mennesker *uten* funksjonsnedsettelse innebærer det å ha en ektefelle eller partner et vern mot ensomhet både ved T1 og prospektivt ved T2. For mennesker *med* funksjonsnedsettelse gir det å ha en ektefelle eller partner kun beskyttelse mot ensomhet ved T1, men ikke prospektivt fem år senere. Fra T1 til T2 er det i denne studien kun mestring som er av betydning for forekomst av ensomhet. God mestring beskytter mot ensomhet i begge grupper på begge tidspunkter.

Det trengs studier som setter denne *opplevelsen* av mestring i eldre år i sammenheng med hva man har gjort og muligheter til å *foreta handlinger* på viktige områder av livet, både tidligere i livet og nå. Når det gjelder opplevelse av ensomhet vil dette først og fremst være handlinger og muligheter til å påvirke og delta i sosialt liv. Det gjenstår å se om

⁶ Resiliens er et ord som ikke har fått noen god norsk oversettelse. Til dels brukes begrepet «resiliens» på norsk.

og på hvilke måter opplevelsen av mestring kan styrkes også i eldre år, for både dem med og uten funksjonsnedsettelse. «Empowerment» (styrking av mestring) er et begrep som i økende grad er tatt i bruk innenfor forskning om helse og funksjonshemming. Det brukes først og fremst om økte muligheter for å påvirke situasjonen, om medbestemmelse og selvbestemmelse. I høy alder vil det gjelde både i og utenfor institusjon.

Ulike definisjoner av ensomhet og anvendelse av ulike mål, forskjellige utvalg og frafall av de skrøpeligste, påvirker resultater i ensomhetsstudier. Ett

viktig forhold gjelder i alle studier, ikke minst de som følger samme mennesker over tid, at det er bortfall av dem med flest sykdommer og funksjonsnedsettelse. Selv om NorLAG-studien har et uvanlig stort utvalg respondenter i alderen 40-80 år, er antallet eldre som inngår i studien begrenset og antallet eldre mennesker med funksjonshemming enda mindre. Det gjør at funnene ikke kan overføres til hele befolkningen av eldre.

Men studien peker mot at det å støtte opp under opplevelsen av mestring både ved ytre tiltak, ved muligheter til selv-

bestemmelse og medvirkning, og også eventuelt ved støtte til mental omstilling, kan ha konsekvenser også når det gjelder Eldres opplevelse av ensomhet. Det gjelder særlig for mennesker med funksjonshemming. Vi trenger flere studier som kan vise hvordan slik bistand kan skje og effekten av dem.

■ kirsten.thorsen@aldringoghelse.no

REFERANSER

- Weiss RS. Loneliness: the experience of emotional and social isolation. Cambridge, Massachusetts: MIT Press, 1973.
- Korporaal M, van Groenou MB, et al. Effects of own and spousal disability on loneliness among older adults. *Journal of Aging and Health* 2008; 20 (3): 306-25.
- Rokach A, Lechcior-Kimel R, et al. Loneliness of people with physical disabilities. *Social Behavior and Personality* 2006; 34 (6): 681-99.
- Theeke LA. Predictors of loneliness in U.S. adults over age sixty-five. *Archives of Psychiatric Nursing* 2009; 23 (5): 387-96.
- Hawkey LC, Hughes ME, et al. From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: The Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Journal of Gerontology: Social sciences* 2008; 63B (6): S375-S84.
- Pinquart M & Sörensen S. Risk factors for loneliness in adulthood and old age – A meta-analysis. I: Shohov S, red. *Advances in Psychology Research*. 19. Hauppauge, NY: Nova Science; 2003: 111-43.
- Havens B, Hall M, et al. Social isolation and loneliness: Differences between older rural and urban Manitobans. *Canadian Journal on Aging* 2004; 23 (2): 129-40.
- Luo Y, Hawkey LC, et al. Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Social Science & Medicine* 2012; 74 (6): 907-14.
- Perissinotto CM, Stijacic Cenzer I, et al. Loneliness in older persons. A predictor of functional decline and death. *Archives of Internal Medicine* 2012; 172 (14): 1078-84.
- Brunborg H. Increasing life expectancy and the growing elderly population. *Norwegian Journal of Epidemiology* 2012; 22 (2): 75-83.
- Engedal K, Langballe EM, et al. Aldring og Eldres helse – flere aktive og sunne år? (Lederartikkel, med henvisninger). *Norwegian Journal of Epidemiology* 2012; 22 (2): 70-2.
- Lazarus RS & Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, 1984.
- Lachman ME & Agrigoroaei S. Low perceived control as a risk factor for episodic memory: the mediating role of anxiety and task interference. *Memory & Cognition* 2012; 40 (2): 287-96.
- Ferguson SJ & Goodwin AD. Optimism and well-being in older adults: the mediating role of social support and perceived control. *International Journal of Aging & Human Development* 2010; 71 (1): 43-68.
- de Jong Gierveld J. A review of loneliness: Concepts and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology* 1998; 8: 73-80.
- Pinquart M & Sörensen S. Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology* 2001; 23 (4): 245-66.
- Tornstam L. *Ensamhetens ansikten. En studie av ensamhetssupplere hos svenskar 15-80 år*. Uppsala: Sociologiska institutionen, 1988.
- Tornstam L, Rydell M, et al. *Ensamheten i Sverige 1985-2008*. Uppsala: Sociologiska institutionen, 2010.
- Victor CR & Yang K. The prevalence of loneliness among adults: A case study of the United Kingdom. *The Journal of Psychology* 2012; 146 (1-2): 85-104.
- Jylhä M. Old age and loneliness: Cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging* 2004; 23 (2): 157-68.
- Pearlin LI & Schooler C. The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior* 1978; 19 (1): 2-21.
- Holmén K & Furukawa H. Loneliness, health and social network among elderly people – a follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2002; 35 (3): 261-74.
- Slagsvold B, Veenstra M, et al. Life-course, ageing and generations in Norway: the NorLAG study. *Norsk Epidemiologi* 2012; 22 (2): 95-102.
- Nicolaisen M & Thorsen K. Impairments, mastery, and loneliness. A prospective study of loneliness among older adults. *Norwegian Journal of Epidemiology* 2012; 22 (2): 143-50.
- Daatland SO & Solem PE. *Aldring og samfunn. En innføring i sosialgerontologi* Bergen: Fagbokforlaget, 2000.
- Baltes PB & Baltes MM. *Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation*. I: Baltes PB, Baltes MM, editors. *Successful aging Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990: 1-34.



Anne-Sofie Helvik (1) (2) (3), Randi Helene Skancke (1) (3), Geir Selbæk (4) (5) (6), Knut Engedal (6)

¹⁾ Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultetet, Norges Naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim. ²⁾ St. Olavs Hospital, universitets-sykehuset i Trondheim. ³⁾ Innlandet Sykehus, Divisjon Tynset. ⁴⁾ Alderspsykiatrisk forskningssenter, Innlandet sykehus. ⁵⁾ Akershus universitetssykehus. ⁶⁾ Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Hva bidrar til permanent sykehjemsplass innen ett år etter en sykehusinnleggelse

Ettårsoppfølgingen av eldre pasienter (≥ 65 år) innlagt på en medisinsk avdeling har vist at det var økt risiko for å bli sykehjemsbeoer blant de med kognitiv svikt og/eller nedsatt fysisk funksjon under sykehusinnleggelsen. Studien er fra Sykehuset Innlandet HF¹.

Introduksjon

Risikoen for å bli sykehjemsbeoer blant eldre som har vært innlagt på sykehus er høyere enn blant eldre som ikke har vært innlagt på sykehus (1). Hos eldre kan akutt sykdom som gir en sykehusinnleggelse øke risikoen for kognitiv svikt (2, 3). Hvilken betydning kognitiv funksjon har for om en blir sykehjemsbeoer innen ett år etter en innleggelse på sykehus er nesten ikke studert. Epidemiologiske befolkningsstudier har vist at kognitiv funksjon er av betydning

for senere å bli sykehjemsbeoer (1). I en nylig publisert studie fant man at eldre hjemmeboende med alvorlig kognitiv svikt hadde en betydelig økt risiko for å bli sykehjemsbeoer innen ett år (4).

I tre systematiske oversiktsartikler med tilsammen 24 studier fra perioden 1977–2008, som fokuserte på sammenhengen mellom sykehusinnleggelse og senere permanent innleggelse i sykehjem, fant man bare fire studier av eldre som hadde oppfølgingstid på ett år eller lengre (5–7). Disse studiene hadde brukt forskjellige måleinstrumenter, noe som gjorde en sammenligning vanskelig (7). Men generelt sett fant man at medisinsk helse, fysisk funksjon, kognitiv svikt og psykisk helse var medvirkende faktorer for å bli sykehjemsbeoer (5–7). To nylig publiserte studier med ett år oppfølging etter sykehusinnleggelse rapporterte at pasienter som ikke gjenvant fysisk funksjon de første tre månedene etter utskrivningen hadde økt risiko for å bli sykehjemsbeoer (8), og pasientene som hadde høyest skåre på en skrøpeligheidsindeks ved utskrivning hadde økt risiko for å bli sykehjemsbeoer (9).

Noen få nordiske studier blant eldre som bor hjemme med hjemmesykepleie har fokusert på risikoen for å bli sykehjemsbeoer (10, 11). Så vidt vi vet har ingen nordiske studier eller studier fra bygdesamfunn studert risikofaktorer for å bli sykehjemsbeoer blant tidligere sykehusinnlagte eldre pasienter. Trendene for bruk av sykehjem endres med tiden, og blir påvirket av kultur, politiske priori-

teringer, økonomiske ordninger og antall tilgjengelige sykehjemsplasser. I Norge er gjennomsnittsalderen for en sykehjemsbeoer om lag 84 år og 70 prosent er kvinner (12).

Studien hadde til hensikt å utforske sammenhengen mellom ulike helseindikatorer hos eldre under en sykehusinnleggelse og det å bli sykehjemsbeoer innen ett år etter sykehusinnleggelsen.

Metode

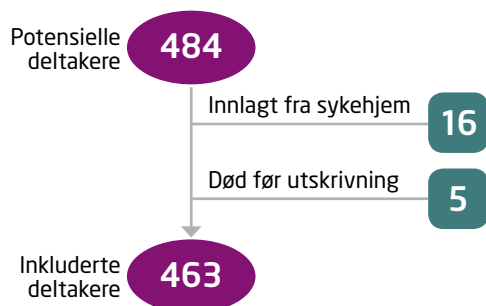
Design

I løpet av en toårsperiode (1. september 2006 – 30. august 2008) ble eldre personer (≥ 65 år) fra ni kommuner, som ble innlagt på medisinsk avdeling på Tynset sykehus, inkludert i studien (13). Deltakerne ble deretter fulgt opp i ett år etter inklusjon.

Deltakerne

Alle eldre pasienter som tilhørte regionen og var innlagt på medisinsk avdeling for en akutt tilstand i minst 48 timer var potensielle deltakere i studien. Innlagte eldre med alvorlig demens, store kommunikasjonsproblem eller alvorlig redusert fysisk funksjon slik at studien ikke kunne gjennomføres, ble ekskludert. I tillegg døde noen før inklusjon, og noen ønsket ikke å delta. I alt ble 484 pasienter vurdert for inklusjon, men 16 av disse var sykehjemsbeoere rett før sykehusinnleggelsen og fem pasienter døde før utskrivning etter at de var vurdert til å delta i studien. Av disse grunner inn gikk 463 pasienter i studien (se figur 1).

¹⁾ Denne artikkel er basert på originalartikkel: Helvik AS, Skancke RH, Selbæk G & Engedal K. Nursing home admission during the first year after hospitalization - the contribution of cognitive impairment. *Plos one* 2014; 9: e86116.



Figur 1. Inklusjon i studien

Måleinstrument

Kognitiv funksjon ble målt med Mini Mental Status Evaluering (MMSE) der vi ifølge tidligere validering definerte at en skåre på 25 og høyere indikerte ingen eller minimal kognitiv svikt (14). Alvorligheten av demens ble vurdert med Klinisk demensvurdering (KDV). En total skåre på 3 (range 0–3) indikerer alvorlig demens, mens null indikerer ingen demens (15). Informasjon om *fysisk helse* (antall sykehusinnleggelses de siste fem år, lengden på sykehusinnleggelsen og diagnoser) ble hentet fra journalen og det pasientadministrative systemet. Informasjon om alvorlighetsgraden av samsykdom ble vurdert med en sykkelighetsindex, Charlson Index (16). *Funksjonsnivået* (dagliglivets aktiviteter – ADL) ble målt med Lawton og Bradleys skjema (17) som gir informasjon om fysisk (P-ADL) og instrumentell (I-ADL)

funksjon. En høyere skåre på begge skalaer indikerer dårligere funksjon. En P-ADL skåre på 6 og I-ADL skåre på 8 indikerer normalt funksjonsnivå. Fall siste året før sykehusinnleggelsen (ja/ nei) ble notert ved hjelp av pasientens selvrapportering. *Depresjon og angstsymptomer* ble vurdert med Hospital angst- og depresjonsskala (HADS) som har to subskalaer, en for depresjon og en for angst. Hver subskala kan skåres fra 0–21. Definisjon av klinisk signifikant depresjon (HADS-D) eller angst (HADS-A) ble satt til en skåre på ≥ 8 for hver av de to subskalaene (18). *Sosiodemografisk informasjon* (lever alene eller ikke, røykevaner, boforhold, kommunetilhørighet, og hjelp fra helsetjenesten) ble notert. *Tidspunkt for død* i løpet av 365 dager ble hentet fra pasientregisteret på sykehuset som får informasjon fra NPR. *Permanent sykehjemsinnleggelse* (ja nei)

Tabell 1
Karakteristika for deltakerne ved inklusjon, de som ble sykehjemsbeboere eller ikke innen ett år.

| | | Totalt | | Sykehjemsbeboerne | |
|---|---------------|--------|--------|-------------------|--------|
| | | 463 | (100) | 85 | (100) |
| Sosiodemografisk | | | | | |
| Kvinner | N (%) | 234 | (50.5) | 52 | (59.1) |
| Alder | Gj.snitt (SD) | 80.5 | (7.4) | 84.6 | (6.8) |
| Lever alene | N (%) | 231 | (49.9) | 49 | (57.6) |
| Røyker | N (%) | 59 | (12.4) | 8 | (9.4) |
| Medisinsk informasjon | | | | | |
| Hjelpebehov før innleggelsen | | | | | |
| Hjemmesykepleie | N (%) | 156 | (33.7) | 52 | (59.1) |
| Hjemmehjelp | N (%) | 57 | (12.3) | 8 | (9.4) |
| Ingen assistanse eller pleie | N (%) | 250 | (54.0) | 25 | (29.4) |
| Tidligere sykehusinnleggelses de siste 5 år | Gj.snitt (SD) | 1.3 | (1.1) | 1.5 | (1.1) |
| Charlson Indeks | Gj.snitt (SD) | 2.1 | (2.0) | 2.7 | (2.3) |
| Funksjonsnivå | | | | | |
| MMSE | Gj.snitt (SD) | 24.1 | (3.8) | 21.6 | (3.5) |
| P-ADL | Gj.snitt (SD) | 8.7 | (3.2) | 11.4 | (4.0) |
| I-ADL | Gj.snitt (SD) | 9.6 | (3.6) | 11.7 | (3.9) |
| Fall det siste året | N (%) | 126 | (27.2) | 31 | (36.5) |
| Mental helse | | | | | |
| Forekomst av depresjons-symptom (HADS-D ≥ 8) | N (%) | 43 | (9.3) | 9 | (10.6) |
| Forekomst av angstsymptom (HADS-A ≥ 8) | N (%) | 42 | (9.1) | 9 | (10.6) |

MMSE = Mini Mental State Examination, P-ADL = Fysisk funksjon, IADL = Instrumentell funksjon

HAD-D = Depresjons delen av Hospital angst og depresjonsskalaen, HADS-A = Angst delen av Hospital angst og depresjonsskalaen

innen det første året etter sykehusinnleggelsen ble registrert ved hjelp av et registreringskort gitt til pasienten og dennes familie. Kortene ble kontrollert. Hvis informasjon manglet eller en var usikker på oppholdets art, ble kommunehelsetjenesten kontaktet.

Prosedyre

Alle pasientene ble invitert til å delta når de var klinisk stabile. Potensielle deltakere fikk skriftlig og muntlig informasjon og skriftlig samtykke ble gitt. I tilfeller der pasienten manglet samtykkekompetanse, kunne pårørende avslå deltakelse på vegne av pasienten. Ved behov fikk pasientene hjelp til å lese og krysse av svarene på spørreskjemaene.

Deltakerne ble i oppfølgingsåret kontaktet to ganger, første gang etter seks måneder da de fikk nye registreringskort med hjelp fra kommunal helsetjeneste og ble bedt om å levere registreringskortene for det første halvåret. Andre gang var etter ett år (± 14 dager) da registreringskortene skulle leveres inn. To sykepleiere som hadde fått opplæring i datasamling innhentet informasjonen gjennom hele studien. Studien ble godkjent av regional komite for medisinsk og helsefaglig forskning i Øst-Norge i 2006.

Dataanalyse

Data ble analysert med statistikkprogrammet IBM SPSS, versjon 19.0. Deskriptive analyser ble utført med bruk av kji-kvadrat og Fisher eksakt test for

kategoriske variabler og uavhengig t-test eller Mann-Whitney for kontinuerlige variabler. Hovedeffektålet permanent sykehjemsinnleggelse versus ikke, ble analysert på to måter: Først ble det gjennomført ulike justerte logistiske regresjonsmodeller for å studere risikofaktorer for å bli sykehjemsbeoer. Deretter ble cox regresjonsanalyse gjennomført, der en i tillegg til å studere risikofaktorer for sykehjemsinnleggelse i justerte modeller også så på tidsvarigheten før deltakeren ble permanent sykehjemsbeoer.

Resultater

I alt deltok 229 menn og 234 kvinner (se tabell 1) og aldersspennet ved inklusjon var fra 65–101 år (gjennomsnitt 80,5, SD 7,5 år). I løpet av oppfølgingsåret ble 85 deltakere (18,3 prosent) permanente sykehjemsbeoere.

I de innledende analysene fant vi at høy alder, kvinne og grad av hjelpebehov før sykehusinnleggelsen, fall før sykehusinnleggelsen, kognitiv svikt eller nedsatt fysisk og instrumentell funksjonssvikt ved sykehusoppholdet, var av betydning for å bli sykehjemsbeoer. Forekomst av depresjon eller angst var ikke av betydning. I de videre analysene, der vi kontrollerte for betydningen av de enkelte variablene (nevnt over) og død i oppfølgingsperioden, fant vi at eldre med kognitiv svikt eller nedsatt fysisk funksjon hadde tre ganger høyere sannsynlighet for å bli permanent sykehjemsbeoer innen ett år enn de som ikke

hadde slike problemer. Personer som hadde både kognitiv svikt og nedsatt fysisk funksjon hadde seksdoblet risiko for å bli sykehjemsbeoer innen ett år sammenlignet med de som ikke hadde noen slike problemer. Dette var uavhengig av kjønn, alder og andre helseproblemer i oppfølgingsperioden (se tabell 2). Tiden som gikk fra inklusjon i studien til deltakerne ble permanente sykehjemsbeoere etter utskrivelsen, var også kortere for de med kognitiv svikt og nedsatt fysisk funksjon når en ellers tok hensyn til andre potensielt viktige forhold som kjønn, alder, og øvrig helse (tabell 3).

Diskusjon

Dette er den første studien i Norge og Norden som har fulgt opp eldre mennesker innlagt på medisinsk avdeling for å se hvilke faktorer som har betydning for å bli permanent sykehjemsbeoer det første året etter sykehusinnleggelsen. Deltakerne i studien kom fra landkommuner uten større byer. Uavhengig av deltakernes alder, kjønn, kommunetilørighet, fall før innleggelsen, sykелighet eller redusert instrumentell funksjon ved inklusjon, hadde redusert fysisk funksjon og kognitiv svikt ved inklusjon mest betydning for om deltakerne ble permanente sykehjemsbeoere før ett år var gått. I tillegg var tiden før deltakeren ble sykehjemsbeoer signifikant kortere om deltakeren hadde kognitiv svikt og eller redusert fysisk funksjon.

Siden finansieringssystem, politikk (velferdsstat eller ei) og kultur er for-

Tabell 2
Sammenhengen mellom å bli sykehjemsbeoer eller ikke innen ett år etter sykehusinnleggelsen (N=463)

| Ved inklusjon | OR ₁ | 1 95% KI | OR ₂ | 95% KI |
|---|-----------------|--------------|-----------------|-------------|
| MMSE <25 | 4.09 | (2.065-8.10) | 3.02 | (1.47-6.19) |
| P-ADL >6 | 5.32 | (2.09-13.57) | 3.51 | (1.79-9.63) |
| I-ADL >8 | 1.99 | (1.06-3.74) | 1.15 | (0.58-2.29) |
| Fall det siste året før sykehusinnleggelsen | 1.89 | (1.05-3.39) | 1.57 | (0.85-2.88) |
| Forhøyet Charlson Indeks | 2.25 | (1.05-4.81) | 1.94 | (0.88-4.29) |

MMSE = Mini Mental State Examination, P-ADL = Fysisk funksjon, IADL = Instrumentell funksjon

OR = odds ratio, KI = konfidensintervall

1) De presenterte variablene i modellene er kontrollert for alder, kjønn, kommunetilørighet og død innen ett år

2) De presenterte variablene i denne modellen er kontrollert for alder, kjønn, kommunetilørighet, død innen ett år og de øvrige variablene

Uthevet tekst er signifikante sammenhenger

Tabell 3
Sammenhengen mellom å bli sykehjemsbeboer eller ikke innen ett år etter sykehusinnleggelsen når tid tas i betraktning (N=463)

| Ved inklusjon | HR ₁ | 1 95% KI | HR ₂ | 95% KI |
|--|-----------------|---------------------|-----------------|--------------------|
| MMSE <25 | 3.51 | (1.96-6.29) | 2.645 | (1.45-4.83) |
| P-ADL >6 | 5.37 | (2.28-12.65) | 3.655 | (1.51-8.86) |
| I-ADL >8 | 2.13 | (1.24-3.68) | 1.218 | (0.69-2.15) |
| Fall det siste året før sykehusinnleggelsen | 1.36 | (0.86-2.16) | | |
| Forhøyet Charlson Indeks | 1.99 | (1.07-3.72) | 1.682 | (0.89-3.16) |

MMSE = Mini Mental State Examination, P-ADL = Fysisk funksjon, IADL = Instrumentell funksjon

HR = Hazard ratio, KI= Konfidensintervall

1) De presenterte variablene i modellene er kontrollert for alder, kjønn, kommunetilhørighet og død innen ett år

2) De presenterte variablene i denne modellen er kontrollert for alder, kjønn, kommunetilhørighet, død innen ett år og de øvrige variablene

Uthevet tekst er signifikante sammenhenger

hold som kan virke inn på om eldre blir permanente sykehjemsbeboere eller ikke, må helseindikatorer som er relevante for å bli sykehjemsbeboer i etterkant av en sykehusinnleggelse bli undersøkt i den kulturen og landet en befinner seg i. Vi fant at både kognitiv svikt og redusert fysisk funksjon økte sannsynligheten både for at den eldre ble sykehjemsbeboer, og at tiden til sykehjemsinnleggelse ble kortere for dem med mest svikt. Dette er i overensstemmelse med hva internasjonale studier har funnet når de har fulgt opp pasienter utskrevet fra sykehus (8) og av hjemmeboende eldre (1, 4). Dette er ikke uventet. En kombinasjon av at kognitiv svikt og svikt i forhold til å klare egenomsorg er krevende, betyr at den eldre trenger hjelp i hverdagen, gjerne mye hjelp. Om familien til den eldre ikke har ressurser til å avhjelpe og det offentlige med ytelse av hjemmebasert omsorg heller ikke har ressurser eller kompetanse til å gi hjelp til denne gruppen pasienter i eget hjem, blir i vårt land sykehjemsinnleggelse det beste alternativet for den eldre

Studien har noen begrensinger som må løftes frem. MMSE er et screeningsverktøy og instrumentet kan understimere kognitiv svikt (19). Kognitiv svikt og til og med demens kan forekomme om MMSE er høyere enn 25. Grenseverdien som er satt i denne studien stemmer med hva som er gjort tidligere i norske studier. Videre ble MMSE undersøkt mens deltakeren var innlagt. Den kognitive funksjonen kan være påvirket av den pågående sykdommen eller

av delirium, men vi hadde ikke tilgang på informasjon om kognitiv fungering før innleggelsen.

Depresjon er vanlig hos eldre pasienter som er innlagt på sykehus (13), men få av våre deltakere hadde kliniske tegn på depresjon ved inklusjon. Vi hadde således ikke statistisk styrke til å utforske om det er noen sammenheng mellom depresjon og det å bli sykehjemsbeboer. Andre har derimot funnet at depressive symptomer hos eldre under sykehusinnleggelsen øker sannsynligheten for å bli sykehjemsbeboer innen ett år etter sykehusinnleggelsen (20), men depresjon hadde ikke betydning blant eldre hjemmeboende i en metaanalyse av flere amerikanske studier (1). Denne studien kunne ikke se på om utdanningsnivå, økonomisk situasjon eller sosialt nettverk potensielt hadde sammenheng med å bli sykehjemsbeboer innen ett år, men dette er forhold som kan ha betydning (7, 20).

Noen studier som har sett på sannsynligheten for å bli sykehjemsbeboer etter utskrivelse fra sykehuset eller i en oppfølgingsperiode (5) har brukt ulike måleinstrumenter for å se på betydningen av de enkelte helseindikatorer slik vi har gjort. Dette ser vi på som en styrke, men i klinisk praksis vil dette kunne være tidkrevende og også anstrengende for pasienten. Andre studier har brukt indekser som baserer seg på flere helseindikatorer. Slike indekser kan være verdifulle i klinisk praksis for å identifisere pasienter som har behov for spesiell oppmerksomhet og oppfølging i primærhelsetjenesten for å unngå eller

utsette at den eldre blir sykehjemsbeboer. Det eksisterer flere slike indekser (9), men de har vist dårlig samsvar (9) og ingen av dem er ennå blitt testet i noen av de nordiske landene.

Konklusjon

Kognitiv svikt og nedsatt fysisk ADL-funksjon øker risikoen for å bli sykehjemsbeboer innen ett år etter sykehusinnleggelsen blant eldre som bor i et landdistrikt.

■ Anne-Sofie.Helvik@ntnu.no

REFERANSER

1. Gaugler JE, Duval S, Anderson KA, Kane RL (2007) Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. *BMC Geriatr* 7: 13.
2. Inouye SK, Zhang Y, Han L, Leo-Summers L, Jones R, et al. (2006) Recoverable cognitive dysfunction at hospital admission in older persons during acute illness. *J Gen Intern Med* 21: 1276-81.
3. Wilson RS, Hebert LE, Scherr PA, Dong X, Leurgens SE, et al. (2012) Cognitive decline after hospitalization in a community population of older persons. *Neurology* 78: 950-6.
4. Hirdes JP, Poss JW, Curtin-Telegdi N (2008) The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): a new decision-support system for allocating home care resources. *BMC Med* 6: 9.
5. McCusker J, Kakuma R, Abrahamowicz M (2002) Predictors of functional decline in hospitalized elderly patients: a systematic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 57: M569-77.



Møteplass for mestring Demens midt i livet

Kurs for yngre personer med demens og deres pårørende i 2014

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

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

Opplys gjerne om tilbudet til aktuelle deltakere!

| Region | Samling 2014 | Fagansvarlig | Kontaktperson |
|------------|---|---|--|
| Vest-Norge | Fjordslottet, Osterøy 2.10 – 5.10 | Marianne Munch NKS Olaviken, Tlf. 924 08 872/934 13 261 mari-anne.munch@olaviken.no | Ingvild T. Hansen; aktivitetskoord. fylkeskontor Tlf. 23 12 01 22 INHA@nasjonalforeningen.no |
| Sør-Norge | Melsomvik, Vestfold 25.9 – 28.9 | Kari Midttun Lie Sykehuset i Vestfold, Tlf. 33 34 19 85/33 34 19 20 karmid@siv.no | Bjørn Lofstad; daglig leder fylkeskontor Tlf. 908 56 404 bjorn.lofstad@nasjonalforeningen.no |
| Østlandet | Sormarka, Akershus 9.10 – 12.10 | Mette Vinke Hukommelsesklinikken OUS, Ullevål Tlf. 23 01 61 62. UXMEVI@ous-hf.no | Elisabeth Madsen; daglig leder fylkeskontor Tlf. 40 44 57 56 elisabeth.madsen@nasjonalforeningen.no |



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

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

- Campbell SE, Seymour DG, Primrose WR (2004) A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital. *Age Ageing* 33: 110-5.
- De Saint-Hubert M, Schoevaerdt D, Cornette P, D'Hoore W, Boland B, et al. (2010) Predicting functional adverse outcomes in hospitalized older patients: a systematic review of screening tools. *J Nutr Health Aging* 14: 394-9.
- Portegijs E, Buurman BM, Essink-Bot ML, Zwinderman AH, de Rooij SE (2012) Failure to regain function at 3 months after acute hospital admission predicts institutionalization within 12 months in older patients. *J Am Med Dir Assoc* 13: 569 e1-7.
- Drame M, Fierobe F, Lang PO, Jolly D, Boyer F, et al. (2011) Predictors of institutional admission in the year following acute hospitalisation of elderly people. *J Nutr Health Aging* 15: 399-403.
- Sorbye LW, Hamran T, Henriksen N, Norberg A (2010) Home care patients in four Nordic capitals – predictors of nursing home admission during one-year followup. *J Multidiscip Healthc* 3: 11-8.
- Thygesen E, Saevareid HI, Lindstrom TC, Nygaard HA, Engedal K (2009) Predicting needs for nursing home admission – does sense of coherence delay nursing home admission in care dependent older people? A longitudinal study. *Int J Older People Nurs* 4: 12-21.
- Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K (2007) The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 22: 843-9.
- Helvik AS, Skancke RH, Selbaek G (2010) Screening for depression in elderly medical inpatients from rural area of Norway: prevalence and associated factors. *Int J Geriatr Psychiatry* 25: 150-9.
- Engedal K, Haugen P, Gilje K, Laake P (1988) Efficacy of short mental tests in the detection of mental impairment in old age. *Compr Gerontol (A)* 2: 87-93.
- Morris JC (1993) The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology* 43: 2412-4.
- Quan H, Sundararajan V, Halfon P, Fong A, Burnand B, et al. (2005) Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. *Med Care* 43: 1130-9.
- Lawton MP, Brody EM (1969) Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9: 179-86.
- Snaith RP, Zigmond AS (1994) The hospital anxiety and depression scale manual. Windsor: NFER-Nelson.
- Tuokko H, Frerichs RJ (2000) Cognitive impairment with no dementia (CIND): longitudinal studies, the findings, and the issues. *Clin Neuropsychol* 14: 504-25.
- Satish S, Winograd CH, Chavez C, Bloch DA (1996) Geriatric targeting criteria as predictors of survival and health care utilization. *J Am Geriatr Soc* 44: 914-21.

Ragnhild M. Eidem Krüger (tekst)

Samhandling for økt kompetanse

En manual for praktisk samhandling mellom sykehjem og spesialisthelsetjenesten ble sendt på høring i sommer. Manualen bærer navnet SAMSA.

SAMSA-modellen er en metode for praktisk gjennomføring av samhandling, der målet er kompetanseheving og kompetanseutveksling mellom alderspsykiatrisk avdeling og sykehjem. SAMSA-manualen er utviklet gjennom et flerårig forskningsprosjekt om slik samhandling. Formålet med studiene har blant annet vært å tilføre sykehjemmene alderspsykiatrisk kompetanse gjennom undervisning, veiledning og refleksjonsgrupper, og undersøke resultatene dette har ført til for beboere og ansatte.

Fra liten til stor

Ideen til denne form for samhandling dukket først opp hos spesialistene i alderspsykiatri, Kari Os Eskeland og Astrid Liv Mina Bergem, men samhandlingsprosjektet SAMSA er etter hvert blitt et multisenter forskningsprosjekt. Deltakerne er alderspsykiatriske avdelinger ved Akershus universitetssykehus, Diakonhjemmet sykehus i Oslo og Haukeland universitetssykehus i Bergen samt sykehjemmene i deres sektorer.

Første trinn i prosessen var en studie i 2006–2008. Da startet Alderspsykiatrisk poliklinikk ved Gaustad sykehus,

Aker, et samarbeid med sykehjem i Follo og Oslo. Forskerne registrerte beboernes helsetilstand og symptomer før og etter intervensjonen med undervisning og veiledning, samt ett år etter intervensjonsperioden. Personalets vurdering av egen kunnskap og trivsel ble også registrert. Resultatene var positive, og fra 2010 ble prosjektet videreført og deretter utvidet til et multisenterprosjekt.

– Vi så signifikant bedring hos beboere og økt kunnskap og trivsel hos personalet, sier seniorforsker og prosjektleder Mina Bergem.

– De ansatte fikk økt kunnskap, og gjennom refleksjon lærte personalet å tenke gjennom sin praksis. Var det nødvendigvis pasienten som var vanskelig når det oppsto problemer under stell og pleie, eller var det noe ved helheten som kunne endres?

Skal gjøre hverdagen bedre

I alt tre studier har nå resultert i SAMSA-manualen for samhandling. Arbeidet har fått økonomisk støtte fra Helsedirektoratet.

– Helsedirektoratets ønske er at vi skal lage en modell for samhandling som skal kunne brukes av alle sykehjem i landet, av alle avdelinger for spesialisthelsetjenester og på alle fagområder. Målet er å øke gjensidig kompetanseutveksling. Vi ønsker at det skal bli lettere for sykehjemmene å kontakte oss i spesialisthelsetjenesten, og lettere for oss å ta kontakt med dem og foreslå et samarbeid. Når personalet får økt kompetanse, viser resultatene at de trives bedre i jobben, noe som også kommer pasientene til gode. Sykehjemmene selv ønsker at dette skal komme inn i et system.

Fysisk aktivitet heller enn medikamenter

Et av siktemålene med studiene som er gjennomført har vært å se hva som ble resultatet når bruken av nevroleptika, sovemedisiner og angstmedisiner ble kuttet ned. Dette skjedde etter at prosjektmedarbeiderne fra alderspsykiatrien hadde drevet undervisning og veiledning av personalet på sykehjemmene, og personalet hadde reflektert over sin praksis.

– Det viste seg at beboerne sov mye bedre og var mindre urolige, sier Bergem.

På grunn av mindre medisinbruk fikk sykehjemmene penger til overs, slik at de kunne ansette aktivtør. Med i SAMSA-modellen hører bruk av miljøterapi. Det innebærer blant annet musikkterapi, fysisk aktivitet, helst med en tur ut hver dag, brødbaking, grupper der beboere snakker om ting de husker og forskjellige andre aktiviteter der personalet er mest mulig ute i miljøet.

– Spesielt viktig er fysisk aktivitet som hjelper svært godt mot både angst og depresjon og faktisk også mot demenssymptomer. Dette tar vi alltid med i undervisningen.

Vi vet at svært mange sykehjemsbeboere har få tilbud om fysisk aktivitet. Hva mener du om det?

– Jeg mener at det er uheldig for psykisk helse. Vi har dokumentasjon både fra Norge og andre land som viser positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og psykisk helse i alle aldre, og kanskje spesielt hos eldre. I min privatpraksis foreslår jeg alltid fysisk aktivitet ved lett og moderat depresjon før vi begynner å tenke på medikamenter.

Ansvarliggjøring og forankring

Gjennom prosjektet erfarte forskerne at hvis sykehjemsledelsen ikke var involvert, gikk samhandlingen i oppløsning.

– Hvis den som hadde ansvar for prosjektet på avdelingsnivå sluttet, ble det ikke videreført hvis ikke ledelsen holdt tak i det. Da fortsatte man etter gammel vane og rutine. Forankring i ledelsen er avgjørende. Det er der beslutninger om nødvendige omlegginger må tas. På sykehus er dette like viktig, og Helse- og helsedirektoratet stiller krav om ledelsesforankring på begge steder.

Når SAMSA-manualen er ferdig gjen- og gjenarbeidet etter høringsrunden, vil den bli gjort tilgjengelig på internett.

«Vi i prosjektledelsen har fått tilbakemeldinger om at samhandling og kompetanseutveksling mellom sykehjem og spesialisthelsetjenesten fungerer i praksis når det settes i system. SAMSA-Manualen er et slikt verktøy, hvor effekten er dokumentert gjennom forskning. Det er mange som har tatt kontakt med oss for å prøve ut SAMSA-Manualen. De som er interessert i å få tilgang til Manualen, kan kontakte prosjektleder Mina Bergem på mina.bergem@ahus.no. Prosjektledelsen tar gjerne i mot tilbakemeldinger.

Når SAMSA-manualen er tilstrekkelig utprøvd, vil den bli gjort tilgjengelig på internett, blant annet på hjemmesidene til de alderspsykiatriske avdelinger på Akershus universitetssykehus og Haukeland universitetssykehus».



TA KONTAKT: De som er interessert i å få tilgang til Manualen, kan kontakte meg, sier prosjektleder Mina Bergem. (Foto: Ronny Manuel Danielsen)

SAMSA - SAMhandling mellom Sykehjem og Alderspsykiatriske avdelinger

SAMSA-modellen og SAMSA-manualen er utviklet gjennom et flerårig forskningsprosjekt, hvor målsettingen har vært å finne frem til en metode for kontinuerlig kompetanseheving og kompetanseutveksling mellom alderspsykiatriske avdelinger og sykehjem. Hovedelementene er undervisning, veiledning og refleksjonsgrupper for personalet, satt i system som en integrert del av arbeidstiden.

Det startet med Gaustadmodellen i 2006 som ble utarbeidet ved alderspsykiatriske poliklinikk på Gaustad sykehus i samarbeid med flere sykehjem i Follo og Oslo, med seniorforsker Mina Bergem som prosjektleder. Forskningsresultatene viste en signifikant økning av kunnskap og trivsel blant personalet og tilsvarende signifikant bedring hos pasientene.

Neste trinn i prosessen var et samhandlingsprosjekt støttet av Helsedirektoratet, hvor også sykehjemslegene deltok mer aktivt i samhandlingen. Forskningsresultatene styrket resultatene fra den første studien.

Tredje trinn i prosessen er et pågående multisenterprosjekt hvor alderspsykiatriske avdelinger ved Haukeland universitetssykehus og Diakonhjemmet sykehus deltar i tillegg til Akershus universitetssykehus.

SAMSA-Manualen er etter ønske fra Helsedirektoratet utviklet som «et verktøy for kompetansehevende samhandling på bakgrunn av signifikante forskningsresultater og positive kliniske erfaringer gjennom hele prosessen».

Bente Wallander (tekst og foto)

Kreative Kvalsund satser sterkt

Samarbeid og tidlig innsats



GJØR EN FORSKJELL: – Tilbakemeldingene fra brukerne, deres pårørende og ansatte er svært positive. De varierte dagaktivitetstilbudene gjør en stor forskjell for veldig mange, konkluderer pleie- og omsorgsleder Catharina Stenersen og aktivitør Elna Fredriksen.

Kvalsund kommune er en stor kommune med få innbyggere. Det sjøsamiske samfunnet kan likevel tilby sine eldre og personer med demens et mer enn vanlig variert dagaktivitetstilbud.

Avstandene er store i finnmarkskommunen Kvalsund. De 1050 innbyggerne er fordelt på seks bosettinger, hvorav kommunesenteret Kvalsund er størst. En drøy times kjøring derfra ligger det nest største tettstedet Kokelv. Bosettingen Refsnes har ikke veiforbindelse. Her bor det fem innbyggere som har båtforbindelse to ganger i uken. De andre tettstedene er Neverfjord, Skaidi og «trollplassen» Stallogargo.

– Vi yter også tjenester til flyttsamer på vidda. Ved ett tilfelle i fjor medførte det en reisevei på tre kvarters kjøring ut og ti minutters gange opp på fjellet, forteller kommunens pleie- og omsorgsleder, Catharina Stenersen.

Kreativ kommune

Geografiske utfordringer til tross; De siste årene har det skjedd store endringer i Kvalsunds pleie- og omsorgstjenester. Kommunen fikk i 2012 midler fra Helse- og omsorgsdepartementet til å styrke dagaktivitetstilbudet. Disse valgte man å bruke på tiltakene *Inn på tunet/Ut på havet* i Kokelv samt til å øke det generelle dagaktivitetstilbudet i kommunen.

– I dag omfattes de fleste eldre i kommunen av det forhøyede aktivitetsnivået. Det stemmer at vi har vært kreative i vår utnyttelse av disse midlene. Det har vi fått beskjed om fra direktoratet, sier Stenersen.

Omreisende aktivitør

Kommunens aktivitør Elna Fredriksen får «skylden» for mye av det som skjer. Hun er ansatt i halv stilling og inviterer noen dager til aktiviteter i ulike grendehus, andre dager driver hun oppsøkende virksomhet.

– Elna pleier for eksempel å plukke opp to eldre kvinner og ta dem med hjem til en tredje. Trioen har det til felles at de får lite ut av de andre tilbudene vi gir. En av deltakerne hører lite, den andre ser lite og den tredje har dårlig bevegelighet. Men i så liten skala går det veldig fint. De baker ofte det de skal kose seg med over en kaffekopp. Når dagen er slutt kjører Elna dem hjem igjen, forteller Catharina Stenersen.

Noen av kommunens brukere har vedtak om dagopphold, andre har det ikke.

– Alle kan likevel benytte seg av de ulike tilbudene som Elna Fredriksen og

Inn på tunet-tilbyrerne Jan og Ellen Johansen gir rundt om i kommunen. Det er viktig for oss å inkludere kommende brukere og pårørende så tidlig som mulig, understreker pleie- og omsorgslederen.

Samlet inn 100 000 kroner

Mange åpne arrangementer legges til fellesarealet på bo- og servicesenteret i Kvalsund. I senteret har aktivtør Elna også innredet et velværom der det kan gis fotpleie og aromaterapi. Bo- og servicesenteret er ganske nytt og bygget på ett plan, med en romslig hage utenfor.

– Men i fjor innså vi at vi savnet et rullestolvennlig uteareal som kunne knytte leilighetene sammen, forteller Catharina.

Elna Fredriksen sendte da et brev til alle lag, organisasjoner og næringsdrivende med spørsmål om økonomisk støtte til en stor veranda.

– Hun antydte at vi trengte 75 000 kroner, men da innsamlingen var over hadde hun fått inn 100 000 kroner totalt. For disse fikk vi kjøpt både bålpanne, utemøbler og «antimyggmaskin». Takket være sistnevnte har vi kunnet kose oss litt ekstra der ute i sommer. Vi har jo en og annen mygg på Finnmarka...

I strid med faglige råd

Under aktivtørens ledelse reiser en rekke eldre og personer med demens også på jevnlige turer. Brukere fra Kvalsund drar til Kokelv på besøk flere ganger årlig. Nå har Elna Fredriksen lyst til å ta noen av brukerne med seg på hurtigruten til Tromsø.

– Faglitteraturen sier at vi ikke skal «herje» så mye med personer med demens som det vi gjør. Vi går på en måte mot de vanlige faglige rådene når vi flytter på oss så ofte. Men vi har aldri opplevd at vi trenger å roe ned noen av brukerne med medikamenter på grunn av aktivitetene. Tvert i mot ser vi at medisinerbruken går ned etter ei slik økt.

Alle aktiviteter til tross; Kvalsunds pleie- og omsorgssjef har flere planer.

– Når Kokelv bo- og servicesenter er ferdig ombygd, vil vi gjerne sette opp en gamme. Det samiske er en stor del av Kvalsunds kultur og dette ønsker vi å ta vare på så langt det lar seg gjøre. Til vinteren håper vi også å få folk i Kokelv

med opp på fjellet. Vi har satt i gang bygging av en snøskuterslede som kan frakte våre eldre på en trygg måte.

Samarbeid på tvers

Catharina er også opptatt av å styrke samarbeidet med oppvekst- og kulturavdelingen.

– Jeg vil gjerne få barn og unge med i *Inn på tunet*-tiltaket «Ut på havet» (se neste side). På den måten får de unge både et innblikk i eldre- og demensomsorg og i fiskerinæringen, som sårt trenger ny tilvekst. Skolen har i tillegg satt i gang et prosjekt i det gamle kommunale lageret bak rådhuset. Her er en gjeng ungdommer i ferd med å innrede et snekker- og motorverksted. Dette kunne bli en ypperlig møteplass på tvers av generasjoner og en god aktivitet for våre mannlige brukere. De har kunnskap som kan komme til nytte for de unge, for eksempel når det gjelder reparasjon og gjenbruk av sykler. Hvis vi tar inn tre dårlige sykler kunne våre brukere i samarbeid med de unge kanskje gjøre dem om til én brukbar.

Priser personlig engasjement

– Resultatet av denne satsningen på aktiviteter er at vi fanger opp, og får anledning til å yte en innsats overfor, innbyggere i en tidlig fase av demens.

Pleie og omsorg i Kvalsund

I kommunesenteret Kvalsund er det et bosenter med seks leiligheter, en omsorgsbolig med seks leiligheter og et sykehjem med 16 plasser.

I Kokelv er det et bo- og servicesenter med 10 plasser for personer med utviklingshemning, demens og/eller somatisk sykdom. Her har man også fire til fem utebrukere som kommer til senteret bare på dagtid.

Senteret i Kokelv er vedtatt utbygget. Da får man fire nye plasser, hvorav seks skal være forbeholdt personer med demens. Det er etablert en samordnet turnus for sykehjem og hjemmetjenestesonen Kvalsund, mens Kokelv har sin egen sone.

Både når det gjelder å tilpasse tilbud til hver enkelt og gi støtte til de pårørende. De får alltid tilbud om å være med på de aktivitetene vi har. Jeg ser samtidig hvor viktig det er at de som jobber med dette har et ekte engasjement og personlige egenskaper. Det er de som utgjør forskjellen mellom et tilbud som er trygt, givende og godt og et tilbud som bare gjennomføres for å ha det gjort, sier Catharina Stenersen.



YNGRE KREFTER: Catharina Stenersen (t.h.) ønsker å samarbeide med skolen, her representert ved lærer Jørn Stenersen (nr. 2 fra v.), tiltakets vaktmester og en elev.



KOSER SEG:
*Karstein Arild og det
lille kopplammet.*

Bente Wallander (tekst og foto)

Inn på tunet – ut på havet

Blågrønn omsorg i Kokelv

I Kvalsund kommer den grønne omsorgen ofte ruslende inn på kommunens sykehjem. Det koseglade kopplammet med bleie er et kjærnt innslag i Karstein Arilds dager på Kokelv bo- og servicesenter. På fine dager tar han seg også en tur på sjøen.

Det er ekteparet Ellen og Jan Johansen som sørger for de blågrønne innslagene i Kvalsund kommunes omsorg for personer med demens. Ellen er utdannet vernepleier og står som faglig ansvarlig for stedets *Inn på tunet*-aktiviteter. Sammen inviterer det driftige paret folk til å delta i fjøsstellet hjemme på gården i Kokelv en dag i uka. Ellen reiser to andre ukedager inn til Kokelv bo- og servicesenter for å drive dagaktivitetstilbud der.

Som fiskebønder med eget sjøhus og flere forsikrede båter, har paret de siste årene også invitert brukere med seg til sjøs. Nærheten til havet har preget eldre Kokelv-innbyggeres liv. Flertallet har sjøsamisk bakgrunn og fisket har vært en naturlig del av deres dager.

– Når vær og vind tillater det, kan en tur ut på sjøen være en flott aktivitet, også for personer med demens, sier Jan og Ellen Johansen.



POPULÆRE: Vernepleier Ellen Johansen tar gjerne med seg et kopplam på jobb.



MIDDAG: Fangsten serveres til middag på Kokelv bo- og servicesenter.



KJENT LUKT: May-Britt Nilsen får ofte hjelp til å spise, men når hun kjenner lukten av Ellens multebærsuppe, griper hun koppen og spiser selv.



GODE HJELPERE: Karstein Arild får hjelp av ledsager Karl Nikodemussen (t.v.) og fisker Jan Johansen (t.h.) når han skal ut av båten etter endt fisketur.

På sjøen igjen

Med på fisketurene er alt fra én til fire-fem personer. De kan ha demens, være i en tidlig fase av demens eller ha en alderspsykiatrisk lidelse. Pleie- og omsorgstjenesten i Kokelv kjenner sine brukere og vet hvem som kan dra nytte av slike opplevelser.

– Vi jobber også forebyggende. Det vil si at eldre fra bygda som kan tenkes å dra nytte av å delta i våre aktiviteter, kan inviteres med, forteller Ellen.

Minst én ledsager og/eller støttekontakt må være med når brukerne blir med til sjøs. Karl Nikodemussen har meldt seg frivillig til dagens økt. Med i båten denne dagen blir også Karls far

Ole Johan Nikodemussen. Først tar de en tur til Jans laksemerder på den andre siden av fjorden. Som oftest vil deltakerne prøve fiskelykken selv, men denne dagen er det litt hustrig og grått. Karstein og Ole Johan koser seg heller med å se på.

Multebærsuppe og hjembakt brød

En vellykket fisketur avsluttes ofte med en bedre middag. På Kokelv bo- og servicesenter tilbereder man fortsatt all mat selv, så de ferske råvarene blir tatt hånd om på best mulig måte.

Dagens lunsj er et annet eksempel på hvordan man kan utnytte lokale råvarer.

Med frosne multer som hovedingrediens koker Ellen raskt en velduftende varm og lett fordøyelig suppe til bo- og servicesenterets beboere og dagbrukere.

– Været var fint i fjor høst, så vi rakk å ta med oss flere brukere ut for å plukke bær. Jeg siler suppa, så alle skal kunne drikke den. Dette er en smak de fleste her er kjent med og har vært glad i fra barnsben av, forteller hun.

At retten frister er det ingen tvil om. En av beboerne, May Britt Nilsen, som ved frokosten noen timer tidligere ble matet på grunn av langt fremskreden demenssykdom, griper nå ivrig koppen med begge hender og spiser hele porjonen med suppe selv.

Bygda synger med

Ellen Johansen er født og oppvokst i Finland. Hun har alltid vært interessert i mat og utnytter denne kunnskapen så ofte hun kan.

– Jeg spør meg for blant eldre folk, og prøver å bruke ressurser som kan minne beboerne om det gamle naturnære fiskebondelivet. Bær, fisk, blodmat og hjemmebakst er svært populære innslag i hverdagen, forteller hun.

En arena for dialog har Ellen også lagt til rette for selv. Hver tirsdag ettermiddag inviterer hun folk i bygda til å være med på «Syng med» i stua på bo- og servicesenteret. Allsangen er åpen for alle og oppmøtet er bra, så også denne dagen. Snart nynnnes det ved alle bord.

– Det er så hyggelig å synges sammen. Vi gleder oss alltid til disse stundene, forteller Johan og Magny Henriksen.



SLAPPER AV: Karstein og kopplammet tar seg en liten blund.



SNART ALLSANG: Søskenparet Johan og Magny Henriksen skjærer opp rabarbraen til dagens kake.

– Søk midler med utgangspunkt i lokale forhold

Helsedirektoratet oppfordrer kommunene til å ta utgangspunkt i lokal kultur, natur og andre forhold når de skal utforme dagaktivitetstilbudene til personer med demens. Direktoratet opplyser at søke- og rapporteringsprosessen nå er forenklet og oppfordrer flere kommuner til å søke.

Norge har en langstrakt kyst, med skjærgård og fjordlandskap. Nærheten til havet har preget nordmenns liv til alle tider, og 80 prosent av landets befolkning bor fortsatt mindre enn 10 km fra sjøen¹. I *Stortingsmelding 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg* nevnes tiltakene i Kokelv som eksempler på lokalt pregede tiltak.

Sjøliv og kystkultur er ellers sjelden vare i beskrivelsene av omsorg for eldre og personer med demens. Dette til tross for at aktiviteter som kan knyttes til tradisjoner regnes som et godt hjelpemiddel til å styrke menneskers ressurser, hukommelse, selvfølelse og identitet.

Grønn omsorg har lenge vært et begrep og 337 gårdbrukere tilbyr i dag tilrettelagte og kvalitetssikrede *Inn på tunet*-tjenester (IPT), som skal gi brukerne en opplevelse av mestring, utvikling og trivsel. Aktivitetene i tilbudene er knyttet opp til gården, livet og arbeidet der.

– Gjør direktoratet noe for å øke tjenestetilbudet innenfor «blå omsorg»; det vil si *Inn på tunet*-aktiviteter knyttet til kystkultur og nærhet til havet?

– Helsedirektoratet oppfordrer kommunene til å være kreative når det gjelder organisering og lokalisering av dagaktivitetstilbud for personer med demens, sier avdelingsdirektør Kristin Mehre i Helsedirektoratet, og fortsetter: – Folk lever ganske ulikt i dette langstrakte landet vårt, og forhold som klima, naturforhold og om man bor i

urbane eller mer landlige strøk, preger levesett og interesser. Disse forskjellene forsvinner ikke selv om man får en demenssykdom. Helsedirektoratet oppfordrer derfor til å ta utgangspunkt i lokal kultur, natur og andre forhold når kommunen utformer dagaktivitetstilbudene. Tilbudene bør tilpasses ulike gruppers interesser, alder og funksjonsnivå. Vi trenger et mangfold av dagaktivitetstilbud for personer med demens, og en måte å få til det på kan være ved samarbeid med kulturretaten, idrettslag eller andre frivillige organisasjoner.

– Hvordan har interessen for tilskuddsordningen til etablering og drift av dagaktivitetstilbud for personer med demens vært så langt i 2014?

– I 2012 ble det opprettet en øremerket tilskuddsordning som skal stimulere til etablering av nye dagaktivitetsplasser for hjemmeboende personer med demens. Vi opplever stadig økende interesse, men det er nok fortsatt mange personer med demens som burde ha fått et dagaktivitetstilbud. For 2014 er det lagt til rette for opprettelse av 1200 nye plasser. Hittil i år er det tildelt tilskudd til opprettelse av 590 nye fulle plasser med 1174 brukere.

– Tror du mange kommuner kvier seg for å søke?

– Vi håper ikke det. Dagaktivitetstilbud kan drives på mange ulike måter, så kommunene står langt på vei fritt til selv å velge form og innhold så lenge det er rettet mot hjemmeboende personer med demens. Vi ønsker gjerne å understreke at dette ikke er en omfattende og komplisert prosess for kommunene. Det skal ikke legges ved noe budsjett ved søknadspapirene, og det skal ikke sendes inn regnskap, det er kun aktiviteten og antall opprettede plasser som rapporteres inn til Helsedirektoratet. I tillegg ble tilskuddsordningen forenklet i 2014 ved at tilskudd blir innvilget med hel- eller halvårs virkning, det vil si om tilbudet starter opp før eller etter 1. juli. Vi oppfordrer alle kommuner til å søke på dette tilskuddet, avslutter avdelingsdirektør Kristin Mehre.

¹⁾ *St.meld. nr. 16 (2004-2005) Leve med kulturminner.*



ENTUSIASTISK GJENG: Det tverrfaglige samarbeidet rundt hage og drivhus har blant annet inkludert aktivitør og psykisk helsearbeider Janette Reiersen (t.v.), sykepleier Marianne Larsen, aktivitør Eli Enstad Jensen, psykiatrisk sykepleier Peggy Mikkelsen og fysioterapeut Lara Mishler.

Bente Wallander (tekst og foto)

Sanselig plantehus på Tåsen

Plantehuset ved Diakonhjemmets alderspsykiatriske avdeling på Tåsen ble raskt en populær samlingsplass. De besøkendes sanser stimuleres daglig av et duftende, fargesprakende uterom. Gjennom hagearbeidet fremmes også pasientenes kompetanse og kunnskaper.

Da Diakonhjemmets alderspsykiatriske avdeling flyttet fra Asker til Tåsen for tre år siden var personalet allerede godt i gang med planlegging av sitt veksthus.

– Vi opplevde flyttingen som utfordrende. For å motvirke den følelsen plantet vi blomsterløk, slik at noe på det nye stedet skulle ønske oss velkommen, forteller en av ildsjelene bak tiltaket, spesialsykepleier Marianne Larsen.

To år senere har poliklinikken rukket å finne seg til rette i lokalene til det tidligere aldershjemmet.

Hagen har også utviklet seg, og i desember kom det etterlengtede plantehuset på plass.

Dufter deg i møte

Drivhuset er nå stedets ekstra uterom. Byggematerialene er, foruten de store glassvinduene, teglstein og cedertre. Sist nevnte tilfører rommet en eim av godlukt. Marianne Larsen har hatt mange med seg i planleggingen av prosjektet: Aktivitør Eli Enstad Jensen, aktivitør og psykisk helsefagarbeider Janette Reiersen, psykiatrisk sykepleier Peggy Mikkelsen, fysioterapeut Lara Mishler og sykepleier Barbra Heyerdahl.

– Utforming og materialbruk har vært viktig for oss. Å stimulere sansene var jo litt av hensikten med drivhuset. Et billighus som luktet plast ville ikke hatt den samme gode effekten, mener de ivrige omsorgsgartnerne.

Hit kan man gå uansett vær. Regn som trommer ned på de store glassflatene gjør oppholdet ekstra trivelig. Det opplevde vi den dagen D&A besøkte stedet.

Terapeutisk utformet

Arbeidet med å fylle drivhuset startet tidlig i vinter. Da sådde vi tomater inne.

– Vi sådde i små torvbriketter som vokste når de ble tilført vann. Det ble nesten det morsomste av alt vi har gjort. Alle fulgte med på det som skjedde fra dag til dag, erindrer Marianne Larsen.

Mange deltok også i den offisielle innvielsen av drivhuset den 20. februar.

I planleggingsfasen har den entusiastiske gjengen hatt stor nytte av sitt samarbeid med sykepleierhøgskolen på Diakonhjemmet, ved Marianne Thorsen Gonzales, som har tatt sin doktorgrad på nettopp terapeutisk hagebruk.

– Vi har kontinuerlig studenter her. De driver både i hagen og med annen fysisk aktivitet for pasientene. Hensikten med en hage som dette er jo å stimulere

og aktivisere pasientene. Bare det å komme seg ut en tur skaper større trivsel. Vi setter av faste tider på sommeren og bruker ellers hagen hver gang anledningen byr seg, sier Marianne Larsen.

Plukker planter overalt

Det er lett å se at mye har skjedd i drivhuset siden oppstart

– Pasientene har sådd frø og plantet avleggere. Både pasienter og ansatte har tatt med seg frø og stiklinger hjemmefra. Når vi går tur har vi alltid med oss en pose i hånden. Ved hjelp av et stipend fra VIRKE fikk vi midler til å dra på studietur til Landbruksuniversitetet Allnarp i Sverige. Det var en svært inspirerende tur. Derfra fikk vi i tillegg til kunnskap, også med oss litt ekstra frø til vårt uterom, forteller aktivtør Eli Enstad Jensen.

Dempet for noen

Fargene på plantene som fyller drivhuset er ikke tilfeldig valgt. For noen pasienter virker glade farger opprivende. For andre vil det være riktigere å dempe inntrykket noe.

– Hvordan det føles å ta på plantene er et annet aspekt vi tar hensyn til. Tenk hvor godt det kjennes å ta på planten som heter lammeøre, for eksempel. Frukttreer har vi også kjøpt inn, vi fant masse planter på salg. Om et par år kan vi forhåpentligvis høste våre egne epler, pærer, plommer, moreller, solbær, stikkelsbær, svartsubær og druer. Bærbuskene er særlig populære blant pasientene, det er lett å motivere folk til å bli med ut for å se på dem, forteller Marianne Larsen.

Trivselen øker

De ansatte er ikke i tvil om at hagen har og vil få en positiv virkning på pasientenes trivsel.

– En av pasientene sa en dag til oss: «Som ung hadde jeg lyst til å bli bonde, men jeg visste ikke at det skulle ligge så dypt». Han deltok med stor iver da vi plantet noen løker. Det var første gang han gravde i jorda i det hele tatt.

En annen av pasientene var svært ivrig den første våren vi drev og ryddet her ute i hagen. Vi holdt på etter hvert som snøen smeltet rundt husene. Da en av studentene sa at «Nei, nå må vi gå inn til middag» svarte han: «Nei, vi må gjøre dette ferdig først!»



LYSENDE LILLA: For noen er fargesprakende blomster et pluss. Andre pasienter har behov for mer dempede inntrykk.

En av dagpasientene har vært særlig aktiv.

– Hadde det ikke vært for henne hadde det nok ikke overlevd så mye nå i startfasen, sier Marianne Larsen.

Felles gleder

Å plukke inn buketter fra egen hage gir også en følelse av fellesskap.

– Noen av pasientene er passive i dårlige faser. I perioder gir de liten respons på hvordan de opplever det å bruke hagen. Men senere, når de er blitt bedre, kan de formidle at de har hatt glede og nytte av å være med ut i hagen.. Ofte får vi også i gode samtaler her ute. Her kan man finne roen til den gode samtalen, sier psykiatrisk sykepleier Peggy Mikkelssen.

Tverrfagligheten har vært en viktig del av prosjektet. Fysioterapeut Lara Mishler ser hagen fra sitt faglige ståsted:

– Som fysioterapeut er jeg spesielt glad for at pasientene nå beveger seg mer ute i litt ulendt terreng.

Langsiktige planer

Mye arbeid til tross; ferdige blir de nok aldri.

– Nei, her har vi fortsatt mange planer. Vi trenger for eksempel en avdeling til her i hagen, uten så sterke farger. For noen er de fargesprakende blomstene et pluss, andre trenger mere skjerming, sier Marianne Larsen. Hun er selv fascinert av hvordan bruk av hagen kan ha positiv effekt som tiltak i behandling av psykisk syke pasienter.

Om Alderspsykiatrisk avdeling, Diakonhjemmet sykehus, Tåsen

Avdelingen tilbyr utredning og behandling av psykisk lidelse hos personer over 65 år i Diakonhjemmet og Lovisenberg sektor i Oslo. Ved avdelingen utredes og behandles også psykiske symptomer og atferdforstyrrelser ved demens.

Utredning og behandling kan gjøres poliklinisk, ambulant eller ved innleggelse.

Formålet med utredningen er å kartlegge pasientenes ressurser og problemområder. Dette skjer i samarbeid med pårørende, primærhelsetjenesten og den øvrige spesialisthelsetjenesten. Hovedmålet for behandlingen er å helbrede, bedre eller lindre psykiske og fysiske lidelser, samt avhjelpe sosiale utfordringer og ta hensyn til pasientens eksistensielle behov.

Avdelingen har plass til 16 døgnpasienter. Dagpasientene kommer i tillegg.



FIN FLORA: Planteutvalget øker stadig.

– Konsentrert oppmerksomhet krever krefter. Vi ser også at vi, ved å holde på her, på en annen måte får frem pasientenes kompetanse og kunnskap. En av teoriene vi bygger dette tiltaket på er at det ligger i vår natur å stelle jorda. Det var kanskje årsaken til at det alltid var gårder på de gamle asylene og senere på de psykiatriske sykehusene. Nå kommer denne type tenkning tilbake, 30–40 år etter at man la ned gårdene på disse sykehusene. Vi legger ny kunnskap til grunn når vi tar de gamle metodene i bruk.



Gerd Komperød, aktivtør, Kurland og Eplehagen bofellesskap, Sarpsborg kommune

Gerd Komperød (tekst og foto)

Demensplanmidler ga drømmeår

For fem år siden ble det satt av øremerkede midler i Sarpsborg kommune til aktivisering. Det ga oss mulighet til å sette av en til to dager i uka hvor vi «bare» skulle være aktivtører. På disse dagene kunne vi gjøre det lille ekstra for beboerne, som å lage til en reminisensgruppe eller liknende. Det er ikke så lett å få til slikt på en vanlig vakt hvor de daglige gjøremål tar det meste av tiden.

Høsten 2013 fikk vi beskjed om at vi også hadde fått øremerkede midler fra Helsedirektoratets *Demensplan 2015* til dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med en demenssykdom. Bevilgningen ble videreført i 2014. Dette har gitt oss muligheter vi tidligere bare kunne drømme om.

Jeg ble fristilt fra min ordinære stilling som aktivtør i bofellesskapet, slik at jeg kunne jobbe i gjennomsnitt tre dager i uka på Kurland og to dager på Eplehagen og min kollega ble fristilt i én dag hver uke til aktivisering.

Tur og trim

Det ble kjøpt inn en ni-seters Mercedes Sprinter med rullestolrampe, slik at vi kan dra på turer i nærmiljøet, til parker,

museer og ut til kysten. Vi tar gjerne med kaffe og litt å bite i på disse turene, men noen ganger stanser vi også ved en kafé. For mange er dette et kjærkomment avbrekk i hverdagen. De kommer kanskje forbi skolen de har gått på en gang eller stedet der de bodde som barn. Mange minner dukker opp og turdel-takerne husker ting de ikke har snakket om på lang tid. For noen kan det å være med på en slik tur føre til at de blir litt ekstra forvirret når de kommer hjem igjen, men de har jo hatt en hyggelig tur underveis. Det som er viktig i omsorgen for personer med demens er, slik vi ser det, alle de gode øyeblikkopplevelsene. De må ikke nødvendigvis huske alt lenge etterpå, men de skal ha det flott der og da.

Brev fra Sarpsborg

Demens & Alderspsykiatri har fått inn denne hilsenen fra Kurland og Eplehagen bofellesskap i Sarpsborg kommune. Bofellesskapene er for personer med en demensdiagnose, med 29 leiligheter på Kurland og 16 leiligheter på Eplehagen. Personene er hjemmeboende i hver sin leilighet, men har felles måltider, samvær og ansatte som yter omsorg hele døgnet.

Forfatter Gerd Komperød er aktivtør og har siden 2000 vært ansatt ved Kurland bofellesskap i 50 prosent stilling. Det er i dag to aktivtører ansatt i bofellesskapene.



VED ILDEN: Aktivtør Gerd Komperød i OL-antrekk. (Foto: Privat)

Det ble også inngått avtale med treningsstudioet SATS. Ansatte herfra har siden besøkt begge bofellesskapene en dag hver uke. De organiserer trim med tilpasset aktivitet for den enkelte og er lydhøre for folks dagsform og andre ting som spiller inn. Instruktørene kjører samme program hver gang. Beboerne kjenner det igjen og det gir mye glede.

Fin middag

Høsten 2013 ble alle beboerne invitert til en fin middag på Festiviteten; Sarpsborg gamle og ærverdige «storstue», et sted som alle eldre i byen har et forhold til. Her har det vært arrangert utallige bryllup, konfirmasjoner, jubileer og så videre. Det var så hyggelig å se den gleden dette besøket skapte blant «våre» deltakere. Damene besøkte frisøren og tok for anledningen på seg penkjolene. Mennene fant frem dressene sine og slips. Lokalene de kom inn til var så fine, med stor høyde under taket og flotte lysekroner. Bordene var dekket med hvite duker, høye kandelabre og servitørene skjenket opp vin eller øl etter hva den enkelte ønsket. Beboerne kommenterte ivrig hva de så rundt seg. Da maten kom på bordet – kunstferdig lagt opp på tallerkenene – ble det helt stille. Dette ble en høytidstund for alle. De småpratet med hverandre og hadde det veldig fint.

Gitarkurs og sang

To ganger har vi hatt gleden av å få besøk av Elin Prøysen med mann. Å få besøk av dattera til selveste Alf Prøysen var for mange en stor opplevelse og mange sang med på de kjente sangene. Sang og musikk er ellers noe av det aller beste vi kan tilby våre beboere. De ansatte traller og synger mye, men det er ikke så mange av oss som kan spille et instrument. Syv ansatte ble derfor sendt på gitarkurs under forutsetning av at de skulle praktisere dette når de var på jobb i bofellesskapene. Vi leier også inn musikere, blant annet når vi en gang i måneden har kafé.

Vi har kjøpt inn en stor cd-spiller som vi kan ta med oss ut i hagen og plate-spiller med plater i brukbutikken. Så nå er det mulighet for en svingom til musikk av blant annet Jens Book-Jensen, Freddy Kristoffersen og Jim Reeves.

Før vinterolympiaden gikk vi til innkjøp av bålpanner, slik at vi kunne ha en OL-markering. Vi grilla pølser, drakk kakao og spiste Kvikk Lunsj. Til tross for at været ikke var det beste, var vi ute med saueskinn og pledd. De ansatte var blitt oppfordret til å ta på seg strikkesensere og annet varmt tøy. Vi arrangerte en liten utstilling av ullgensere i diverse mønstre, noen gamle skøyter og et par gamle ski – det ble virkelig en dag med mye reminisens.

God mat på alle fat

Før jul inviterte vi for første gang beboerne på julebord med god mat, godt drikke og selvfølgelig med sang og musikk. Hyggelig for beboerne at også de kom seg på julebord, slik som så mange andre. Når våren kom, ville vi på tilsvarende vis lage en fest med koldtbord. Det hadde vi aldri hatt før. Vi tenkte det kunne være hyggelig at beboerne kunne gå rundt og forsyne seg selv av det de ville ha. Noen av de ansatte var nok noen litt betenkt: «Hvordan dette skulle gå? Ville beboerne klare å forsyne seg selv?» De som trengte hjelp fikk selvfølgelig det, men det var overraskende mange som klarte seg selv. Og for en glede det var å forsyne seg, litt av det og litt av det!

Noen av beboerne bidro i tillagingen av maten. Her var det flere husmødre som nok hadde laget til mer enn ett selskap, som mer enn gjerne ville hjelpe til og være til nytte. To damer ble med og laget karbonader. Vi blandet deigen, hakket, formet og stekte over 120 karbonader. De hadde absolutt ikke glemt gamle ferdigheter. En mann ble med og skar opp mange løk og stekte den. Jeg tror at han holdt på med dette i nærmere tre timer, men for en arbeidsglede! Igjen det å være til nytte og selvfølgelig å se at han mestret det. En annen dame ble med og laget tre fiskekabareter. Der var ikke noe glemt. Hun danderte reker og egg så pent i bunnen av formene, fordelte lagvis det som skulle i og tømte til sist over aspik.

Andre beboere skrelte og delte opp poteter til salaten før de ble kokt. Deretter blandet de alt sammen. Det ble så utrolig mye fin og meningsfylt aktivitet ut av dette koldtbordet. Den gleden beboerne også følte når festen var i gang og

vi så hva de hadde laget. De var så stolte av alt som nå lå så vakkert dandert på fat; alle hadde nok en ordentlig godfølelse! Bordene var nydelige og alle koste seg med mat og drikke. Et to-manns orkester var leid inn så vi manglet heller ikke musikk. Til slutt ble det servert kaffe, bløtkake og en likør til de som ønsket det. Dette er et av de mest vellykkede arrangementene vi har hatt.

Vel verdt å nevne er også hvor mye det betød for den ene av damene, som sitter i rullestol, at hun ved denne anledningen selv fikk se maten og bestemme hva hun ville ha. Det kan virke som en selvfølge, men som oftest er det vi som forsyner dem. Det er lett å glemme hvor viktig det er for beboerne våre å se maten også.

Hotellturer gir mersmak

Det mest spennende vi har fått til dette året er hotellturer med overnatting. To turer har vi gjennomført i vår og to nye turer er bestilt og planlagt i høst. På hver av turene tur dro fire beboere og tre ansatte av sted i den nye bilen vår. Turene har gått til Vikersund og Tyri-fjord hotell med cirka to timers kjøring, slik at beboerne ikke skal bli for slitne av selve bilturen. Det passet fint å ta en stopp halvveis, på en rasteplass med toaletter. Vi hadde med kaffe og kaker og fikk strekt litt på bena. Turen gikk så til et småbruk ved Vikersund der vi hadde en matpause. Senere sjekket vi inn på hotellet.

Til slike turer avklarer vi på forhånd at det på hvert rom skal bo en ansatt og en til to beboere. På kveldene spiser vi en tre-retters middag, beboerne velger selv hva hun/han vil drikke til. Vi har sittet ute på terrassen med en kopp kaffe om kvelden og sett utover en blikkstille Tyrifjord i nydelig vær. Neste dag har vi kost oss med en deilig frokost før vi har sett oss i bilen igjen. Severdigheter blir besøkt, vi har sett både skiflyvningsbakken og Blaafarveverket. Vel hjemme igjen var de fleste slitne, men svært blide og fornøyde.

På turene har vi fotografert og filmet, slik at turdeltakerne i etterkant av turen kunne få hvert sitt album hvor vi hadde skrevet en liten kommentar til hvert bilde. Det ble veldig godt mottatt. Albumene blir noe som kan vises til familie,



UT PÅ TUR: Beboerne fra Eplehagen bofellesskap for personer med demens drar på mange turer.



RAST PÅ VEIEN: En liten matpause underveis må til. «Det passer fint å ta en stopp halvveis, på en rasteplass».



STOR STAS: «Det mest spennende vi har fått til dette året er hotellturer med overnatting», skriver Gerd Komperød. Bildene viser at turdeltakerne har kost seg underveis.

ansatte eller andre. Ved hjelp av bildene husker beboerne kanskje turen litt lenger også.

Det er mange inntrykk vi sitter igjen med fra disse turene; for eksempel den ene mannlige beboeren som på hotellterrassen om kvelden satt der med et stort smil og gjentok om og om igjen: «At det går an! Og så flott dette er!» Han sa også til den ansatte han skulle dele rom med; «Skal du virkelig ligge på rommet her og passe på meg?» En annen beboer som ikke snakker så mye lenger, hadde mange fine kommentarer på det han så: «Flott utsikt – åser langt i

det fjerne og fjorden som ligger der speilblank.» Da vi kommenterte alt vedkommende la merke til, kom svaret: «Du vet jeg maler jeg!» Og noen av beboerne kom jo i lang tid etterpå og spurte på om de hadde husket å takke for turen. Det oppleves som noe helt spesielt å dra på en slik tur med beboerne. Vi kommer dem enda nærmere og jeg tror de også føler et tettere bånd til oss. Dette er noe jeg aldri vil glemme.

Har aldri skjedd så mye

Eplehagen bofellesskap har ved hjelp av de ekstra midlene fått laget et lyst og fint



PÅ TERRASSEN: Turdeltakerne satte stor pris på utsikten fra hotellets terrasse.

Spa-rom. Der det tidligere var et stort bad med badekar som aldri ble brukt, har det nå blitt et lyst og pent rom som frisør og fotpleier kan bruke, der vi også kan gi beboerne litt én-til-én-kontakt, kanskje med litt manikyr. Et rom med fine bilder, med kjente motiver fra byen eller naturbilder og en cd-spiller med vakre toner – et rom for ro og velbehag.

På Kurland har vi fått et lenge etterlengtet lysthus i den fine sansehagen der. Fra håndverkerne begynte har det blitt iaktatt av beboerne. De har vist stor begeistring over huset og mange har besøkt det, noen når de har besøk av

familien, mens andre passer på å sette seg der når de tar en liten vandring i hagen.

Ved hjelp av pengene har vi kunnet gå til innkjøp av diverse ting som vi vil ha glede av i mange år til forskjellige former for aktivisering. Vi har også vært en del i brukbutikker og handlet inn småting til reminisens-kassene. Det kan være fint å ta frem når det blir mørke høstkvelder og det kanskje ikke er så trivelig å dra ut på biltur.

Det siste året har så langt vært et drømmeår. Det har aldri skjedd så mye i våre bofellesskap som i perioden fra høsten 2013 til nå. All den gleden disse pengene har gitt, både for beboere og ansatte! Mange pårørende har gitt oss positive tilbakemeldinger i denne tiden. De fleste beboerne setter jo pris på at det skjer ting. At vi har bilen og kan ta disse småturene gjør jo at mange føler seg

friere og ikke så innestengte som vi hørte dem si tidligere.

Jeg liker godt å jobbe med personer med demens og at jeg nå, i over et år, har fått anledning til å jobbe kun med aktivisering er jeg kjempeglad for. Det har blitt slik for mange at når de ser meg lurer de på hva som skal skje? «Skal vi på tur? Er det fest? Og så videre.» Jeg sier bare: «Tusen takk.» Det hadde vært et ønske at det også i ettertid kunne bevilges mere penger til aktivitet og trivsel.

■ gerd.komperod@sarpsborg.com

UTSTILLING: *Under OL laget de ansatte i Eplehagen en utstilling med ullgensere og gammelt skiutstyr.*



Aktive midler

I 2012 søkte enhet omsorgstjenester Tune i Sarpsborg kommune Helsedirektoratet om øremerkede midler til dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med en demenssykdom ifølge *Demensplan 2015*. Målet var å styrke dagaktivitetstilbudet til denne brukergruppen. Vi søkte først om midler til å utvide tilbudet om dagplasser på den etablerte dagavdelingen ved Kurland bofellesskap. Vi ville styrke tilbudet til hjemmeboende personer med demens med sju plasser, fra fem til 12 plasser hver dag. Året etter søkte vi om og fikk midler til ytterligere to dagaktivitetsplasser ved ett av de øvrige bofellesskapene for hjemmeboende – Eplehagen bofellesskap – som skulle komme hjemme fra/utenfra til bofellesskapet hver dag. Disse plassene har fungert bra og utgjør både et godt tilbud både for brukeren og en god avlastning for pårørende som ofte står i et svært krevende omsorgsarbeid. Tiltaket har bidratt til utsettelse av behov for heldøgnplass til disse

brukerne. Tiltaket med dagplasser inne i etablerte bofellesskap har ikke tidligere vært prøvd ut i Sarpsborg, men det har fungert svært bra takket være god innsats fra de ansatte i bofellesskapet.

I 2013 søkte vi også om midler til dagaktivitetstilbud for hjemmeboende beboere i bofellesskap for demente. Som beskrevet ovenfor, har vi nå mye god erfaring med å øke livskvalitet og aktivitet for disse beboerne.

I retningslinjene for bruken av midlene har vi hatt fokus på opplæring av ansatte i bofellesskapene og dagsenteret. Vi har hatt i alt tre fagdager med innleide foredragsholder som har snakket om temaer knyttet til satsingsområdet Aktivisering av brukere med en demenssykdom: Rutiner og miljøarbeid, musikkterapi, hvordan takle utfordrende atferd med mere. Temadagene har vært heldagssamlinger. De ansatte har satt stor pris på denne muligheten for faglig påfyll i en travel hverdag. Det har også vært faglig veiledning på hvert av bo-

fellesskapene ved at en ekstern veileder har jobbet sammen med de ansatte der. Det ble så evaluert og gitt tilbakemelding til de ansatte med innspill og tips til tiltak på hvert sted. Det ble også avholdt pårørendemøter der de pårørende fikk anledning til å komme med innspill og forslag til tiltak for beboerne i bofellesskapene. Dette ble godt mottatt og vi fikk høre at de setter stor pris på alle aktiviteter deres kjære får delta i.

Konklusjon

Disse midlene har gitt oss en unik mulighet til å sette aktivisering på dagsorden. Vi har gitt nye, gode tilbud til hjemmeboende. Beboere og brukere er godt fornøyd med tiltaket og ansatte opplever glede ved å se at beboere og brukere har fått økt livskvalitet – om ikke annet så i nuet – da mange ikke husker så mye av det i etterkant.

■ solbjorg.johansen@sarpsborg.com



Solbjørg Johansen, Enhetsleder, omsorgstjenester Tune, Sarpsborg kommune

Torhild Holthe og Astrid Andersen (tekst og foto)

Demensomsorg i Japan

I forbindelse med deltakelsen på en verdenskongress for ergoterapeuter i Japan i juni 2014, fikk Torhild Holthe og Astrid Andersen anledning til å besøke et sykehjem for personer med demens i Shinagawa-distriktet i Tokyo. De møtte fagpersoner som kunne fortelle om hvordan demensomsorgen var organisert i Japan. Les deres reisebrev.

Japan har 127 millioner innbyggere og 25 prosent er over 65 år. Ingen andre land har så mange gamle som Japan. Andelen personer med demens er høy og vil øke i årene fremover. I 2013 var forekomsten av demens og MCI på henholdsvis 4.62 og 4 millioner

Japan har, som mange andre land, initiert en femårsplan (2013–2017) kalt Oransje-planen, som har som mål å støtte personer med demens til å fortsette å leve i sitt lokalsamfunn, med håp om at dette kunne redusere behov for institusjonsinnleggelse og medisiner. Planen har syv satsningsområder: 1) utvikling av standardiserte behandlingsforløp, 2) tidligere diagnose og intervensjon, 3) forbedre helsetjenester til hjemmeboende, 4) forbedre langtidsomsorg i regi av kommunehelsetjenesten, 5) bedre støtte til å mestre hverdagslivet og til pårørende, 6) styrke innsatsen for yngre personer med demens og 7) få fortgang på utviklingen av Human Resource-tenkingen (forbedre kunnskaper og ferdigheter hos personalet, samt utvikle modeller for demensbehandling).

Ikke ignorer mennesker som har demens!

Det er tydelig at japanerne jobber med bevisstgjøring, og til og med skoleklasser får undervisning om demens og hvordan de bør møte eldre mennesker med denne lidelsen. «Ikke ignorer mennesker som har demens» er slagordet.

Multifunksjonelle sykehjem – et nytt konsept i Japan

Vi besøkte ett sykehjem, som ble bygd for fem år siden og som var det de kalte for multifunksjonelt. Det innebar at sykehjemmet hadde flere små bogrupper som var differensiert etter ulike behov. Multifunksjonelle sykehjem var et ganske nytt konsept, og som betød fleksibilitet og tilpasning til enkeltpersoner. Dette sykehjemmet hadde et Group home (ni plasser), Care home (29 plasser) og Day care (25 plasser), samt åtte plasser for personer med ulike behov. For eksempel, dersom en hadde behov for å overnatte en natt eller to, så var det muligheter for dette. Da kunne man velge mellom tradisjonell seng, som var en madrass på gulvet eller en vanlig sykehusseng. Rommene var 10 m², og badet og WC var ute i korridoren og ble delt med andre.

En tredjedel av personalet hadde eksamen i et helsefag, men de fleste var assistenter uten lisens, som de kalte det. I utvelgelse av medarbeidere var personlig egnethet et særdeles viktig kriterium. Nyansatte fikk bedriftsintern opplæring i fire måneder + et firedagers introduksjonsprogram. Arbeidstiden var ganske annerledes enn i Norge; fra 09–18, fra 11–20, fra 18–11 og fra 22–09.

På sykehjemmet vi besøkte var filosofien at personalet ikke skulle drive med terapi, men heller støtte opp om de aktivitetene som beboerne selv ønsket og satte pris på. Dørene var åpne frem til klokken 20 på kvelden, da kunne man



INNTAR TOKYO: Torhild Holthe (t.h.) og Astrid Andersen foran kongressbygget i hovedstaden Tokyo.

fritt gå ut og inn. De ansatte oppmuntret beboerne til fortsatt å gå til sin faste frisør, lege eller karaokebar. Beboerne hadde muligheter til å være med på matlaging, derfor var kjøkkenet stort og ble en viktig møteplass. De ansatte laget mat sammen med beboerne, og de bestemte rettene som skulle være dagens meny. Personer som vurderer å flytte hit, kan komme på besøk – de kan booke tid for et bad eller de kunne komme og spise sammen med beboerne. Vaktrommet var et lite rom midt i sykehjemmet, med et lavt bord, kanskje 30 centimeter høyt, der en ansatt satt på kne og skrev sin rapport. Langs den ene veggen var en madrass på gulvet, og her kunne en beboer som trengte å hvile med folk rundt seg, legge seg ned en stund.

Bading – en høyt verdsatt aktivitet

Alle bogrupperne hadde et eget «onsen», et bad vi ville tenke på som spa. Badekultur er en høyt verdsatt tradisjon, og mange japanere er vant til å oppsøke varme kilder utendørs. Baderommet på sykehjemmet er derfor et viktig rom, det

kan inneholde flere dusjer og et stort sittebadekar som er murt ned i gulvet, eller det kan være et mindre rom med dusj og sittebadekar. Ofte er badet opp-tatt flere ganger om dagen.

Barnehage i underetasjen og hage på taket

I øverste etasje på sykehjemmet var det en dagligstue, to onsen og utgang til en takterrasse med plen og trær, og til og med en grønnsakhage. En aktivitet var å vanne plantene, og på husveggen var det både arbeidsbenk og vannuttak. Barnehagen hadde også en del av den øverste etasjen og utgang til egen del av hagen. Beboerne på sykehjemmet kunne altså sitte ute i det grønne og se over til hagen der barna lekte. En grønn lunge midt i det tettbygde Tokyo, der gamle og barn kan møtes og ha kontakt.

Å reise i Japan ble en oppdagelsesreise for oss, og vi har lyst til å dele noen opplevelser:

«Japanerne dusjer før de bader!»

På vår reise i Japan besøkte vi «onsen» flere ganger. Tradisjonelle hoteller, ryokaner, hadde alltid onsen, og det fantes offentlige onsen og utendørs onsen med varme kilder. Det at flere bader sammen er vanlig i Japan. Alle bader nakne, og innendørs bad har egen avdeling for kvinner og menn. Badet er et stort rom med flere dusjer som er montert lavt og man sitter på en krakk og vasker seg. Det var viktig å vaske kroppen og håret godt før man gikk ut i badet, som var et stort sittebadekar murt ned i gulvet. Vannet var varmere enn vi er vant til og

rakk oss til skuldrene. I Norge er vi vant til at termostaten på blandebatteriet i dusjen er 38 grader, i Japan er den på 40! Å bade i Japan krever at man følger et visst rituale. Her siterer jeg fra dagboken min:

«Før vi går ned til badet, skifter vi til yutaka (bomullskimono), ingenting under, tar med håndkle og klut, og smetter på oss tøflene som står ved døren. Nede ved inngangen til badet skal tøflene plasseres i en hylle. Vi går barbente inn i det første rommet, et stellerom, med benker, speil og sittekrakker, hårføner og til og med engangs hårbørster og tannbørster og tannkrem. I en hylle med kurver legger vi fra oss yutakaen og håndkledet. Vaskekluten som er lang og smal tar vi med oss inn i dusjavdelingen. Langs den ene veggen er det montert hånddusjer. Til hver vaskestasjon hører en krakk, et vaskevannsfat og flere store flasker med sjampo, balsam og kroppssåpe. Noen steder har også face scrub og diverse remedier. Her skal man vaske seg grundig før en går ut i bassenget. Og da er det smart at kluten er såpass lang og smal! Deretter skal vi ut i bassenget – nakne. Det er viktig at kluten ikke deller ned i bassenget, og vi ser at de japanske damene knytter den rundt hodet. Vi gjør det samme. Vannet prikker i huden når vi går ned de få trappetrinnene. Dette er varmt! Vi setter oss forsiktig ned og kjenner vannets velgjørende effekt. Det er en rolig atmosfære. Et par japanske damer prater lavt i det ene hjørnet av bassenget, ellers hører vi bare vannet som renner inn i bassenget. Etter noen minutter, blir det vel varmt. Jeg går opp til dusjen og skrur på kaldt

vann, skyller kroppen raskt før en ny runde i badet. Etterpå går man i stellerrommet for å tørke kropp og hår.» Vi følte oss både forfrisket og avslappet etter et slikt bad.

Annerledeslandet

Vi lærte mye på vår reise i Japan. Japanerne har en grunnleggende holdning om at fellesskapet er viktige enn enkeltmennesket. Derfor møter de andre med stor respekt og ydmykhet.

Japanerne er høflige og vennlige folk. De er hjelpsomme, og selv om ikke alle kunne snakke engelsk, hjalp de oss ved å peke og forklare. Eldre mennesker vises respekt, og det var noe vi som middelaldrende damer også kunne nyte godt av. Vi ble møtt med høflighet og respekt overalt. Vi opplevde at en bussjåfør som, før han skulle gå av vakt, snudde seg mot oss passasjerer og bukket dypt. Så kom den nye sjåføren om bord på bussen og han bukket også for oss, før han installerte seg i setet og kjørte ruten videre. Det gjorde inntrykk!

Det japanske kjøkkenet er et kapittel for seg. Vi smakte på alt som ble servert oss, og mye av dette aner vi fortsatt ikke hva var. Både frokost og middag besto av mange små retter servert på keramikk-skåler i ulike farger. Østers, ål, sushi, sashimi, miso-suppe, grillet kjøtt, salat, syltede grønnsaker, tang og ris sto ofte på menyen. Og vi fikk god trening i å spise med pinner!

Turen til Japan har gjort dypt inntrykk, og – vi reiser gjerne tilbake en annen gang!

■ torhild.holthe@aldringoghelse.no



VIKTIG ROM: Enmanns onsen på sykehjem.



SIKKERHET: Hjelmene henger klare i gangen om det skulle bli jordskjelv.



PÅ SYKEHJEMSTAKET: En frodig kjøkkenhage.

Stemningsrapport fra WFOT 2014

Verdenskonferanse for ergoterapeuter i Yokohama, juni 2014



INTERNASJONAL TRIO:
Torhild Holthe (t.v.), Norge,
professor Rumi Tanemura,
Japan, og professor Louise
Nygård, Sverige deltok alle på
WFOT 2014 i Japan.

Mer enn 5000 ergoterapeuter fra 70 nasjoner deltok på den 16. verdenskonferansen i Yokohama. Vi var to av til sammen 20 deltakere fra Norge. (Fra Sverige kom 100 deltakere!) Og programmet var enormt, med 16 ulike symposier hver dag i fem dager, i tillegg til plenumsesjoner. Til åpningsseremonien kom keiseren og keiserinnen, og de besøkte også utstillingen av hjelpemidler som gikk parallelt med kongressen. Kulturelt innslag var ved trommegruppen AUN, som viste fremragende musikalske ferdigheter for en fullstappet sal.

De norske deltakerne hadde flere presentasjoner; av prosjekter tilknyttet Aldring og helse var det Astrid Andersen, som hadde innlegg om Marte Meo og Torhild Holthe som hadde innlegg om både resultater fra prosjektet om yngre personer med demens og om Almas hus. Rita Jentoft, UiT, hadde poster om er-

faringer med enkel fjernkontroll til TV som ble testet i prosjektet om yngre personer med demens. Vi fikk alle god respons på presentasjonene våre, noe som var en velkommen belønning etter alt arbeid som er nedlagt.

I Japan er det om lag 70 000 praktiserende ergoterapeuter, og det utdannes 5 000 hvert år. Det er en stor satsning på nye områder som ergoterapi til kriserammede etter tsunami og jordskjelv, og flere sesjoner handlet om erfaringer med dette arbeidet. Entreprenørskap var det også spennende å høre om, og et eksempel fra Mo i Rana ble nevnt, der ergoterapeut Birgit Granhaug har etablert et «være-, lære- og arbeidssted» for psykisk helse i Bakeribygget¹.

Mange forelesninger handlet om ergoterapi og demens. Både Maud Graff fra Nederland, og Jennifer Wenborn fra Storbritannia hadde innlegg om kommune-ergoterapi til personer med demens. Torhild deltok på en workshop om demens og velferdsteknologi sammen med professor Louise Nygård og hennes stipendiater fra Karolinska instituttet i Stockholm og professor Rumi

Tanemura fra Japan. Her møtte mer enn 100 deltakere for å være med å diskutere temaet.

Kongressen ble en interessant og lærerik erfaring. Vi møtte gamle og nye kolleger fra mange land, og utvidet nettverket vårt. Tusen takk til Aldring og helse som har sponset kongressen for oss!



MED POSTER: Rita Jentoft fra Universitetet i Tromsø under posterfremvisningen i Yokohama. (Foto: Ole Reibo)

¹⁾ Bakeribygget: http://www.rana.kommune.no/helse_sosial_og_omsorg/psykisk_helse_og_rustjenester/Bakeribygget/Sider/Bakeribygget.aspx



STOR INTERESSE: AAICs verdenskonferanse i København samlet i sommer nær 4 400 deltakere.

Global helseutfordring i endring

Den varslede «demensepidemien» kan være avtagende, men det er stor forskjell på høy- og lavinntektsland. På verdensbasis vil forekomsten av demens fortsatt øke.



Under verdens største Alzheimer-kongress; Alzheimer Association International Conference 2014 (AAIC>14) i København, ble det i sommer presentert forskning som antyder at den varslede «demensepidemien» blir mindre omfattende enn fryktet.

Vil fortsatt øke

To forhold ble trukket frem som årsaker til at stadig flere fagfolk nå ser på fremtiden med litt større optimisme:

- Bedre kontroll med og behandling av hjerte- og karsykdommer
- Økt utdanningsnivå i befolkningen.

INGEN LØFTER: – *Vi ser mye positivt, men endringer i livsstil kan slå negativt ut, sa M.D., Ph.D. William Klunk fra AAICs råd for medisin og forskning.*

De globale utfordringene vil likevel være enorme i lang tid fremover. Høyere levealder vil føre til en eksplosiv økning i antallet personer med demens over hele verden, fra dagens 44 millioner til 135 millioner i 2050. Økningen vil være sterkest i lav- og mellominntektsland, og man ser allerede nå en sterk vekst i Asia og Afrika

Positivt fra vest

– Selv om vi for tiden ser positive trender, særlig i vestlige land, vet vi at endringer i livsstil kan påvirke situasjonen negativt, sa William Klunk, nestleder i AAICs råd for medisin og forskning.

– I høynntektslandene har flere års fokus på forebygging og behandling av kardiovaskulære sykdommer vist seg å gi positive ringvirkninger når det gjelder befolkningens «hjernehelse». Samtidig

ser vi en sterk økning i forekomsten av diabetes, høyt blodtrykk og fedme. Da vi vet at dette også er risikofaktorer når det gjelder demens, kan vi ikke med sikkerhet si hvordan utviklingen vil bli, understreket Klunk.

For å illustrere hvor stor innvirkning demenssykdommene vil få for verdens helsebudsjetter, ble det presentert tall fra USA som viste at de medisinske kostnadene forbundet med demens (109 milliarder dollar) allerede har passert kostnadene knyttet til hjerte-/karlidelser (102 milliarder dollar) og kreftsykdommene (80 milliarder dollar).

– I tillegg kommer selvfølgelig de personlige og sosiale belastningene knyttet til omsorg for personer med demens, understreket William Klunk.

Risikofaktorene

Forskere verden over har i de senere år forsøkt å identifisere risikofaktorer som kan knyttes til utvikling av demens senere i livet. Diabetes og hjerte-/karlidelser er nevnt. I København ble det presentert forskning som tyder på at søvnkvalitet også spiller en rolle. En undersøkelse blant veteraner (bare menn) fra USA viste at de som slet med

både søvnproblemer og posttraumatisk stress-syndrom hadde økt risiko for å utvikle demens.

– Selv ved små forstyrrelser av sønnen fant vi økt risiko for å utvikle en demenssykdom, opplyste MD Kristine Yaffe, University of California, San Fransisco.

Høyt blodtrykk midt i livet synes å øke faren for å utvikle demens i tidlig alderdom. Det samme gjelder fedme. Blant de som utvikler høyt blodtrykk i eldre år (90+) finner man imidlertid færre personer med demens enn blant deres jevnaldrende. – Jo senere man får forhøyet blodtrykk, jo bedre, sa Maria M. Corrada, University of California, som presenterte resultater fra studien *Late Onset of Hypertension and Risk of Dementia in the Oldest-old: The 90+ Study*.

Lek og spill er bra

Med studien *Wisconsin Registry for Alzheimer's Prevention (WRAP)* ville man finne ut om jevnlig deltakelse i kognitive aktiviteter kan påvirke hjernestruktur og/eller kognitive funksjoner.

– De som oppga at de pleide å leke og spille spill hadde et signifikant større

hjernevolum. De oppnådde også høyere skåre på eksekutive funksjoner som verbalt minne, hastighet og fleksibilitet, fortalte Stephanie Schultz, BSc, fra Wisconsin universitet.

Epidemiolog Francine Grodstein fra Brigham and Women's Hospital i Boston, USA, har forsøkt å identifisere livsstil- og kostholds faktorer som kan påvirke våre kognitive funksjoner. Hun hadde følgende råd til de som vil forebygge kognitiv svikt:

– Unngå overvekt, kutt ut mettet fett og transfett, spis fisk og hold deg fysisk aktiv!

– Bør ikke trene for hardt

Fra stadig flere hold får man også grunnlag for å si at det å drive med idrett er en forebyggende faktor.

– Alt peker i samme retning. Aktivitet er en beskyttende faktor, uansett om man trener på et lett eller på et moderat nivå. Mindre gunstig er det å bedrive hard fysisk aktivitet i alderdommen.

– Hardtrening ble ikke forbundet med redusert risiko utvikling av Alzheimers sykdom, sa professor Yonas E. Geda fra Mayo Clinic, Arizona.



MAT FOR HJERNEN: Epidemiolog Francine Grodstein fra Brigham and Women's Hospital i Boston snakket om ernæring og kognitiv svikt. – Unngå overvekt, spis fisk og vær fysisk aktiv, sa hun.



TRENING NYTTER: – Fysisk aktivitet er en beskyttende faktor, uansett om man trener på et lett eller på et moderat nivå, sa professor Yonas E. Geda fra Mayo Clinic i Arizona.

*Oslo Kongressenter
2.-3. desember*

Merk av i kalenderen!



DEMENS DAGENE 2014

LIVET ETTER DIAGNOSEN

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

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



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Leon Jarners Forskningspris 2014

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

Leon Jarners forskningspris deles ut under Demensdagene.

Leon Jarners Minnefond

Stockholm 20. og 21. oktober 2014

Andre skandinaviske konferanse om ledelse og demens

God demensomsorg, et spørsmål om ledelse?

Tema: Implementering som holder

Svenskt Demenscentrum, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse og Nationalt Videncenter for Demens inviterer organisatorer og ledere fra hele Skandinavia til konferansen, som holdes i Stockholm Waterfront Congress Centre 20. og 21. oktober 2014. Konferansen setter fokus på implementering av ny viten om god demensomsorg og diskuterer spørsmålet om hvordan vi kan fastholde forbedringer over tid. Internasjonale forskere og forelesere deltar. Konferansen omfatter et stort antall emneområder og presentasjonene vil bli gitt på norsk, svensk, dansk og engelsk.



Påmelding og program: www.demenscentrum.se/konf2014



KURS & KONFERANSER

høst 2014 og vår 2015

| Kursperiode | Tema | Sted | Påmeldingsfrist |
|-----------------|---|------------|-----------------|
| Demens | | | |
| 8. okt.* | Utredning av demens i kommunehelsetjenesten | Trondheim | Ta kontakt |
| 9. okt.* | Etablering og organisering av demensteam | Trondheim | Ta kontakt |
| 28. okt.* | Kognitiv svikt og demens hos personer med innvandrerbakgrunn | Oslo | 22. sept. 2014 |
| 29. okt.* | Tilrettelagte tilbud til yngre personer med demens og deres pårørende | Oslo | 23. sept. 2014 |
| 4. nov.* | Bogrukker for personer med demens | Lillestrøm | 29. sept. 2014 |
| 5. nov.* | Erfaringskonferanse – Dagtilbud | Oslo | 1. okt. 2014 |
| 2. des.** | Demensdagene 2014 | Oslo | 3. nov. 2014 |
| VÅR 2015 | | | |
| 4. feb.*** | Basiskurs i demens | Sørum | 5. jan. 2015 |
| 11. feb.* | ETUQ | Oslo | 8. jan. 2015 |
| 12. feb.* | Velferdsteknologi og demens | Oslo | 8. jan. 2015 |
| 2. mars* | Utredning og oppfølging av yngre personer med demens | Stjørdal | 28. jan. 2015 |
| 23. mars** | Utredning av demens i kommunehelsetjenesten (2 dager) | Oslo | 18. feb. 2015 |
| 21. april.* | GPS – økt livskvalitet for personer med demens? | Alta | 17. mars 2015 |
| 27. april** | Legekurs – Demenssykdommene – diagnostisering og behandling | Oslo | 23. mars 2015 |
| 28. april* | Tilrettelagte dagaktivitetstilbud for personer med demens | Oslo | 25. mars 2015 |

Alderspsykiatri

| | | | |
|-----------------|--|-----------|---------------|
| 14. okt.* | Rus og legemiddelavhengighet hos eldre | Trondheim | Ta kontakt |
| 12. nov.* | Psykiske lidelser i eldre år | Tromsø | 7. okt. 2014 |
| 14. nov.* | Alderspsykiatrisk forskningsnettverk | Oslo | 10. okt. 2014 |
| VÅR 2015 | | | |
| 2. mars* | Psykiske lidelser i eldre år | Oslo | 28. jan. 2015 |
| 20. april*** | Landskonferanse | Ålesund | 9. mars 2015 |

Utviklingshemning og aldring

| | | | |
|-----------------|--|--------|---------------------------|
| 23. okt.* | Temakonferanse – Avgang fra yrkeslivet – hva nå? | Oslo | 16. sept. 2014 |
| VÅR 2015 | | | |
| 13. jan.*** | Basiskurs – Aldring hos personer med utviklingshemning | Oslo | 11. des. 2014 <i>Obs!</i> |
| 27. jan.* | Utviklingshemning og aldring – utfordringer i VTA og arbeidssentra | Bergen | 14. des. 2014 <i>Obs!</i> |

Funksjonshemning og aldring

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

Geriatri

| | | | |
|-----------------|------------------------------|--------|----------------|
| 28. okt.* | Akutt hjertesykdom hos eldre | Oslo | 22. sept. 2014 |
| VÅR 2015 | | | |
| 3. feb.*** | Basiskurs i geriatri | Tynset | 5. jan. 2015 |
| 26. mars** | Ernæringssvikt hos gamle | Oslo | 22. feb. 2015 |

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

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

Antall kursdager:
* (1 dag)
** (2 dager)
*** (3 dager)

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

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

www.aldringoghelse.no

Skriv for Demens & Alderspsykiatri

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

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

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



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

Fagartikler i D&A

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

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

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

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

Forskningsartikler i D&A

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

Fagfellevurdering

D&A praktiserer lukket fagfellevurdering (fagfelle vet hvem som er forfatter, men forfatter får ikke informasjon om hvem som er fagfelle). D&A benytter fagfeller fra Norge og de nordiske land. Innsendt manuskript blir vurdert av minst to faglig kvalifiserte personer (fagfeller), som representerer eksterne fag- og forskningsmiljøer. Resultatet av vurderingen

blir normalt meddelt forfatteren innen to måneder etter at manuskriptet er bekräftet mottatt.

Generelt

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

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

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

1. Overskriftsside

Tittel på artikkelen

Forfatterens (forfatterenes) for- og etternavn.

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

Forfatterens (forfatterenes) stilling og arbeidssted.

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

Antall figurer og tabeller i artikkelen

2. Sammendrag

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

Etikk

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

Forfatterskap

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

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

Interessekonflikter

Før publisering av et manuskript, må alle forfatterne ha skrevet under en interessekonflikterklæring.

Referanser

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

For fullstendig beskrivelse av stilen og kravene til forskningsartikler som ønskes vurdert for publisering i D&A, se www.demensogalderspsykiatri.no eller ta kontakt med redaktør/redaksjon.

REFERANSER

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



Demens & Alderspsykiatri

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

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

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

Bestill tidsskriftet

e-post tidsskriftet@aldringoghelse.no

telefon 22 11 77 28

eller skriv til:

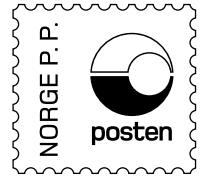
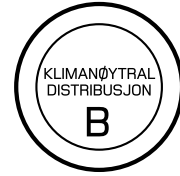
Aldring og helse

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



Aldring og helse
 Nasjonal kompetansetjeneste

www.demensogalderspsykiatri.no



D&A går i dybden - og i bredden

ISSN: 1890-4130

Medlem av



Demens&Alderspsykiatri utgis av



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

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

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

post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no



www.demensogalderspsykiatri.no

tidsskriftet@aldringoghelse.no