



I tjukkaskjengens fotspor
**Turtilbud med
kulturelt påfyll**

Side 36

17 | Har vi rom for
psykisk syke eldre?

19 | Kvinner rammes
sterkest av demens

25 | Marte Meo-
veiledning

- 4 **FOLK I FOKUS**
Ny skipper for aldring og helse
Intervju med Kari Midtbø Kristiansen
- 9 **AKTUELT**
Ny nasjonal kartlegging:
Økt satsing på demensomsorg, men fortsatt
mange uløste oppgaver
- 11 **AKTUELT**
Demensplan 2020
Et mer demensvennlig samfunn
- 13 **REPORTASJE**
Med inspirasjon fra Nederland:
Fra sykehjem til Økernhjem
- 17 **KOMMENTAR**
Hvor skal alvorlig psykisk syke eldre utredes
og behandles?
Marianne Holm
- 19 **KRONIKK**
Kvinner og demens
Kirsten Thorsen
- 21 **FAGARTIKKEL**
«En sentrifuge i hue» Bruk av metaforer i
oppvekstfortellinger fra voksne barn av yngre
personer med demens
Kirsten Thorsen, Aud Johannessen, Knut Engedal
- 25 **FAGARTIKKEL**
Demens og samspill, Marte Meo-veiledning
i demensomsorg
Rigmor Einang Alnes
- 31 **AKTUELT**
Appetitt på livet
- 32 **FAGARTIKKEL**
Hjelpkunst: Å møte den andre der han er
Eva Gjengedal, Torill Skrondal, May-Britt Storjord,
Else Lykkeslet
- AKTUELT**
- 34 **ABC-deltaker nr. 20 000**
- 35 **Aldring og helses ABC-opplæring**
- REPORTASJE**
- 36 **Trim for kropp og sjel**
- AKTUELT**
- 37 **Når en av foreldrene får demens:
Hvem ser meg?**
- KULTUR**
- 38 **Demens på flere scener**
- NYE BØKER**
- 39 *En dag og en reise*, Rune Aarbø Reinaas
Se hvem jeg er! Anne Marie Mork Rokstad
- 40 *Depresjon hos eldre*, Knut Engedal og
Guro Hanevold Bjørkløf
Bestefar på rømmen, Simon Stranger



Ingrid Lyby Sandvik og
Gyda Hagen.
Foto: Bente Wallander

Abonnement:
Aldring og helse
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

Ny pris per 2016:
Norge: kr 420 Norden: kr 500

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

Layout/trykk
BK Grafisk, Sandefjord (TAa)

Det redaksjonelle arbeidet er
avsluttet 7. september 2015.





Helhet hele veien

Høringsutkastet til *Demensplan 2020* er positivt mottatt. Departementet får ros for sin historiske involvering av personer med demens og deres pårørende. Dialogmøtene, både for brukere og fag- og forskningsmiljøene, har bidratt til et realistisk bilde av dagens situasjon. I høringsdokumentet tar man høyde for mange av utfordringene som kom frem. Brukerskoler for personer med demens er et konkret eksempel på et tiltak som nå har fått sin naturlige plass i planen.

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse og Nasjonalforeningen for folkehelsen påpeker i sine høringssvar at man er nødt til å se hele forløpet, ikke bare deler av det. Dagaktivitetstilbud og avlastning er fortsatt vesentlige bidrag til gode dager for denne brukergruppen. I høringssvarene oppfordrer de regjeringen til å opprettholde satsingen på miljøbehandling og personsentert omsorg, i alle deler av tjenestene.

Holdningene til personer med demens og deres pårørende er endret i positiv retning de senere årene, men fortsatt gjenstår mye før alle kan føle seg trygge på å bli møtt med varme, raushet og respekt. Det er bra at regjeringen satser på et mer demensvennlig samfunn i stedet for store, atskilte miljøer for personer med demens.

Ny og oppdatert kunnskap er en forutsetning både når det gjelder forebygging av demens og god omsorg. Det er viktig at Demensplan 2020 legger til rette for deltakelse i det europeiske programmet Joint Action on Dementia. Regjeringens plan om en prevalensstudie ønskes velkommen, men også andre forskningsområder bør styrkes. Bedre kunnskap om risikofaktorer og hvordan utvikling av demens kan forebygges eller bremses vil for eksempel være av uvurderlig betydning både for den enkelte og for samfunnet.

Bente Wallander

redaktør

bente.wallander@aldringoghelse.no

FERSK SKIPPER: Sjøen kruser seg lett, men Aldring og helses nye leder, Kari Midtbø Kristiansen, holder stø kurs.



Bente Wallander (tekst) og Martin Lundsvoll (foto)

Ny skipper for Aldring og helse

For snaut et år siden overtok Kari Midtbø Kristiansen ledelsen av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Den ferske skipperen er fortsatt fylt av respekt for den kursen forgjengerne staket ut. – Det de klarte å bygge er helt fantastisk!

Golfbilen er kjekk å ha når man vil ta seg kjapt ned den lange og bratte bakken fra et feriekompleks i Kragerø. Ved brygga venter flere fra Kari Midtbø Kristiansens familie; Ektemannen John og døtrene Ingrid og Sofie, som gjerne tar en tur med familiens ribb¹ denne deilige sommerdagen.

– Vi kaller båten «Medisteren», fordi den er en tro kopi av vår forrige ribb, lillebror «Pølsa», forteller Kari — nærmest litt brydd.

– Toppleilighet med golfbil og ribb har jo aldri vært vår greie. Men da vi skulle skaffe oss et lettstelt sted her i Kragerø, hvor min manns familie kommer fra, ville vi se nærmere på disse leilighetene på Kragerø Resort. Ved første kikk på stedet falt vi alle pladask. Og en ribb er veldig grei å ty til når man vil ta seg raskt ut til skjærene.

Somre i Stavern

Det er slett ikke første gang Kari Midtbø Kristiansen går ombord i en båt. Fra barndommen trekker hun frem solfylte sommerminner fra sin families skipperhus i Stavern, med blankskurte svaberg og ferieliv. Her vi sitter på en liten øy ytterst i Kragerø-skjærgården, er hun likevel ikke i tvil.

– Jeg har konvertert til Kragerø-skjærgården nå!

Mens mann og barn uten å nøle stuper ut i det kalde vannet, tar vi et byks bakover i tid. Kari vokste opp i Asker og der har hun holdt seg det meste av livet.

– Vi bor faktisk i barndomshjemmet mitt nå, forteller hun.

Karis mor døde av demens for to år siden, hennes far bor fortsatt i Asker sentrum.

– Jeg hadde en kjempegod oppvekst. Jeg har alltid vært veldig glad i foreldrene mine og følte aldri at jeg ble presset, opplevde heller ikke å bli satt begrensninger for. Som attpåklatt var jeg i stedet skikkelig bortskjemt. Jeg ble for eksempel sur hvis de eldre søsknene mine ikke

Navn	Kari Midtbø Kristiansen
Alder	47 år
Familie	Mannen John og barna Ingrid (20), Magnus (17 ½) og Sofie (14) samt en Bichon Havanaise ved navn Yatzy
Bor	Asker
Stilling	Daglig leder ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

¹⁾ Stivskroget, oppblåsbar båt. Kilde: Wikipedia.

kom tilbake med en gave til meg etter en Oslo-tur. De gjorde så godt de kunne, og prøvde å oppdra meg etter beste evne. I dag har jeg heldigvis et veldig godt forhold til dem alle.

Luftige drømmer

Etter å ha avsluttet årene på videregående skole med et tillitsvern som russeformann i 1987, visste ikke Kari helt hva hun skulle finne på.

– Jeg hadde jobbet som ekstravakt ved alderspsykiatrisk avdeling, Søndre Borgen, og på Solgården sykehjem. En dag var det noen som sa til meg: «Du skjønner vel at du skal bli sykepleier, Kari?»

Og slik ble det. Sykepleiutdanningen tok hun i Drammen.

– Det var Drammen som var «min by» på den tiden. Der hadde far sin praksis som øyelege i alle år. Mor jobbet også der.

I studietiden var Kari særlig opptatt av akuttmedisin. Drømmen var å jobbe som flysykepleier i luftambulansen. Hun søkte i første omgang sommerjobb som ambulansesjåfør.

– Uten å lykkes. De tok ikke inn jenter den gang. Det har de heldigvis forandret på.

Sterkt engasjement

Kari fikk i stedet en stilling ved infeksjonsavdelingen på Rikshospitalet. Der hadde man åpnet en avdeling for pasienter med den «nye» immunsviktsykdommen aids, som på denne tiden fikk stor oppmerksomhet, ikke minst i media.

– Det hersket en sterk pionérånd på avdelingen og oppgavene ble mer enn en jobb for de fleste av oss. Jeg var også veldig engasjert i dette arbeidet, minnes Kari.

På fritiden var hun fortsatt en lidenskapelig trekkspiller. Dyktig også; Kari var blant annet med på å vinne NM i trekkspill flere ganger. Takket være musikken møtte hun så sin John, som var vennen til en medmusikant.

– Det var ikke kjærlighet ved første blick, vi kjente hverandre lenge før vi ble et par. Men når vi først ble sikre på at det skulle bli oss, var det også gjort, fastslår hun fornøyd.

Siamesiske tvillinger

– Har du fortalt om tvillingene da? undrer den omtalte ektemannen som nettopp har avsluttet badingen og nå følger intervjuet fra sidelinjen.

Til parets mange minner fra disse første årene hører den sjeldne opplevelsen det er her i Norge å få siamesiske tvillinger.

– Jeg var fem måneder på vei da legen oppdaget at barnet vi ventet var to, og at de hang sammen både i hjertet og i buken. Han fortalte oss samtidig at tvillingene ikke ville ha noen sjanse til å klare seg. De to små guttene døde allerede under den igangsatte fødselen. Vi kalte dem for Per og Pål; De ville jo alltid holde sammen.

Opplevelsen gjorde sterkt inntrykk, ikke bare på de unge foreldrene, men også på legen, som bare hadde vært med på én slik fødsel tidligere, familie og venner. Mange kom til sykehuset for å kondolere foreldrene og se guttene før de tok avskjed med dem.

– Dette med celledeling er fortsatt et fascinerende tema og jeg har selv brukt våre erfaringer i undervisning av fremtidige helsearbeidere, forteller Kari.

Kondom-Kari

Blant pasientene Kari lærte å kjenne i sin tid som ansatt ved Rikshospitalet var Odd Kåre Rabben (f. 1976), en av de første offentlig kjente hiv-positive i Norge. Odd Kåre hadde en blødersykdom og var

bare ni år gammel da han ble smittet av et infisert blodprodukt. «Alle» fulgte den unge guttens kamp mot aids.

– Etter at Odd Kåre døde i 1993 ønsket Norges Røde Kors at hans mor Vigdis Rabben skulle reise rundt i landet for å drive opplysningsarbeid om hiv og aids. Hun ville ha meg med på dette og dermed var det slutt på min kliniske aktivitet.

Til Karis oppgaver hørte i denne forbindelse å organisere opplysningskampanjens ungdomsarbeid. De unge skulle lære viktigheten av å bruke prevensjon, Kari reiste derfor rundt med en koffert full av kondomer.

– Da jeg ble vurdert som aktuell for stillingen sa jeg halvt på spøk «hvis jeg får denne jobben skal jeg vente med å få barn», husker hun.

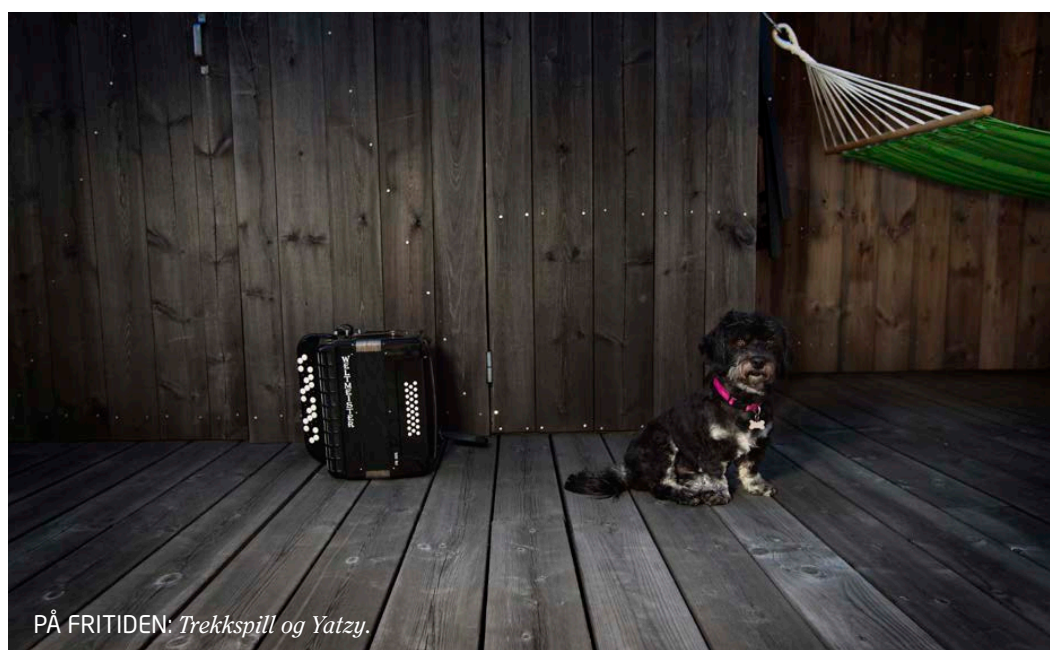
Ikke visste hun at den beslutningen for lengst var tatt.

– Folk kalte meg bare Kondom-Kari under hele svangerskapet. Vesle Ingrid ble født sju-åtte måneder senere.

Fra berget rett ved høres lyden av to lattermilde jenter. Mors og fars historie synes brått mer spennende enn det våte element.

Pedagogikk eller ledelse

Karis oppdrag for Norges Røde Kors var et engasjement. Etter å ha fått Ingrid ønsket hun seg muligheten til en jobb uten vaktbelastning i nærmiljøet. Alle-



PÅ FRITIDEN: Trekkspill og Yatzy.



HØYT TEMPO: Som ung drømte Kari om å bli flysykepleier. I Kragerøs skjærgård holder hun også tempoet oppe, her med mannen John.

rede i barseltiden leste hun derfor pedagogikk.

– Jeg ville gjerne praktisere det jeg hadde lært så snart som mulig, og var da så heldig å få et engasjement som lærer i helse- og sosialfag på Bleiker videregående skole. Der likte jeg meg godt.

Da hun tre år senere fikk sønnen Magnus benyttet Kari barselperioden til å ta grunnfag i psykologi. Etter hvert fikk hun også en halv nattevaktstilling på alderspsykiatrisk avdeling, Søndre Borgen.

– I tillegg jobbet jeg cirka halv stilling ved Merkantil Institutt med ansvar for utdanning av helsesekretærer, forteller hun.

Faglig fordypning

Da Kari følte at tiden var moden for å ta en master i helsefagvitenskap beholdt hun sin halve stilling i alderspsykiatrien. Hun trivdes med det tverrfaglige masterarbeidet og husker mange spennende diskusjoner, blant annet om perspektiver og dimensjoner.

Stedets ledelse ville så satse mer på forskning og fagutvikling og Kari søkte den utlyste heltidsstillingen som forsknings- og fagutviklingskoordinator.

– Jeg må få skryte litt av den alderspsykiatriske avdelingen på Søndre Borgen, som er en del av Diakonhjemmet sykehus. Her ble jeg en del av teamet til

avdelingssjef Bernhard Lorentzen og ass. avdelingssjef Stein-Arne Hvaal. Disse fantastiske menneskene trodde på meg og ga meg stadig nye muligheter. Ganske snart, det må vel ha vært i 2004, fikk jeg for eksempel i oppgave å bygge opp en Enhet for kunnskapsutvikling. Gjennom dette arbeidet ble jeg gradvis kjent med Knut Engedal, som også er en fantastisk, morsom og inspirerende person. Jeg har siden fulgt den uformelle læresetningen «Hopp når Knut sier hopp – og du får leve lenge i landet», ler hun.

Utviklet master

En dag ringte så direktøren på Diakonhjemmet. Han lurte på om Kari kunne tenke seg å lede prosjektet Helsetjenester til eldre, et prosjekt under Diakonhjemmet Stiftelse som skulle involvere både sykehus og høgskole.

– Vi ønsket å sikre gode og helhetlige tjenester til eldre pasienter med sammensatte behov ved alderspsykiatrisk, akuttgeriatrik og/eller ortogeriatrisk avdeling. Prosjektet skulle dreie seg om klinisk arbeid, utdanning og forskning. Vi utviklet blant annet masterutdanningen Helsetjenester til eldre, som fortsatt eksisterer (nå under navnet Helse- og sosialfaglig arbeid med eldre). Det var svært interessant å få være med på dette prosjektet. Den spennende og krevende

utfordringen ga meg ikke minst utrolig mange kontakter, forteller hun.

– Noe av det mest spennende jeg fikk være med på som følge av Helsetjenester til eldre, var et prosjekt ved sykehuset August Victoria i Øst- Jerusalem. Sykehuset hadde pasienter og mange ansatte fra Palestina. Jeg reiste sammen med en annen sykepleier, og vi hadde begge med oss mennene våre. Vi holdt kurs i en uke for ansatte ved sykehuset om pleie og omsorg til eldre med somatisk og psykisk sykdom. Hele oppholdet var virkelig en skjellsettende opplevelse for meg. Vi ble blant annet invitert hjem til fysioterapeuten og hans nydelige familie i Ramallah. Til tross for at de levde under vanskelige forhold, var gjestfriheten og omtanken for oss enorm. Vi krysset «checkpoint» flere ganger. Det var alltid en svært ubehagelig opplevelse. Mine tanker går ofte til våre venner og kolleger i Palestina og Jerusalem. Jeg håper det en gang skal bli mulig for dem å leve et liv i fred og frihet, med like rettigheter og muligheter enten du er muslim, kristen eller jøde.

Kvalitetsregistre

En av Karis gode kontaktpersoner, Knut Engedal, var på denne tiden opptatt av å etablere et kvalitetsregister i alderspsykiatrien.

– Knut samarbeidet blant annet med forskningsmiljøer i Oslo. Nå ville han at jeg skulle bygge opp KVALAP sammen med ham. Det var veldig gøy å få bli en del av dette store nettverket. Og igjen, i stedet for å gi meg en følelse av at prosjektet «spiste opp» tiden jeg hadde til rådighet i den egentlige jobben min, backet de meg opp. Jeg har alltid vært svært engasjert i arbeidet mitt, så også her, og har aldri angret på at jeg valgte alderspsykiatrien. I medisinske miljøer finner du ofte hierarkier, innen alderspsykiatrien er det tvert i mot et åpent, inkluderende og ikke albuepreget miljø.

– Alderspsykiatri er et felt med stor bredde. Alderspsykiatriske pasienter har behov for en helhetlig tilnærming som tar hensyn til både psykisk og somatisk sykdom, aldersrelaterte endringer, funksjonssvikt, bruk av mange legemidler og eksistensielle forhold, understreker Kari.

– Mer spennende kan man vel ikke få det?

Digitalisering

Kari arbeidet fortsatt med KVALAP da Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse i 2012 tok kontakt med spørsmålet: «Kunne hun tenke seg å bli redaktør for den nye ABC-permen Psykisk sykdom i eldre år?»

– Jeg kjente som tidligere nevnt Knut godt, og på Søndre Borgen var vi alltid stolte når Aldring og helse spurte om vi kunne bidra med noe. For meg var det derfor veldig stas å bli bedt om å gå inn i en stilling der. Det var også flott å bli nærmere kjent med daglig leder Arnfinn

Eek, som viste seg å være en like hyggelig kar som Knut.

I 2014 ble det kjent at Arnfinn Eek hadde tenkt å slutte i stillingen som daglig leder. Kari ble oppfordret til å søke og tok oppfordringen.

– Etter å ha stått i stillingen en stund; Hva tenker du om Aldring og helse og fremtiden?

– Jeg vil i første omgang bygge videre på det fundamentet som er skapt. Men vi må også se nærmere på hvordan vi ved hjelp av ytterligere digitalisering kan nå ut med alt vi har av informasjon, kunnskap og kompetanse. Vi må blant annet se på hvordan vi kan utvikle digitale tilleggsressurser til læremateriale og bøker vi allerede har. Vi er en organisasjon med utrolig kunnskapstetthet, og det er en kontinuerlig jobb å nå ut til alle målgrupper med dette på en enkel måte.

Nytt kompetansemål

Kari Midtbø Kristiansens har flere mål. Ett av dem er å gjøre Aldring og helse til en kompetansetjeneste også for geriatri.

– Geriatri er det benet vi mangler for å kunne formidle en helhetlig forståelse av aldring. Med den posisjonen vi har i dag er Aldring og helse privilegert på så mange måter. Vi representerer så mye og variert kompetanse. Særlig godt liker jeg organisasjonens faglige spenn; Fra forskning til klinikknære tjenester. Det samme gjelder spennet fra nasjonalt til kommunalt nivå. Det er inspirerende å sitte i arbeidsgrupper med departement og direktorat og vite at man har påvirkningsmulighet, både der og direkte ut i

kliniske miljøer som står i dette hver dag og vet hva som trengs.

På rett vei

– Andre arbeidsmål?

– Det dreier seg litt som i digitaliseringsprosjektet om å komme ut med alt vi sitter på av kunnskap og kompetanse. For å få til dette må vi, gjennom godt informasjons- og kommunikasjonsarbeid, jobbe frem gode planer for spredning av kunnskap og kompetanse. Aldring og helse har så mange gode tilbud, og vi må jobbe videre med å synliggjøre alt sammen. Når vi driver så utstrakt forsknings- og utviklingsarbeid, og har eget forlag, tidsskrift, bibliotek, skoler og utdanningsmodeller, kurs og konferanser og alle viktige støttefunksjoner i egen organisasjon, har vi jo alle muligheter til å lykkes. Det er for eksempel fortsatt et stykke igjen før personsentrert omsorg gjennomsyrrer omsorgstjenestene, men vi er på vei! Vi har kommet langt i forhold til demens og vært privilegert i forbindelse med alt som har skjedd, både i forbindelse med den tidligere og den kommende Demensplanen. Nå har vi en jobb å gjøre med å løfte opp de andre gruppene av eldre på samme gode måte. Det gjøres fantastisk mye bra i fagområdene *utviklingshemning og aldring* og *funksjons-hemming og aldring*. De arbeider ofte med marginaliserte grupper, som har behov for at vi tar tak i deres utfordringer. Jeg håper også at vi snart får til et utviklingsprogram i alderspsykiatri, mye av det som gjøres på dette området vil være nyttig og viktig for flere.

«Det gode i veggene»

Badeøkten er slutt. Mens vi entrer båten fortsetter Kari med å formidle sin fascinasjon for forgjengernes innsats.

– Jeg er utrolig fornøyd med at Arnfinn fortsatt er om bord. Han er så flink til ikke å være sjuende far i huset, samtidig som jeg alltid kan komme til ham og diskutere ulike problemstillinger. Jeg vil også benytte sjansen til å si hvor fornøyd jeg er med Aldring og helses ledergruppe, som er sammensatt av medarbeidere med svært ulike styrker og personligheter. De er samtidig like i synet på hvor Aldring og helse skal gå.



EL-FAMILIA: Kari tar gjerne en kjapp tur med golfbilen Elvira. Hun og mannen John er storbrukere av elektriske fremkomstmidler. – Til og fra jobb har el-bilene Sitronen, Elvin og nå sist; Tusleteslaen, gjort sin tjeneste.



NAVNGITT NYTTE: – Den første båten vår het Livredd, så kom ribben Pølsa og nå sist fikk vi Medisteren, som har raskere og kraftigere motor, forteller Kari Midtbø Kristiansen, som her klargjør for tur med døtrene Ingrid og Sofie samt mannen John.

– Jeg føler meg privilegert og er så takknemlig for at jeg får jobbe med så utrolig mange dyktige medarbeidere.

– Hva er kompetansetjenestens utfordring?

– Jeg er opptatt av beholde den gode kulturen som «sitter i veggene» i Aldring og helse. Den kjennetegnes av faglig dyktige, engasjerte medarbeidere som snur seg raskt hvis det er behov for det. Det er også en styrke for oss at vi ikke har tette skott i organisasjonen, men jobber godt på tvers. Aldring og helse har vokst raskt de siste årene. Det er viktig at vi nå skaper et solid fundament, hvor vi ikke mister de korte linjene og

pionérånden, samtidig som vi bygger opp nødvendige støttefunksjoner og systemer tilpasset en bedrift på nær 100 ansatte.

Redd av krim

Med så hektiske arbeidsdager blir det lett til at Kari Midtbø Kristiansen, etter eget utsagn, leser alt for lite som ikke er fag. Akkurat nå har hun likevel midt i en bok av Jussi Adler-Olsen.

– Egentlig er jeg ikke så glad i krim, jeg synes at det blir så skummelt. Men denne boken er så spennende og persongalleriet så festlig at jeg glemmer å være redd.

Kari har planer om å spille trekkspill på et noe mer avansert nivå igjen.

– Jeg prøver ellers å bevege meg litt og har i sommer latt meg inspirere til dette av et mosjonsbånd. Er ellers glad i å sy, i barselpermisjonstiden sydde jeg blant annet flere hatter. I år har jeg faktisk hatt med meg symaskinen på ferie og sydd meg en kjole. Det var gøy!

Før vi startet turen hevdet Kari selv at hun trenger å øve seg mer i rollen som skipper, men snart legger hun ribben rutinert til ved familiens nye hjemmehavn.

DEMENS DAGENE 2015

OSLO KONGRESSENTER > 1.-2. DESEMBER 2015

Vi har en plan!

En plan bygger på kunnskap. Stemmen til de som har demens er den viktigste kunnskapskilden. Vi ønsker at årets demensdager kan bidra til at deres stemme blir bedre hørt. I løpet av to desemberdager vil du møte fremragende forskere, sentrale myndighetspersoner og erfarne praktikere. I tillegg vil du som vanlig møte årets vinner av Leon Jarners Minnefonds forskningspris.

Velkommen til Demensdagene 2015!

www.aldringoghelse.no



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Ny nasjonal kartlegging: Økt satsing på demensomsorg, men fortsatt mange uløste oppgaver

Norske kommuner satser mer på demensomsorg enn før. Det er etablert demensteam i 78 prosent av kommunene og pårørende-skoler tilbys i 289 kommuner, mot bare 20 i 2010-2011. Den nye nasjonale kartleggingen avdekker samtidig store lokale variasjoner. Og fortsatt får bare hver sjettede hjemmeboende person med demens et tilrettelagt dagaktivitetstilbud.



BEDRING: Antall dagaktivitetsplasser for personer med demens er nær doblet siden forrige kartlegging, men fortsatt er det mye som gjenstår før alle har et slikt tilbud.

Det har vært knyttet stor spenning til den nye nasjonale kartleggingen av tilbudene til personer med demens. Har Demensplan 2015 virket som planlagt? På hvilke områder har man lyktes og hvor mye gjenstår før personer med demens og deres pårørende har et godt og tilrettelagt omsorgstilbud?

Den ferske undersøkelsen som Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har gjennomført på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, gir mange svar. Den avdekker samtidig store, udekkede behov.

Satser mer

Kartleggingen viser at kommunene i større grad enn før har planlagt sin omsorg for personer med demens. I alt 71,5 prosent av kommunene hadde i oktober i fjor tjenester til personer med demens nedfelt i en egen demensplan, i kommuneplanens samfunnsdel eller i en plan for helse- og omsorgstjenesten. Nær 60 prosent oppga at de hadde systematisk informasjons- og opplysningsarbeid om demens og tilbud til personer med demens og deres pårørende.

Diagnostikk, utredning og oppfølging

Et av målene i Demensplan 2015 er å sikre den enkelte bruker utredning og diagnostisering ved mistanke om demens. Et utviklingsprogram med informasjon til kommunene synes å ha gitt gode resultater. Nær 78 prosent av kommunene har nå en organisert demensutredning med eget demensteam og/eller demenskoordinator, mot bare 25 prosent ved oppstart av planperioden i 2007. Men tilbudene varierer fra fylke til fylke og i mange kommuner er det satt av lite tid til arbeidet. En viktig oppgave for demensteam og demenskoordinator er oppfølging av personer med demens og pårørende etter at diagnose er satt. Bare 56 prosent av kommuner med demensteam og/eller demenskoordinator har dette innarbeidet som en systematisk del av sitt arbeid.

Dagaktivitetstilbud

Undersøkelsen viser at satsingen på dagaktivitetstilbud, med blant annet en egen tilskuddsordning, har gitt resultater.

Med 451 registrerte tilbud i 305 kommuner er antall personer med demens som mottar tilbud om dagaktiviteter nær doblet siden forrige undersøkelse i 2010-2011. Men det er fortsatt et stykke igjen før alle kommuner har et tilbud om tilrettelagt dagaktivitetstilbud, noe regjeringen har sagt skal lovfestes fra 1. januar 2020.

Behovet for flere plasser er også betydelig. Med dagens kapasitet får i beste fall hver sjettede hjemmeboende person med demens et tilbud. Bare 38 prosent av de eksisterende plassene har åpent fem dager per uke. Gjennomsnittlig åpningstid er 20,5 timer per uke.

Det har vært en økning i tilbud organisert under *Inn på tunet / Grønn omsorg*, men fortsatt er det under seks prosent av plassene som gis i en slik modell. Nærmere 16 prosent av plassene er organisert i lokaler uten tilknytning til helse- og omsorgsinstitusjoner, en organisering man antar er hensiktsmessig for å rekruttere personer med demens som er i en tidlig fase av sykdomsutviklingen.

Opplæring av ansatte

Bemanningen i dagaktivitetstilbudene varierer mye, men det synes som om kommunene har valgt å satse på opplæring av sine ansatte. Det er i perioden 2011-2014 gitt tilbud om opplæring i nær 90 prosent av tiltakene. I nær tre firedeler dreier det seg om virksomhetsintern læring med *Demensomsorgens ABC* eller *Eldreomsorgens ABC*.



Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2014

Kartleggingen er gjennomført av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse på oppdrag av, og i nært samarbeid med, Helsedirektoratet som en del av satsingen under Demensplan 2015. Målet er å gi en oversikt over tilrettelagte tilbud for personer med demens i norske kommuner i siste del av planperioden.

Kartleggingen er den sjette i rekken. Den første ble gjennomført ved årsskiftet 1996-1997, de neste i 2000-2001, 2004-2005, 2007-2008 og ved årsskiftet 2010-2011. Den siste, som gir status per 1. oktober 2014, legger spesiell vekt på satsingsområdene i Demensplan 2015 og viser hvor langt man kom i planperioden.

Kartleggingen er gjennomført i samarbeid med landets fylkesmannsembeter og dekker samtlige kommuner.

Pårørendeskole

I Demensplan 2015 er det et mål at pårørendeskoler og samtalegrupper skal bli tilgjengelig i hele landet i løpet av planperioden. Det har vært en omfattende satsing på dette området inkludert en tilskuddsordning. Økningen av tilbudet har vært betydelig og i alt 289 kommuner gjennomførte pårørende skole i 2013 og/eller 2014, mot bare 20 i 2007.

Samtalegrupper tilbys som en del av konseptet i pårørendeskolen og i tillegg oppga 133 kommuner at de hadde egne samtalegrupper for pårørende til personer med demens.

Tilrettelagte botilbud

I alt 396 kommuner har tilrettelagte botilbud for personer med demens i form av skjermet enhet i sykehjem og/eller bokollektiv for personer med demens i omsorgsbolig. Siden kartleggingen ved årsskiftet 2010-2011 har økningen i antall tilrettelagte plasser samlet vært beskeden, med bare 5,7 prosent. Bare 296 flere plasser i skjermet enhet er registrert. Tilsvarende er det registrert 205 flere plasser i tilrettelagte bokollektiv i omsorgsboliger.

Det kan synes merkelig tatt i betraktning tilskuddsordninger og krav til at alle nye botilbud i sykehjem og omsorgsboliger skal være bygget på en måte som gjør dem egnet for personer med demens. En forklaring kan være at kommunene velger å ikke definere de små enhetene, for eksempel i sykehjem, som skjermede enheter, for dermed å kunne ha større frihet i hvordan plassene brukes. Det synes å være behov for mer inngående undersøkelser for å få et bilde av det faktiske tilbudet til personer med demens i sykehjem og bokollektiver.

Det er i flere undersøkelser vist at andelen personer med demens i sykehjem er mellom 75 og 80 prosent. Andelen tilrettelagte plasser som rapporteres i denne kartleggingen, utgjør bare om lag 25 prosent.

Antall plasser i forsterket skjermet enhet har økt med 164 plasser (43 prosent). Antall kommuner med slike enheter har økt fra 48 ved kartleggingen i 2010-2011 til 71 i 2014. Det er nå forsterkede skjermede enheter i alle fylker.

Viser økende oppmerksomhet om demens

Demens & Alderspsykiatri har stilt Helse- direktoratets avdelingsdirektør Kristin Mehre tre spørsmål med utgangspunkt i rapporten.

– Med bakgrunn i kartleggingen; Hva er ditt hovedinntrykk av norske kommuners innsats innen demensomsorgen disse siste årene av planperioden?

– Den nasjonale kartleggingen av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens viser at det er økende oppmerksomhet i kommunene om utfordringene vi får som følge av at flere blir eldre og flere derfor vil få demenssykdom. Det er gledelig at det nå finnes organisert demensutredning i nær 78 prosent av kommunene. Kompetanse er en nøkkelfaktor i demensomsorgen, og kartleggingen viser at om lag 80 prosent av boenheter for personer med demens nå tilbyr ansatte opplæring om demens gjennom det som kalles ABC-opplæring. Pårørendeskoler og samtalegrupper er nå tilgjengelig over det meste av landet. I alt 71,5 prosent av kommunene hadde tjenester til personer med demens nedfelt i kommunens planverk. Vi ser altså at antall kommuner som planlegger og bygger ut tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens har økt betydelig i løpet av planperioden for Demensplan 2015. Kartleggingen avdekker likevel at det fortsatt er nesten tre av 10 kommuner som ikke har omtalt tjenester til personer med demens i kommunens planverk.

– Mye positivt har skjedd. Hva er etter din mening det mest gledelige?

– Noe av det mest gledelige som har skjedd er at det har blitt mye mer oppmerksomhet og kunnskap om at personer med demens kan ha innholdsrike og gode dager på tross av demenssykdom, men at det er viktig at de får tilrettelagte tilbud og blir møtt av mennesker som har tilstrekkelig kunnskap om og forståelse for de utfordringene demenssykdommen medfører. Utbyggingen av tilrettelagte dagaktivitetstilbud har vært et viktig tiltak i Demensplan 2015, og vi får mange tilbakemeldinger om at tilbudet har stor betydning både for brukernes livskvalitet og som avlastning for pårørende. Det at flere har fått opplæring

om personsentrert omsorg, er også viktig for å gi personer med demens en god hverdag.

– Undersøkelsen avdekker store lokale variasjoner. Å få demens er noe annet i én kommune enn en annen. På flere områder er det fortsatt langt frem til måloppnåelse. Hva blir den største utfordringen de nærmeste årene?

– Vi vet at det fortsatt er mange personer med tegn på kognitiv svikt som ikke er utredet for demens. Det å få en diagnose er ofte inngangsporten til å få god informasjon, rett behandling og et tilrettelagt hjelpetilbud. Kompetanse vil også i fremtiden være en nøkkelfaktor, og det er viktig å spre kunnskap og få på plass ordninger som bidrar til at flere blir utredet og diagnostisert. Alle leger og andre helsearbeidere bør ha en grunnkompetanse om demens, slik at de kan fange opp tegn på demens og gi god oppfølging, sier Kristin Mehre og fortsetter:

– Selv om mange kommuner nå har dagaktivitetstilbud, er det behov for å øke kapasiteten av tilbudet slik at flere av de som vil kunne dra nytte av tilbudet får det. Det er også utfordringer når det gjelder å gi personer med demens god og kontinuerlig oppfølging gjennom hele sykdomsforløpet. Hjemmetjenestene er nok ofte ikke godt nok tilrettelagt for personer med demens, og det er også behov for mer kunnskap og oppmerksomhet om forhold knyttet til siste del av livet. Helsedirektoratet arbeider med en nasjonal faglig retningslinje om demens, som gir føringer for hva som er forsvarlige utredning og oppfølging av personer med demens og deres pårørende. Ett av målene med retningslinjen er å bidra til å redusere uønskede variasjoner i tjenestetilbudet mellom kommuner og landsdeler.



BLE HØRT: Helse- og sosialminister Bent Høie møtte mange personer med demens og deres pårørende.

Demensplan 2020 Et mer demensvennlig samfunn

Utkastet til *Demensplan 2020* ble lagt til høring midt i juni måned, med svarfrist 1. september. En rekke fagmiljøer og frivillige organisasjoner har kommet med innspill til dokumentet som vil legge premisser for regjeringens tilbud til personer med demens og deres pårørende de neste fem årene.

Forgjengeren til det nye planutkastet, *Demensplan 2015*, hadde tre uttalte hovedmål: Å øke de ansattes kunnskap og kompetanse, etablere boformer bedre tilpasset personer med demens samt å styrke tilbudene om dagaktiviteter og avlastning.

Planen omtales på flere områder som en suksess (se sak om nasjonal kartlegging s. 9). Samfunnets holdninger til

personer med demens har også endret seg i løpet av de siste årene. Dette tok regjeringen utgangspunkt i da de i sitt forarbeid til ny Demensplan 2020 for første gang involverte personer med demens og deres pårørende i planleggingen.

Personer med demens påpekte svakheter

Helse- og omsorgsdepartementet arrangerte syv dialogmøter i samarbeid med Helsedirektoratet, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse ulike steder i Norge. Møtedeltakernes erfaringer ble i ettertid oppsummert slik: Demensdiagnosen kommer for sent, mange savner postdiagnostisk oppfølging, aktivitets- og avlastningstilbud er svært viktig, pleie og omsorg må tilrettelegges individuelt og personer med demens har behov for tilrettede omgivelser.

Historier som ble fortalt, viste at det fortsatt er behov for økt kunnskap og kompetanse i alle ledd. Nasjonale førin-

ger som kan bidra til likeverdige tilbud uansett hvor i landet du bor, ble etterspurt.

Bedre integrering

– Målet med Demensplan 2020 er å skape et mer demensvennlig samfunn som integrerer personer med demens i fellesskapet, sa helse- og omsorgsminister Bent Høie ved lansering av høringsdokumentet.

– Demens angår oss alle, men det er fortsatt for lite åpenhet og mye skam knyttet til demens. Jeg er derfor veldig glad for at personer med demens og deres pårørende har bidratt så aktivt i arbeidet med planen.

Roses for involvering

Nasjonalforeningen for folkehelsen berømmer i sitt høringsvar departementet og regjeringen for den prosessen som ble ført. Organisasjonen har et godt inntrykk av planutkastet, men trekker likevel frem fire områder de ønsker å prioritere sterkere: Diagnose til rett tid, lovfestet rett til oppfølging etter diagnose, tilbud om oppfølging skal gis umiddelbart etter diagnose, og være rettet både mot personen selv og den nærmeste familien, styrking av demensteam og dagaktivitetstilbud til alle som trenger det, med lovfesting av individuell rettighet til slikt tilbud.



PÅ HØRING: Demensplan 2020.

Nyskapende dialog

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse uttrykker glede over at demens fortsatt settes tydelig på dagsorden i planutkastet til Demensplan 2020:

– Den tydelige involveringen av personer med demens har vært viktig og dialogmøtene nyskapende, skriver daglig leder Kari Midtbø Kristiansen.

Aldring og helse er fornøyd med planutkastets fokus på forebygging og tidlig fase, men litt skuffet over at tidligere satsninger ikke sees like tydelig i den nye planen.

– Vi tenker særlig på satsningen på demensteam og miljøbehandling for de sykeste i sykehjem. Planen bør gjenspeile hele forløpet og ikke kun fokusere på tidlig fase, sier det i høringsvaret.

Det uttrykkes bekymring for at man skal «helle ungen ut med badevannet».

Viktige savn

Aldring og helse og Nasjonalforeningen er samstemte i sin etterlysning av tiltak for spesielle grupper, deriblant mennesker med utviklingshemning, som allerede i Demensplan 2015 var tilnærmet utelatt. I dette høringsutkastet er de ikke nevnt noe sted.

– Dette i motsetning til flere andre land, der mennesker med utviklingshemning er blitt innlemmet som en naturlig del av de nasjonale planene, påpekes det fra Aldring og helse.

Kompetansetjenesten oppfatter det samtidig som meget positivt at man i høringsutkastet løfter frem flere forsømte områder som det er viktig å prioritere videre. Temaene arbeid og demens, tilbud til ektefeller (Møteplass for mestring) og tilbud til ungdom med en forelder med demens (Tid til å være ung) nevnes spesielt. Barn av personer med demens er også trukket frem som en viktig gruppe å gi et tilbud til.

Både Nasjonalforeningen for folkehelsen og Aldring og helse understreker at høringsdokumentet burde hatt langt større fokus på forskning.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at de har mottatt om lag 150 høringsinnspill som nå blir vurdert. Endelig forslag til Demensplan 2020 blir lagt frem for Stortinget i løpet av høsten 2015



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

FAGSKOLE

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

**DEMENSOMSORG
OG
ALDERSPSYKIATRI**



**UTVIKLINGSHEMNING
OG
ALDRING**

Nytt opptak starter 1. mars 2016

Studiet starter i august

www.aldringoghelse.no



LIV LEVES: Institusjonssjef Katrine Selnes er overbevist om at Økernhjemmets beboere har det bedre etter omleggingen. – På Økern bor beboerne. Dette er hjemmet deres, sier hun – her avbildet på utekafeen.

Bente Wallander (tekst og foto)

Med inspirasjon fra Nederland: Fra sykehjem til Økernhjem

Med inspirasjon fra nederlandske de Hogeweyk har Økern sykehjem endret navn. – Økernhjemmet signaliserer bedre vår visjon; Dette skal være et hjem for våre 56 beboere med demens, ikke et sted man kun forbinder med sykdom, forklarer institusjonssjef Katrine Selnes.

Historien om de Hogeweyk, av mange mest kjent som Nederlands demenslandsby, har ført til utvikling av flere sykehjem rundt om i Norge. I Oslo har fire kommunale sykehjem valgt å la det nederlandske konseptet vise vei til en ny og annerledes hverdag for sine pasienter med demens. Blant disse finner du Økernhjemmet.

– Vårt utgangspunkt for endring er det bygget arkitekt Sverre Fehn planla som et hjem for syke og eldre i 1955, forteller institusjonssjef Katrine Selnes.

– Sykehjemmet ble raskt en attraksjon, folk fartet hit fra fjern og nær. Bygningen står da også på byantikvarens liste over verneverdige bygg i Oslo.

En del av historien. Katrine Selnes er selv en viktig del av stedets historie. Hun begynte som pleieassistent ved det som het Økern alders- og sykehjem i 1985.

– Jeg måtte hit for å finne ut hva jeg skulle bli.

Selnes har siden gått gradene som sykepleier (ferdig utdannet i 1989), gruppesykepleier, avdelingssykepleier, oversykepleier, seksjonsleder, resultatsjef inntil hun ble institusjonssjef i 2007.

Katrine Selnes var også en av dem som i flere år før man hadde hørt om de Hogeweyk, ivret for å få ta i bruk stedets lave blokk til personer med demens.

– Med sine indre atriumshager er den så tilrettelagt for slik omsorg, sier hun.

Bedre hverdagsliv i sykehjem

Prosjekt etter modell fra «demenslandsbyen» de Hogeweyk i Weesp, Nederland. Prosjekteier og initiativtaker er Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester i Oslo kommune og fire sykehjem er med: Økernhjemmet, Manglerudhjemmet, Fagerborghjemmet og Sofienberg-hjemmet.

Prosjektets visjon er å skape et godt hjem hvor vi (de ansatte, red.anm.) selv kan tenke oss å bo. Vi vil ta hverdagen tilbake og gi beboerne et gjenkjennelig hverdagsliv, mest mulig likt det de levde før. Hverdagen skal innrettes på beboernes premisser.

Til prosjektets mål hører å redusere legemiddelbruken ytterligere, samt å bidra til å profilere Oslo kommunes eldreomsorg.

Alle tiltak skal være innarbeidet i ordinær drift ved årsskiftet 2015-16.



Økernhjemmet

Ligger høyt og fritt på tomten til gamle Økern hovedgård, omgitt av en stor park. Har

- ◆ 44 skjermede plasser
- ◆ 12 forsterkede, skjermede plasser
- ◆ 47 dagsenterplasser, hvorav 17 plasser er tilrettelagt for personer med demens
- ◆ enerom med romslige bad til alle, noen har egen kjøkkenkrok
- ◆ kommunal eierform.

Og slik ble det. Resten av bygningene er nå skilt ut som en egen institusjon som for tiden drives under navnet Hovseter-hjemmet.

Åpne dører. Katrine Selnes er glad for at de fikk fjernet ordet «syke» fra Økernhjemmet i fjor.

– Det hjemlige er en del av vår visjon om at beboerne skal gis muligheter til å leve et mest mulig «normalt» liv i tilrette-lagte omgivelser.

Som en naturlig følge av denne tankegangen har Økernhjemmet, i motsetning til de Hogeweyk, der beboerne lever innelukket bak institusjonens ugjenomtrengelige mur, åpnet dørene til de fleste boenhetene.

– Og takket være det, fått en mye mere levende institusjon. Vi fant ved nærmere undersøkelse ut at det for de fleste beboerne manglet vedtak, og lukkede dører skal jo være begrunnet i et reelt behov. Det hadde hos oss, som mange andre steder, rett og slett blitt en vane med lukkede dører – en behagelig vane muligens? Vi opplevde litt kaos i 14 dager etter åpningen, siden har det gått fint. Vi ser nå at mange beboere fungerer godt med å kunne gå ut når de ønsker. Kontrollspørsmålet vårt er som i de Hogeweyk: Hva gjør vi hjemme hos oss selv?

Liv i hagen. Det er da også utendørs at flere av Økernhjemmets særegne kvaliteter blir tydelige. Katrine viser stolt frem stedets utekafé. Fra den store terrassen kan gjestene nyte den flotte utsikten over Oslo.

– En av våre ansatte holder kafeen åpen hele sommeren, hvis været tillater det. For beboerne er serveringen gratis, men det er også populært å invitere med seg gjester hit, forteller hun.

Servering har man også lagt til rette for i den store spisesalen inne. Med det nyanskaffede «fin-dekketøyet» kan det nå arrangeres restaurantkvelder for inntil 50 personer. Lokalene blir også utleid til andre, det har vært holdt både barne-dåp og konfirmasjoner her.

De to atriumshagene er et kapittel for seg. Med utgang fra alle boenheter kan to- og firbente nyte utelivet året rundt.

– Den ene hagen er omkranset av våre to forsterkede skjermede enheter. Her har vi vært særlig bevisste i valg av planter. Alt er blant annet spiselig. I den andre hagen har vi fylt bassenget med fargestærke fisker og vannplanter. Det er ikke sikkert Sverre Fehn ville satt så stor pris på det vi har gjort med hans stramt tilrettelagte vannspeil, men så lenge vi ser at tiltaket er til glede for beboerne er det godt for oss.



PÅ KAFFEBAR: På vei til butikken kan man ta en rast i kjellerens kaffebær. Fra v.: Katrine Selnes, Else-Brit Syversen, Marianne Lie Eide, Gunnar Martinsen og Tor Ivar Bruland.

Alle kan få til noe. Ved vannspeilet møter vi flere ansatte som med glede hjelper Katrine med å oppfylle Økernhjemmets visjon. Kumar Logeswaran er en av dem, han tar seg blant annet av alle dyrene.

– Da vi kjøpte inn elektriske taxisykler i fjor var det Kumar som vant konkurransen om å sykle mest med beboerne. Vi er avhengig av ildsjeler som ham. Jeg vil avlive myten om at bygningen betyr alt. Det som slo meg første gang jeg så en film fra de Hogeweyk var at bygningsmassen deres likner veldig på Økernhjemmets. Men det er kun i det ytre. Våre tiltak er ikke avhengig av bygningen. Dette kan man få til i et vanlig sykehjem også, insisterer institusjonslederen.

Parken like utenfor Økernhjemmet ble for øvrig kåret til bydelens tusenårspark.

– Her arrangeres blant annet en årlig festival som beboerne kan ta del i. Vi samarbeider også mye med barnehagen som ligger rett ved, forteller Selnes.

Lokalt laget mat. Økernhjemmet har det siste året tatt matlagingen tilbake. At all mat nå lages inne på boenhetene igjen vekker både matlyst og -glede. Som i Nederland gjør de ansatte alle innkjøp i sin egen «nærbutikk» og beboer-

ne har anledning til å være med på både handling og matlaging.

– Vi fant ingen egnede rom på bakkeplan, men de store kjellerlokalene kunne med litt omgjøring tas i bruk. *Kolonialen på Økern* er ingen lekebutikk, det er her vi finner alt vi trenger i vårt daglige hushold, understreker Selnes.

Beboerne setter pris på å få være med på butikken. Underveis passerer vi lange korridorvegger tapetsert med bilder fra det gamle Oslo. Ved kjellerkvartalets kafé kan man få seg en kopp kaffe

– Omleggingen har gitt oss litt høyere matutgifter nå i starten, men snart får vi scanneutstyr. Når boenhetene får bedre muligheter til å følge med på kostnads-siden vil de også få egne budsjett, sier Selnes.

Aktiviteter. Økernhjemmet har over tid hatt et sterkt fokus på personsentrert omsorg. Nå har de også implementert de Hogeweyks omsorgsideologi.

– Ved innleggelse i sykehjem blir beboerne fratatt sine naturlige aktiviteter. Vår oppgave er å legge til rette for mestring, inkludering og beskjeftigelse. Det er viktig for oss at beboerne skal få holde på med noe som er av betydning for dem selv, vi ønsker ikke å tilby kunstig aktivisering, sier Selnes.

Stedets kaniner og katt representerer i så måte en naturlig dyreterapi.

– De utgjør en miljøskapende faktor som vi kan ty til til enhver tid. Beboerne tar kontakt med dyrene når de føler for det. Allergi hos beboerne har aldri vært noe problem.

Aktivitetsklubbene er en viktig del av demenslandsbyens konsept. På Økern har man en miljøterapeut med musikkterapikompetanse og en aktivitets- og frivillighetskoordinator i halv stilling.

– Etter å ha kartlagt beboernes interesser har vi ved hjelp av frivillig innsats nå startet de fem første klubbene, vi har vært opptatt av å skynde oss langsomt. I drift er en jazzklubb, en velværeklubb, en klubb for de som er interessert i 60- og 70-tallsmusikk, en poesiklubb og strikkeklubb. Vi vil også starte litteraturklubb og tur/trimklubb. Det sitter likevel langt inne å skulle ta betaling for dette, slik våre nederlandske kolleger gjør. Vi vil, så langt vi evner, satse på egne ansatte og frivillige, sier Katrine Selnes.

Norges Røde Kors har rekruttert frivillige hjelpere. Aktivitets- og frivillighetskoordinatoren intervjuer potensielle bidragsytere og skriver kontrakt. Alle som forplikter seg vil få fellesundervisning før de begynner sin virksomhet.



NÆRBUKTIKEN: Maten handles lokalt, her av Ine Carin Preus-Olsen.



MAT TIL LYST OG GLEDE: På Økernhjemmet har man tatt matlagingen tilbake. At all mat lages inne på boenhetene igjen vekker både matlyst og -glede. Fra v.: Niloshaa Yogamoorthy, Inger Johanne Böhler, Kari Hildur Richenberg, Anne Linnéa Oftebro og John Østnor.

Livsstil på norsk? Mange nordmenn har reagert på at de Hogeweyks deler beboere inn etter livsstil.

– *Er det ønske om, eller behov for, en Upper class-enhet på Økern?*

– Vi er også nysgjerrige på dette, og har derfor innledet en prosess om livsstil, i samarbeid med forskere fra Høgskolen i Buskerud. Men hvor skal vi begynne? Hva særpreger Oslos befolkning og hvem er våre beboere? På det andre møtet vi hadde løstnet det litt. Vi har nå innhentet opplysninger om beboernes livsstil, vaner og preferanser. På grunnlag av dette har vi spurt om forskerne kan komme tilbake med noen kategorier.



I BYHAGEN: To kaniner er standsmessig innlosjert i hver av de to atriumshagene.

Vi vet ikke enda om vi skal flytte på noen for å realisere dette, men at arbeidet er spennende er sikkert, ikke minst dersom vi kan koble det til forskning på for eksempel atferd og medikamenter. Men foreløpig blir det altså litt høyt opp og langt frem.

Vi har differensiert våre beboere etter funksjonsnivå i mange år, uten å ta hensyn til at folk har ulike vaner, personlighet et cetera. Vår modell kan av den grunn sies å være mer medisinsk enn psykososial. Om den fungerer bedre enn den de har i de Hogeweyk vet vi faktisk ikke så mye om.

Prosjektet. Økernhjemmet har, som et ledd i prosjektet «Bedre hverdagsliv i sykehjem» reist på tre studiebesøk til de Hogeweyk sammen med totalt 75 ansatte.

– Vi planla omleggingen på seminarer i Nederland i fjor, med opplæring og oppfølging i etterkant. Det er ingen tvil om at personalet på denne måten fikk økt sin endringskompetanse.

– Hva har det kostet å utvikle driften?

– Vi fikk vi 285 000 kroner av Oslo kommune til endringer på stedet, disse brukte vi blant annet til elektriske arbeider i butikken og innkjøp av utstyr til restauranten i dagsenterets lokaler. Vi fikk også dekket utgiftene til å sende 30 ansatte på et matlagingskurs ved Oslo kokk- og stuertskole.

Selnes understreker at de fleste tiltakene har vært kostnadsfrie.

– Vi gjorde blant annet om renholderstillingene til husholdsstillinger. Dette har hatt en målbar positiv effekt, sykefraværet er nå nede i 2,5 prosent. Drifts-

avdelingens ansatte setter pris på den variasjonen de har fått i oppgaver, føler seg mere inkludert og trivselen har økt.

Importerer ikke alt. Katrine Selnes er overbevist om at beboerne har det bedre etter omleggingen.

– På Økern bor beboerne. Dette er hjemmet deres. Til grunn for innleggelsen ligger det at de har en sykdom. For den skal de få så god medisinsk behandling, pleie og omsorg for som mulig. Og så må vi hjelpe dem å bygge et hverdagsliv på dette grunnlaget.

– *Ser dere noe i demenslandsbyen som det ikke er aktuelt å importere?*

– De Hogeweyk har ikke god kompetanse rundt beboerne som vi har her. Bemanningen de opererer med er ikke aktuell hos oss, ei heller deres poolorganisering av sykepleietjenesten. På Økernhjemmet skal legen fortsatt komme til beboerne, i de Hogeweyk må beboerne oppsøke legen. Det som har vært viktig for oss er å normalisere hverdagene. Vi vil fjerne institusjonspreget, og har blant annet kjøpt inn fargede frottéhåndklær og sengetøy (ut med påskriften Helsevesen!). Alt du fortsatt ser av traller, kasser og stativer skal på sikt bort. Beholdes skal bare utstyr som de ansatte trenger for å ha en god arbeidssituasjon.

– Beboerne våre er de mest sårbare av de sårbare. Dette er hjemmet deres – og her skal de få bo til de dør. Vi styrker kompetansen vår også på dette området. Det er når de er syke og det går mot slutten at de trenger oss ekstra, avslutter Katrine Selnes.



AV BETYDNING: Beboernes interesser er kartlagt og ved hjelp av frivillige har man startet flere aktivitetsklubber. – Det er viktig at beboerne får holde på med noe som er av betydning for dem selv, at de ikke tilbys kunstig aktivisering, sier Katrine Selnes.



Marianne Holm, seksjonsoverlege ved seksjon for alderspsykiatri, Sykehuset Telemark



Hvor går norsk alderspsykiatri?

Redaksjonen i D&A utfordrer sentrale fagfolk til å delta i en meningsutveksling om utviklingen i norsk alderspsykiatri. Tidligere bidragsytere er Eivind Aakhus (D&A 4-2014) og Geir Selbæk (D&A 2-2015). Marianne Holm utfordrer overlege Ole K. Grønli, Alderspsykiatrisk poliklinikk, Psykisk helse- og rusklinikk, Universitetssykehuset i Nord-Norge.

Hvor skal alvorlig psykisk syke eldre utredetes og behandles?

Utviklingen de siste årene har gått i retning av mer behandling i primærhelsetjenesten og på DPSene, færre døgnbehandlingsplasser i alderspsykiatrien, kortere liggetid og mer poliklinisk og ambulant behandling. Helsepolitiske signaler tyder på at dette også er trenden fremover.

Hvor blir det av den alvorlig deprimerte, psykotiske, skrøpelige 80-åringen i dette bildet? Vil hun/han få den behandlingen de trenger?

Eivind Aakhus skriver om alderspsykiatriens historie og fremtid i D&A nr 4 i 2014. Den alderspsykiatriske faglige plattformen er solid og til en stor grad omforent. Samhandling har vært en del av alderspsykiatrisk arbeidsmåte lenge før det ble politisk korrekt. Men hva hvis det fremover ensidig satses på DPS, allmennpsykiatri og primærhelsetjeneste, og nedbygging av døgnbehandling/alderspsykiatrisk spisskompetanse fortsetter? Vil alvorlig psykisk syke eldre miste et helt nødvendig behandlingstilbud?

Det er et stort fokus på personer med demens for tiden, både innen forskning,

via folkeopplysning, innsamlingsaksjon på TV, nye tilbud som aktivitetsvenn, bekymrede scenarier om antall personer med demens i fremtiden og så videre. Det rigges demensteam, dagtilbud, grønn omsorg, skjermede enheter og andre tilrettelagte omsorgstilbud. Geir Selbæk skriver i den oppfølgende artikkelen i D&A 2-2015 om alderspsykiatrisk forskning før og nå. Han fokuserer på et viktig moment; hvor blir det av forskningen som ikke gjelder personer med demens?

Hvem er den alvorlig psykisk syke eldre?

Alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste skal utrede og behandle alvorlige, kompliserte, sammensatte psykiske lidelser hos eldre. *Alvorlige* psykiske lidelser kan være alvorlige depressive tilstander, ofte med vrangforestillinger og dårlig ernæring og ofte med intens angst og agitasjon. Det kan være psykoselidelser med svære vrangforestillinger som gir stort lidelsestrykk og hvor pasienten på grunn av mistenksomhet kanskje samarbeider dårlig. Eller det kan være pasienter med invalidiserende angst hvor behovet for støtte, trøst og oppmerksomhet synes å være utømmelig og hvor utsettelse av hjelp fra familie eller hjemmesykepleier fører til trusler om selvmord. Det kan også handle om pasienter med demenssykdom og tilleggsproblematikk med for eksempel psykotiske symptomer og aggresjon. I en del tilfeller vil man måtte

bruke de mulighetene loven gir for tvangsinnleggelse og tvangsbehandling, selv om frivillighet alltid skal etterstrebes.

Med *sammensatte og kompliserte* lidelser menes at pasienten både har en psykisk lidelse og en eller flere somatiske lidelser som gjensidig kan påvirke og forverre hverandre. Ofte har pasienten også en kognitiv svikt. Svært mange som utredes i alderspsykiatrien viser seg å ha en kognitiv svikt selv om den ikke var kjent i utgangspunktet. Svikten trenger ikke å være stor, men den kan likevel påvirke pasientens evne til samarbeid, vurderingsevne, evne til fleksibilitet, omstilling osv. Når man skal lage en god behandlingsplan sammen med pasient og pårørende må psyke og soma, sosial situasjon, eksistensielle forhold og ikke minst ADL-funksjon tas med. ADL-funksjon og egenomsorgsevne påvirkes i en helt annen grad ved psykisk lidelse hos eldre enn hos yngre.

Hvor skal alvorlig psykisk syke eldre behandles?

Hvor får disse pasientene best hjelp? Nytt av god utredning og behandling nær hjemmet gjelder selvfølgelig for eldre som for yngre. For det store antall eldre med mindre alvorlige psykiske lidelser er god behandling i primærhelsetjenesten eller på en allmennpoliklinikk på et lokalt DPS ofte tilstrekkelig.

Det vil imidlertid være en gruppe pasienter hvor det dette ikke er «nok». De trenger behandling på en spesialisert alderspsykiatrisk døgnavdeling hvor miljøbehandling er tilrettelagt for pasientgruppen og hvor leger, psykologer og annet personale har inngående og bred kompetanse.

På mange DPSer i Norge synes man i liten grad å ta imot eldre. DPSene i Telemark har lang tradisjon for å behandle også eldre. Vi ser imidlertid at pasienter av og til må overføres til alderspsykiatrisk avdeling fordi miljøet på et travelt DPS er lite egnet for skrøpelige deprimerte eller psykotiske eldre. Det er for høyt tempo, for høyt støynivå, for mange unge og personer med rusproblematikk osv.

Og hva når pasientene skal utskrives? Med god utredning og behandling vil en stor andel pasienter bli vesentlig friskere og kunne reise hjem med poliklinisk oppfølging. Det er imidlertid en gruppe som fortsetter å ha plagsomme psykiske symptomer (kroniske depressive-, angst-, psykoselidelser), som er sårbare og som trenger tettere oppfølging enn det hyppig hjemmesykepleie og ambulant alderspsykiatrisk oppfølging innebærer. Bestillerkontorene i kommunene vil mene at de er for kjekke til kommunale sykehjem. Bofellesskap får de ikke fordi de ikke har demensdiagnose. De tidligere psykiatriske sykehjemmene eksisterer ikke lenger. Det synes å være et hull i omsorgskjeden ved at det ikke finnes bofellesskap for personer med langvarige invalidiserende psykiske lidelser.

Vil alvorlig psykisk syke bli prioritert ved vurdering av rett til nødvendig helsehjelp?

Norheimutvalgets konklusjoner om tap av gode helseår som faktor ved vurdering av henvisninger medførte bekymring for nedprioritering av eldre og pr juli 2015 ser det ut til at utvalgets anbefalinger ikke vil bli fulgt.

I de nye prioriteringsforskriftene som skal gjelde fra 1. november 2015 skal det ved vurderingen legges vekt på forventet nytte av helsehjelpen og kostnadene. Alvorlighet er ikke lenger et kriterium, men skal få betydning ved tidsfastsettelsen. Hvordan vil det slå ut ved de alvor-

ligste tilstandene hos våre pasienter hvor lidelsestrykket er stort, men prognosen ikke så god?

Helseminister Høie har satt ned et nytt utvalg som skal se på alvorlighetskriteriet og komme med en vurdering i løpet av høsten 2015.

Er ambulant behandling alltid løsningen?

Innen alderspsykiatri har ambulant virksomhet vært en viktig arbeidsmetode i mange år. Vi har reist hjem til pasienter for utredning og oppfølgende behandling, til sykehjem for pasientbehandling, veiledning og undervisning og til fastlegekontorene for samarbeid. Vi har gjort oss erfaringer på når slik arbeidsmåte er nyttig og når annen tilnærming er bedre. For samhandling og erfaringsutveksling med primærhelsetjenesten er det ingen tvil om at ambulant virksomhet er og vil være fruktbart. For direkte pasientutredning og behandling bør man vurdere når det er nyttig og når det er mindre nyttig. Man får et godt innblikk i hjemmesituasjonen ved hjemmebesøk, men gir det alltid en valid kognitiv utredning når man gjør MMS ved kjøkkenbordet mens ektefelle svinser ut og inn og serverer kaffe og kommenterer? Er det bedre for en passiv, deprimert pasient å få samtalebehandling i stua si enn å måtte driste seg ut i verden og møte på en alderspsykiatrisk poliklinikk? Og ved alvorlig psykiske lidelser vil selv tett ambulant oppfølging med tillegg av kommunale hjemmetjenester bli for lite. Lidelsestrykket er for høyt og døgnet har for mange timer.

I optimismen rundt nytten av ambulant virksomhet nevnes ofte ikke det faktum at man for eksempel i fylker med store avstander rekker å se færre pasienter når man må reise rundt enn når pasientene kommer til poliklinikken. Det vil måtte gå utover ventetid for andre pasienter. At virksomheten ikke honoreres via takstsystemet, er et annet fenomen som ikke berøres når ambulant virksomhet lovprises av politikere og sykehusledere. Fagfolk skal selvfølgelig først og fremst tenke hva som er faglig best for pasientene. Samtidig ser vi hver eneste dag hvilket fokus økonomi har og hvilke følger knappe ressurser får.

Alderspsykiatriske kraftsentre

Skal den alvorlig psykisk syke eldre få god utredning og behandling, trengs kompetente fagmiljøer med tilstrekkelige ressurser. Som Aakhus nevner i sin artikkel har de fleste fylker alderspsykiatriske avdelinger med både døgnplasser, poliklinikk og ambulant virksomhet. Via det alderspsykiatriske fagfellesskap ser vi imidlertid at det finnes mange varianter og lokale tilpasninger som synes å fungere godt.

Selbæk skriver at det å jobbe med eldre menneskers sykdommer aldri har gitt mange statuspoeng. Det er derfor noe ulikt i de forskjellige sykehusområdene hvilke fagpersoner og fagmiljøer man har hatt å spille på. Man har hatt Plan-dokumentet for norsk alderspsykiatri som underlag og mål, men har ellers måttet utvise stor grad av pragmatisme. Jeg er imidlertid overbevist om at det også i fremtiden trengs gode alderspsykiatriske avdelinger som kraftsentre; som kan behandle de dårligste pasientene, som kan fagfeltet godt nok og ser et tilstrekkelig antall pasienter til å kunne veilede primærhelsetjenesten med troverdighet og som kan utdanne LIS-leger med fordypningsområde i alderspsykiatri.

Høyspesialiserte generalister med solid forankring i psykiatrien

Eldre mennesker med alvorlige og kompliserte psykiske lidelser har like stor rett som yngre til spesialisert behandling når det er påkrevd. Alderspsykiatrien må være høyspesialisert, det vil si kunne sin psykiatri inngående og samtidig være generalister med gode kunnskaper innen blant annet somatikk. Det vil gi riktige diagnose og raskere og bedre behandling. Samtidig som vi i fremtiden må bli enda bedre på samhandling, må vi holde fast ved vårt hovedfokus: god utredning og behandling av alvorlige psykiske lidelser hos eldre.

■ holm@sthf.no



Kirsten Thorsen, psykolog dr.philos. og seniorforsker, professor II, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Fakultet for helsevitenskap

Kvinner og demens

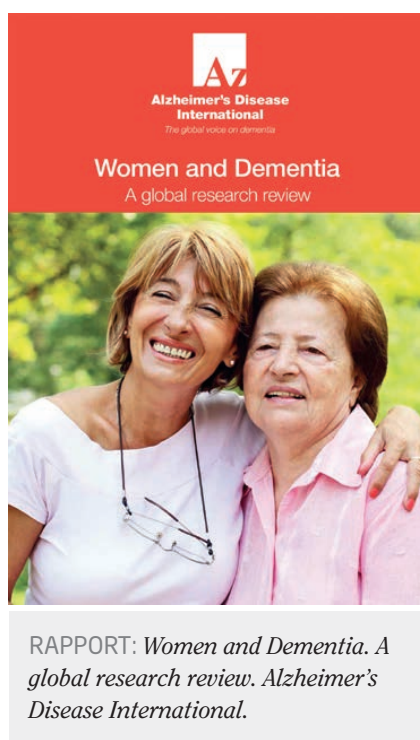
Det er lett å overse at det er *kvinner* som rammes sterkest av demens. Dette kamufleres ved de *generelle* omtalene av «personer med demens» og «pårørende».

En ny forskningsbasert rapport: «Women and Dementia. A global research review» vil endre på bildet av demens som kjønnsnøytralt. Rapporten undersøker betydningen av kjønn på tre måter – det gjelder:

1. kvinner som lever med demens
2. kvinner som er uformelle omsorgsgivere for personer med demenssykdom, og
3. kvinner som arbeider i helse- og omsorgssektoren rettet mot menn, og kvinner med demens og deres nærmeste.

Den gir en internasjonal oversikt over foreliggende forskning om demens både fra vestlige industrialiserte land og det som kalles lav-/middelinntektsland (low or middle income countries LMIC, her oversatt med LMIL). Rapporten fastslår at det er svært få studier av kvinner som lever med demens og lite forskning om de langsiktige virkninger av å være omsorgsgiver – formell eller uformell – for personer med demens. Hvordan demens rammer befolkningen i fattige land, særlig kvinner – har fått lite oppmerksomhet.

Men la oss først peke på noen grunnleggende forhold: Kvinner lever lenger enn menn. På verdensbasis utgjorde i 2014 kvinner 62 prosent av personer 80 år og mer. Utbredelsen av demens er raskt økende; i 2013 var det 44,35 millioner mennesker som ble anslått å leve



med demens, i 2030 vil det være anslagsvis 75,62 millioner, i 2015 135,46 millioner – og over 71 prosent vil leve i lav-/middelinntektsland.

- ♦ Flertallet av dem som er berørt av demens vil være kvinner. Dette kommer primært av at kvinner har høyere levealder enn menn. Men også innenfor samme alderskategorier peker studier på at kvinner har høyere forekomst enn menn. Tap av østrogen etter menopausen er én faktor som kan øke risikoen for demens av Alzheimers type. Andre forhold som ser ut til

å øke risikoen for demens for begge kjønn er lav utdanning, overvekt og mangel på mosjon, faktorer som kan være kjønns- og klasserelaterte. Det påpekes også at noen av symptomene ved demens vil være mer alvorlige for kvinner enn for menn.

- ♦ Kvinner er anslått å utgjøre 2/3 av de uformelle omsorgsgiverne til personer med demens, en andel som er enda høyere i lav-/middelsinntektsland (LMIL). Omsorgen har vidtrekkende innvirkning på kvinners livssituasjon; på fysisk og psykisk helse, livskvalitet, sosiale relasjoner og deltakelse, på utdannings- og jobbmuligheter, økonomisk situasjon, på likestilling og handlefrihet.
- ♦ Kvinner dominerer som arbeidstakere i helse- og omsorgssektoren.

Rapporten trekker frem en rekke vesentlige forhold som kan være kjent innen kjønns- og omsorgsforskning, men som nå blir gjort gjeldende også på demensfeltet.

Kvinner som lever med demens har gjerne hatt familie, omsorgs- og husholdsoppgaver som sitt hovedansvar og en sentral rolle i livet. Hennes identitet, verdighet og selvrespekt er forbundet med å kunne fortsette i denne rollen, så langt mulig. Å oppleve at denne rollen og disse oppgavene gradvis forsvinner, mens en selv blir den som mottar andres omsorg, kan oppleves som svært vanske-

lig. Kvinnene kan motsette seg endringene og utvise komplekse reaksjoner, blant annet det som kalles «grateful guilt» – «takknemlig skyld». De forsøker å forene det å være takknemlig for hjelp de helst vil slippe, og føle skyld for at de er «til byrde» – en vanskelig emosjonell utfordring.

Kvinner kjenner seg ikke igjen i forskernes begreper om at de er «omsorgsgivere» eller at de gir «omsorg». Å yte de omsorgsoppgavene og utvise den omtanke for familien som de er fortrolig med, inngår i deres kjønnsrolle og livslange familieorientering. Dette gjelder særlig i land med svakt utbygd offentlig velferd, der familien er sikkerhetsnettet.

En rekke studier viser hvordan det å være omsorgsyter for personer med demens over lang tid, har innvirkning på mange aspekter av psykisk og fysisk helse. Kvinner har høyere forekomst av angst og depresjon enn menn, og også høyere enn kvinner som ikke er omsorgsgivere. Kvinner ser ut til å reagere mer emosjonelt på situasjonen, menn er mer konsentrert om de praktiske oppgavene som skal løses. Menns mestringsmåte kan samtidig gi en viss beskyttelse mot å bli «overmannet av følelser», og gi en opplevelse av at en har gjort det som er mulig å gjøre.

Omsorgen for personer med demens er på verdensbasis kjennetegnet først og fremst av at den er svært mangelfull, dernest av manglende kunnskaper og lite tilrettelegging for personer med demens, lav verdsetting av den uformelle omsorgen, og dårlig tid, lønn og status for dem som arbeider på feltet. Situasjonen til lønnete omsorgsarbeidere i lav-/middelinntektslandene karakteriseres slik i rapporten: Der er «arbeidsstyrken hovedsaklig uformell og uregulert, med uerfarne og utdannede omsorgsarbeidere som er gitt ansvaret for mennesker med meget komplekse behov».

Hva må gjøres? Først og fremst utvikling av en (bedre) eldreomsorg, der bistand til personer med demens får en helt nødvendig plass, der omsorgen får høyere status og helse- og omsorgsarbeiderne får utdanning, respekt og lønn som fortjent. Dette innebærer at omsorgsarbeid ikke lenger ses som en naturlig del av kvinneligheten, men som et krevende og komplisert arbeid. Men ordet «omsorgsarbeid» endret Kari Wærness i 1979 den norske forståelsen av kvinners uformelle omsorg, den var ikke lenger et uttrykk for deres natur, men et arbeid – ofte hardt arbeid.

Ved langsiktig forsknings- og utdanningsarbeid, og offentlige tiltaksplaner

for å styrke omsorgen, er demensfeltet og statusen til dem som arbeider der hevet fra å være oppfattet som lite interessant til å bli et attraktivt område innen eldreomsorgen her i landet. Dette blir tydelig illustrert ved at konferansen «Demensdagene» – som går over to dager i desember hvert år (arrangert av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse) – i 2014 hadde cirka 850 deltagere. Det nytter!

Men rapporten anbefaler at forskning og omsorgstiltak i langt større grad er kjønnsreflekterende og tilpasset ulike livsløpserfaringer. Det er fedre og mødre, bestefedre og bestemødre, sønner og døtre som berøres, i ulike livsstadier og livssituasjoner. Så kan forskere og fagfolk med fordel nyansere og presisere sine begreper, slik at personer med demens, deres pårørende og personell fremstår som menn og kvinner med sine livserfaringer og sine normregulerte relasjoner. Ellers kan begrepene fungere mer tilslørende enn opplysende.

Rapporten konkluderer med at utbredelsen av demens på verdensbasis har betydelig innvirkning på kvinners liv. Dette må anerkjennes på familienivå, samfunnsnivå og politisk nivå.

■ kirsten.thorsen@aldringoghelse.no



Leon Jarners Forskningspris 2015

Leon Jarners Minnefond deler hvert år 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. Prisen deles ut i forbindelse med Demensdagene 2015, som arrangeres i Oslo Kongressenter 1.-2. desember.

Leon Jarner (1910-79) var advokat og en musikkpersonlighet. Han hadde ikke selv Alzheimers sykdom eller aldersdemens, men hadde et nært familiemedlem som var rammet. Les mer på www.alzheimerforskning.no



Psykolog dr.philos. og seniorforsker, professor II Kirsten Thorsen (1, 2)
Professor emeritus Knut Engedal (1)
Forsker, postdoktor Aud Johannessen (1)

1) Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

2) Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Fakultet for helsevitenskap

«En sentrifuge i hue»

Bruk av metaforer i oppvekstfortellinger fra voksne barn av yngre personer med demens¹

Etter hvert har vi fått kunnskap om at også yngre personer (under 65 år) kan få demens, og at pårørende som blir berørt også inkluderer ungdom som opplever mors og fars demensutvikling. De får en uvanlig oppvekst, helt annerledes enn forventet. Det er en ungdomstid med store påkjenninger, minimal kunnskap om hva som skjer, ingen modeller for hvordan dette skal takles, og uten den støtte til egen utvikling fra far eller mor slik som «vanlige foreldre» forventes å gi. Hvordan opplever de denne situasjonen og hvordan skal de kunne formidle sine erfaringer? Artikkelen viser hvordan en analyse av bruk av metaforer i fortellinger om oppveksterfaringer til voksne barn kan åpne opp for ny forståelse av vanskelige erfaringer, krevende utfordringer og komplekse følelser.

Innledning

Demenssyndromet diagnostisert hos personer yngre enn 65 år er ofte omtalt som «Young-onset dementia» (YOD), her kalt «tidlig demens». Basert på forekomster i en studie av Harvey et. al. (1) har det blitt anslått at opptil 1 400 personer i Norge har en diagnose med tidlig demens. Hvis vi også inkluderer dem som enda ikke er diagnostisert, antar vi at gruppen gjelder minst 3 000 personer (2). Gruppen er relativt liten sammenholdt med de ca. 70 000 mennesker som utvikler demens i eldre år (over 65 år) (3). En del kjennetegn ved tidlig demens (YOD) innebærer særlige påkjenninger for personene som rammes og familiene deres. Atferds- og psykologiske symptomer (APSD) og forekomst av frontotemporal demens er mer utbredt enn i den eldre populasjonen med demens (4). Yngre personer med demens har vanligvis en helt annen livssituasjon enn eldre (5,6), de yngre er ofte i jobb, er gift, de kan ha barn boende hjemme, de kan ha egne foreldre som fortsatt er i live. Mange mennesker er berørt (7,8). Studier viser at det, med få unntak, ikke finnes strukturerte opplegg med tydelig ansvar for å følge opp barn til yngre personer med demens (9). I Norge er det noen få grupper og samlinger for voksne barn på ulike steder i landet i regi av enkelte sykehus og kommuner, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Vi vet altfor lite om hvordan demens-tilstanden til far eller mor innvirker på barnas individuelle utvikling, hva de

tenker, opplever og hvilke tilbud de har behov for i hvilken livsfase.

En måte å uttrykke tanker, følelser og oppfatninger på, er ved å anvende metaforer. Disse kan være en kilde til informasjon. Metaforer er ord eller talemåter som kan erstatte eller utvide ords mening ved å tre inn istedenfor et annet ord (10). Metaforer er blitt beskrevet som en «linse» som gir spesiell innsikt i fortellerens følelser, meninger og selvoppfatning, som formidles gjennom billedlig tale. Metaforer har blitt brukt om sykdommer (11), de er ofte vesentlige for pasienter når de tolker og beskriver symptomer, og bidrar til å motivere dem til å søke helsehjelp (12).

Montagne (12) definerer metaforer som poetisk formulerte talemåter som innebærer en likhet med eller et forhold mellom to «ting», slik at de endrer vår oppfatning av den ene eller begge. Lakoff og Johnsons (13) teori om metaforiske begreper understreker at metaforer ikke bare er ornamental språklig stil, de innvirker potensielt på vår oppfatning av tilværelsen. Begrepene er veivisere for våre tanker og følelser. Metaforer formidler mening, men også følelser og assosiasjoner som utløses av metaforiske måter å beskrive hendelser på. Disse kan være kulturelle og individuelle.

På denne bakgrunn har vi utført undersøkelsen av fortellingene til unge voksne barn av yngre personer med demens, for å undersøke hvordan de ved å anvende metaforer beskriver sin situasjon, sine følelser og sine behov under foreldrenes demensutvikling.

¹⁾ Denne artikkelen er en norsk revidert versjon av artikkelen: Johannessen, Aud, Engedal, Knut & Thorsen, Kirsten. Adult children of parents with young-onset dementia narrate the experiences of their youth through metaphors. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 2015, 8, 245-254. Her vil leseren blant annet finne at undersøkelsen har de nødvendige godkjenninger, en mer inngående beskrivelse av metoden, drøfting og en fylldigere litteraturliste.



Illustrasjonsfoto: Martin Lundsvoll

UVANLIG UNGDOMSTID: *Tenåringer som er pårørende til yngre personer med demens.*

Metode

Studien anvender en kvalitativ, fortolkende tilnærming (14,15). Fordelen ved denne metoden er at den utforsker individenes livsverden, hvordan de gir mening til erfaringer, og forteller om sine følelser og tanker.

Vi inkluderte barn til foreldre med forskjellige former for demens i ulike stadier av sykdommen. Intervjuene ble foretatt i 2014. I alt 16 unge voksne, 18 år eller eldre, ble bedt om å delta, to av slo. Utvalget består av 14 informanter, fra 18-30 år (gjennomsnitt 24 år). Deltakerne mente å huske at foreldrenes demens startet fra seks til 13 år før diagnosen ble stilt. Diagnosen ble klar fra seks måneder til 10 år før intervjuet ble foretatt. Ni av informantene var døtre, fem var sønner, mens ni av foreldrene var fedre og fem var mødre.

Datamaterialet ble innhentet ved individuelle kvalitative intervjuer på det stedet som informantene foretrakk (15). Intervjuene var basert på en intervju-guide med seks åpne hovedspørsmål. De var rettet mot detaljer i hvilke erfaringer intervjupersonen har og har hatt med far eller mor med demens. Intervjuene ble transkribert ordrett av en medarbeider innen to uker etter hvert intervju.

I denne studien ble analysen av intervjuet materialet foretatt med utgangspunkt i Stegers tre-trinns metaforanalyse (16). I første trinn foretok vi, slik Steger anbefaler (16), parallell lesning. To av forskerne (AJ og KT) leste intervjuene

flere ganger uavhengig av hverandre, og avmerket relevante metaforer. De fleste metaforer var avmerket av begge. I neste trinn diskuterte vi og reflekterte over de valgte metaforene sett i en mer generell kontekst; vår kunnskap om tidlig demens, studier om barn til yngre personer med demens, den videre samfunnsmessige sammenheng og tilgjengelige helse- og sosialtjenester. I tredje trinn vendte vi tilbake til de opprinnelige intervjuene for å se hvilken mening metaforene hadde i hans eller hennes fortellinger om sine erfaringer. Ut fra denne analysen kondenserte vi våre funn i *fire hovedtemaer*, og identifiserte *fire kjernemetaforer* som representerte temaene.

Funn

De identifiserte metaforene dekket informantenes forhold til sykdommen, til seg selv, til far eller mor med demens og til andre (her hjelpeapparatet). Fra metaforbruken på disse områdene, kondenserte vi funnene i fire kjernemetaforer: «min far/mor glir bort», emosjonelt «kaos», «å bli mamma til sin mamma» pappa), og «en kamp».

Utviklingen og forløpet av fars eller mors demens. «Far/mor glir bort»

Hovedtyngden av metaforene om foreldres demensutvikling viser til at mor eller far gradvis mister kontroll, blir mindre gjenkjennelig og mer underlig

og fremmed. «Far/ mor glir bort.» Til sist er hun eller han «tapt», forsvunnet inn i sin egen verden som barnet ikke lenger kan nå. Utviklingen skjer gradvis og langsomt, fra nesten umerkelige forandringer i vaner og væremåter, til mer åpenbare avvik fra normal atferd. «Det kom liksom snikende,» sier en. Diagnosen plasserer de merkelige reaksjonsmåtene innenfor en sykdomsforståelse og medisinsk diskurs. Likevel er forståelsen sammenvevd med de følelsesmessige båndene til mor eller far og den spesielle relasjonen de har.

Metaforene forbundet med demensutviklingen er relativt få, og er uttrykt i informantenes hverdagspråk. De bruker vanligvis ikke ord for presise symptomer på sykdommen, selv om de nå vet mer om den. Som en av informantene sa: «Han er jo fortsatt veldig klar, men samtidig så surrer han også, og det er kanskje det som er mest frustrerende.» Uttrykk som han eller hun «susa» eller «røra», er brukt.

De første tegnene på demens ble tolket som stress, slitenhet eller forsterkning av tidligere personlighetstrekk. Far eller mor ble etter hvert oppfattet som forandret, ord som «flat» er brukt om dem. Noen av barna mente på ett tidspunkt at mor eller far fikk ta seg sammen, konsentrere seg mer, og eventuelt redusere stresset i dagliglivet. Så ble feiltakelsene mer irriterende, glemsomheten et økende problem. Enkelte mente på et visst tidspunkt at foreldrene som mistet kontrollen trengte «faste rammer», enklere omgivelser og færre ting rundt seg. Mange av deltakerne fortalte at de ble sinte. Også mor eller far med demens ble gjerne mer irritable og hissig. «Det har liksom tatt overhånd i det siste har jeg merka», sier en.

Diagnosen kom som «et sjokk», sier mange, og den første informasjonen – ofte formidlet av den andre forelderen – ble gjerne ikke helt oppfattet og implikasjonene ble bare delvis forstått. Noen foreldre utviklet en atferd utenfor alle vanlige normer og manerer. «Ja, det er direkte flaut. Går han lekk, så gir han jo blanke. Det er jo flaut. Det å se min far være på den måten. Altså, det var jo min definisjon på en superhelt, og så gå til det han er i dag.»

Kjerneopplevelsen i demensutviklingen er å miste far eller mor: «Vi kommer jo til å miste dem med demens på en måte, da. Du kommer jo til å miste dem.»

En av informantene beskriver forskjellen mellom den personen han kjente og den han er nå, slik: «Så er det jo veldig, veldig annerledes fra det vi kjente pappa som da. Det føles litt sånn at man har tatt han ut av kroppen, og putta inn en annen, og så ser han lik ut. Og så er han egentlig ikke det i det hele tatt, da.» Én sammenligner demensutviklingen med en plante som visner hen.

Noen beskriver sin tolkning av tilbaketrekningen som at mor eller far ble uinteressert i dem: «Hun mista på en måte interessen for oss og barna våre, og vi følte at hun ikke brydde seg om oss lenger, da. At hun ikke var like engasjert i livene våre.» Det oppleves som svært sårt.

Til sist beskrives foreldrene som utilgjengelige, barna finner ikke lenger den mor eller far de kjente. «Hun er forsvunnet inn i tåka.» «Han har låst seg selv inne.»

Følelsene: Et emosjonelt kaos

Hovedtemaet i de metaforene som har den rikeste og mest varierte billedbruken, finnes i beretningene om informantens følelser og reaksjoner på sin egen situasjon. Demensutviklingen «fylte hodet» og ga opphav til svært mangfoldige følelser og tanker. «Tusen tanker kommer inn», som en sa. En annen sammenlignet hodet sitt med en sentrifuge:

«I 8. klasse husker jeg at jeg var veldig ukonsentrert. Det her gikk jo på en sentrifuge i huet mitt, at pappa hadde fått en hjerneskode, og jeg kommer ikke til å få ham tilbake. Det gikk som en sentrifuge i huet mitt, og det ødela veldig mye av konsentrasjonen og lysta til å gå på skole i det hele tatt. Hver gang jeg legger meg, så starter jo sentrifugen i huet. Skikkelig sentrifuge. (...), og da går jo alle tankene på kryss og tvers og det som er.»

Følelseslivet blir ukontrollerbart og uforutsigbart. «Kaos» er en metafor enkelte bruker. En informant sier: «Det vekka mye følelser da, for da hadde jeg jo strukket strikken altfor langt, som man sier. Så da var jeg bare et sånt stort

emosjonelt kaos. Begynte å gråte av ingenting.»

En annen respondent kaller erfaringen for «et traume». Mange metaforer pekte på sterke og ganske dramatiske reaksjoner: «Broren min og jeg hadde en ordentlig knekk.»

Barna beskriver at de hadde vært «i en annen verden» enn vennene og klassekameratene: «Jeg var mye stillere i klasserommet. Jeg ble sittende og tenke i min egen verden.» En beskriver det som «en mørk verden». «Men du blir lissom så i din egen verden, ikke sant? Alt som er rundt blir bare helt mørkt. Så er det bare å sitte hjemme, da. Det var jo det som gjaldt.»

En forteller at han mistet følelsen av å være sentrum i eget liv, ikke være en som handlet av egen vilje. Han ble «en robot». En annen sier at han plasserte seg selv i «en boble», en tredje at hun puttet tankene sine i «en sekk». De beskriver forsøk på å holde tanker og følelser unna, men de presset seg likevel opp til overflaten

«Å flykte» er en metafor som brukes både om kognitive måter å kople ut tankene og det å forlate stedet fysisk, enten det var i situasjonen eller det å flytte. Den emosjonelle påkjenningen har vært stor, informantene beskrev den som «en byrde»: «Det kjennes som jeg har sånn stein på skuldrene mine hver dag.» Den følelsesmessige påkjenningen kan flyttes «ut av fokus», «ut av min horisont» eller til «bakhodet». En intervjuperson sier: «(Det er) ikke glemt, jeg har det i bakhodet, men jeg tenker ikke så mye på det lenger. For jeg har samboer, jeg har venner, jeg har jobb. Så livet fortsetter på en måte.»

Informantene sa at når de selv eller faren eller moren med demens flyttet ut av hjemmet, opplevde de lettelse på mange måter. Avstanden reduserte den emosjonelle byrden ved å leve tett sammen med mor eller far med demens. Men flyttingen kunne også utløse andre følelser; som dårlig samvittighet og sorg over en ugjenkallelig avskjed. En datter nevnte at hun følte seg «kaldhjertet» etter at moren flyttet på sykehjem. Én fortalte at hun opplevde «en knekk» etter at moren flyttet på sykehjem, ble apatisk og orket knapt å gjøre noe.

Følelsene er av mange grunner vanskelig å formidle til andre. En sa: «Demens er tabu, ingen skal vite om den, du dekker over den.»

De transformerte relasjonene: «Å bli mamma til sin mamma» (pappa)

Kjerneopplevelsen i det å ha en relativt ung forelder med demens er den fullstendig uventede transformasjonen av foreldre-barn-relasjonen: Barnet blir gradvis «en forelder til sin forelder». De ser at mor eller far blir mindre og mindre i stand til å ta vare på seg selv og sin familie, bli mindre ansvarlig, ikke makte foreldrerollen og blir mer og mer barnlig.

Etter hvert får barna mer og mer ansvar for far eller mor. En utbryter:

«Jeg hater den rollen. Jeg hater den! Det er ikke min rolle å være pappa til pappen min. Jeg vil være sønn, jeg. Jeg skal være.... Som sagt, jeg skal ha tid til å være ung – jeg kan ikke fly rundt å være pappa til pappen min. Det er helt feil! Det er ikke et ansvar som en 13-åring skal ha.»

En annen informant tok et totalt ansvar for sin enslige mor: «Jeg gjorde alt for henne.»:

«Så jeg hadde ikke noe nettverk, ingen venner, fordi jeg måtte prioritere mamma. Jeg angret ikke på det nå... Vel, jeg vet ikke helt nå. Men jeg måtte gjøre det, for det var ingen andre, og hvis jeg ikke hadde gjort det, hadde jeg sittet der med dårlig samvittighet». Hun sammenfatter hele situasjonen med å si: «Altså, hun er mitt barn, hun er faktisk det.»

Ungdommens egen utvikling settes til side:

«Ja, jeg passa på mamma. Mamma kom først da. Det var ikke så mye annet som kom først. Ikke meg selv i hvert fall, ikke skole og ikke venner og ikke kjæreste. Ikke det jeg hadde lyst til å gjøre. Det var liksom i annen rekke (...). Du bare må. Men alt som gjaldt mamma, da var jeg på, men alt som gjaldt meg selv, det glemte jeg. Forsømt meg selv.»

De mest berørte barna var de som bodde sammen med mor eller far da sykdommen forverret seg. Opplevelsen av relasjonen kan endres når den ses i tilbakeblikk, slik én av informantene formulerte det. «Så jeg føler ikke at jeg har

gått glipp av noe, selv om jeg har vært hjemme med pappa, selv om jeg kan ha følt det slik på den tiden.»

Det offentlige hjelpetilbudet: «En kamp»

Informantene opplevde at hjelpetilbudet til mor eller far kom sent og at tjenestene som regel var utilstrekkelige eller utilfredsstillende.

Hjelpen barna selv fikk, kom svært mangelfull, om den i det hele tatt kom. Informantene beskrev ofte kommunikasjonen med hjelpeapparatet som «en kamp». Møtene med personell i hjemmetjenestene ble betegnet med ord som «kulturkræsje», «et rullegardin falt ned», de «møtte veggen», og de var ikke «på samme bølgelengde». Helsepersonellet som skulle yte tjenester, syntes ikke å lytte til det de sa eller forstå situasjonen, hvis barna overhodet kom i kontakt med dem.

«Hender» var en metafor flere brukte. Informantene savnet en som kunne ta dem ved hånden og «følge dem opp», gjerne som en mor eller far eller annen voksen, en som overtok ansvaret og tillot dem å være barn. «Hvis noen virkelig hadde tatt meg i handa», sier en. De hadde håp om at far eller mor fikk god omsorg, og de selv ønsket støtte når de trengte det av en person som kunne forstå dem. De følte seg oversett av hjelpeapparatet. «Vi hadde trengt mer oppfølging – mer følge på veien».

Sammenfatning

Vi finner at barn til yngre personer med demens hyppig anvender metaforer, særlig for å beskrive egne følelser. Metaforene gir fortettede bilder av komplekse følelser og fundamentale erfaringer.

Metaforer som er relatert til demenssykdommen sammenfattes i bildet av mor eller far som glir bort fra dem.

Metaforer om følelser brukes hyppig, og de viser ofte til sterke emosjoner. De har kompliserte og motsigelsesfylte følelser som vanligvis er «forbudt» å rette mot pasienter, slik som irritasjon, sinne, å miste besinnelsen, utålmodighet, aggresjon. Følelsene kan være så komplekse, kaotiske og turbulente at barna forsøker å skyve dem bort eller stenge dem av. Metaforer er velegnede omskrivninger når barna skal berette

om slike komplekse følelser rettet mot en syk mor eller far. Metaforene synes å ha en dobbel funksjon; de viser til følelsene, samtidig holder de dem på avstand; de «av-emosjonaliserer» dem.

Kjernermetaforen om forholdet til mor eller far er «å bli mor til min mor (eller far)». De synes at den voksne personene de kjente blir mer og mer lik et barn (barnlig). Samtidig har de selv vokst opp fort, og blir voksen tidligere enn ventet. De tar etter hvert et foreldrelignende ansvar for sine foreldre – roller, ansvar og status er forbyttet. Alle forteller om den inngripende innvirkning denne livssituasjonen har hatt for egen utvikling, i noen tilfelle slik at «Jeg glemte meg selv».

Den dominerende metaforen i forholdet til helse- og sosialtjenesten, er kampmetaforer, som uttrykker hvordan barnet har opplevd vanskeligheter med å få adekvat hjelp. Informantene har blitt oversett, slik de har erfart det.

Konklusjon og anbefalinger

Å lytte til metaforer i menneskers fortellinger kan åpne opp for forståelse av og kommunikasjon rundt stressende livserfaringer og komplekse følelser som ellers er vanskelig å fortelle om. Barna til personer med tidlig demens har store og forsømte behov for støtte. Personer i helse- og velferdssystemet må lytte til deres uvanlige fortellinger for å forstå deres opplevelser og spesielle livssituasjon. De må oppfatte hvordan metaforene i fortellingen viser til barnas egne erfaringer og behov for støtte til egen utvikling. Hjelpeapparatet må gi barn individuelle og skreddersydd støtte under foreldrenes demensutvikling, innenfor familieorienterte programmer med en kjede av koordinerte tjenester. En må utvikle varierte tilbud spesielt rettet mot ungdom og unge voksne for å nå dem. Også det å møte unge mennesker på sin egen alder er viktig for å dele erfaringer og gi hverandre støtte.

■ kirsten.thorsen@aldringoghelse.no

REFERANSER

1. Harvey RJ, Skelton-Robinson M & Rossor MN. The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years. *Journal*

of Neurology & Psychiatry. 2003;74(9): 1206-09.

2. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W & Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Alzheimers Dementia*. 2013;9(1): 63-75.
3. Engedal K & Haugen PK. Demens fakta og utfordringer: en lærebok. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse; 2009.
4. van Vliet D. Young onset dementia: characteristics and impact [doctoral thesis]. Maastricht: Department of Psychiatry and Neuropsychology, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University; 2012.
5. Skovdal K, Palo-Bengtsson L, Anttila S, Hojgard U, Fredriksson M, Jonsson AK & Glad J. Yngre personer med demenssjukdom och närstående till dessa personer. En kunnskapssammansetning. Institutet for utveckling av metoder i socialt arbete. No. 112-1. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
6. Svanberg E, Stott J & Spector A. The impact of young onset dementia on the family: A literature review. *International Psychogeriatrics*. 2011; 23(3):356-71.
7. Barca ML, Thorsen K, Engedal K & Johannessen A. Nobody asked me how I felt: experiences of adult children of persons with young-onset dementia. *International Psychogeriatrics*. 2014;26(12):1935-44.
8. Barca ML, Johannessen A., Engedal K, Haugen PK & Thorsen K. Erfaringer fra voksne barn til yngre foreldre med demens. *Demens og alderspsykiatri*, 2014; 18(1): 12-15.
9. Haugen PK. Yngre personer med demens og deres familie: «Hjelpeapparatet er mangelfullt og tar ikke ansvar». *Demens*. 2004; 8(3): 20-23.
10. Ricoeur P. The rule of metaphors: the creation of meaning in language. London: Routledge and Kegan Paul; 2003.
11. Sontag S. Illness as metaphor. New York: Farrar, Strauss & Giroux; 1978.
12. Montagne M. The metaphorical nature of drugs and drug taking. *Social Science and Medicine*. 1988;26(4): 417-424.
13. Lakoff G & Johnsen M. Metaphors we live by. London: University of Chicago Press; 2003.
14. Lindseth A & Norberg A. A phenomenological method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2004;18(2): 145-53.
15. Kvale S. The qualitative research interview – a phenomenological and a hermeneutical mode of understanding. *Journal of Phenomenological Psychology*. 1983;14(2):171-96.
16. Steger T. The stories metaphors tell: metaphors as a tool to decipher tacit aspects in narratives. *Field Methods*. 2007;19(3):3-23.



Rigmor Einang Alnes, PhD, Høgskolen i Ålesund, Avdeling for helsefag

Demens og samspill

Marte Meo-veiledning i demensomsorg

Introduksjon

Det å kunne ta del i en samtale og kunne gi og få respons er et grunnleggende behov for alle mennesker. Hos mennesker med demens svekkes denne evnen etterhvert som sykdommen utvikler seg, og slik vil muligheten til å ivareta et meningsfylt samspill med andre vil gradvis bli vanskeligere. Det blir krevende å finne ord og forstå hva som blir sagt og å kunne svare fort nok til å bevare en flyt i en samtale. Mulighet til å gi uttrykk for egne opplevelser begrenses. Dette skaper utfordringer for familie og personalet som skal samtale og samhandle med personen. Det kan ofte være vanskelig å vite om det som blir sagt og gjort blir forstått, og det kan være vanskelig å tolke det personen med demens ønsker å formidle. På denne måten utfordres samspill og mulighetene til å oppleve gjensidighet og felleskap. Det er derfor svært viktig å finne metoder som fremmer muligheten for å inngå i meningsfulle samspill for personer med demens og deres nærpersoner.

Marte Meo er en videoveiledningsmetode (heretter benyttes benevnelsen Marte Meo-veiledning, MMV) som har til hensikt å kunne åpne opp for samspill mellom mennesker – der dette har blitt utfordret av sykdom, funksjonshemning eller andre problem. Denne fagartikkelen bygger på kunnskap fra et doktorgrads-prosjekt om Marte Meo-veiledning anvendt i skjermede enheter for personer med moderat og alvorlig demens (1).

Pedagogen Maria Aarts fra Nederland har grunnlagt metoden som nå har

spredt seg til svært mange land (2). Det gis tilbud om utdanning som Marte Meo-terapeuter (MMT) i egne utdanningsprogram (Martemio.no). Begrepet Marte Meo stammer fra det latinske *mars martis*, som kan oversettes med *av egen kraft*. En grunnleggende idé i MMV er at all atferd skal oppfattes som meningsfylt, inkludert tilsynelatende upassende eller meningsløs oppførsel. Antakelsen bygger på at samhandling og samspill er avgjørende for utvikling, læring, trivsel og livskvalitet og at hvert individ er ansvarlig for egen utviklingsprosess og ekspert på eget liv. Metoden har til hensikt å styrke dialog-ferdigheter, stimulere positive endringsprosesser, og forbedre kvaliteten på relasjonen (3). En annen idé i tilnærmingen er at endringer i spillet må bli forstått og utviklet av personene som skal gjennomføre dem, altså at evne til samspill er avhengig av forståelse i kombinasjon med praktiske ferdigheter. Derfor må innlæring knyttes nært til reelle praksiserfaringer der fagfolkene kan integrere ny kunnskap i sin egen arbeidsform.

MMV ble opprinnelig utviklet i forhold til kommunikasjonssvake barn og deres nærpersoner, men har etter hvert også blitt anvendt i demensomsorg (4). Veiledningen tar utgangspunkt i reelle samspill mellom personer der videoopptak av for eksempel en stellesituasjon blir brukt som utgangspunkt for veiledning. Dette er korte opptak mellom tre til syv minutter av en situasjon som påkledning, tannpuss eller forflytning, der pleier og beboer samarbeidet om aktivi-

teten. I etterkant av opptaket blir videoen analysert av MMT som ser etter mikrosituasjoner som illustrerer gode samspill. I veiledningen vises utdrag fra videoen og pleier (gjerne sammen med pleiegruppa i enheten hvor beboer bor) og MMT kan sammen reflektere over situasjon og samspill. Marte Meo-prinsippene er såkalte funksjonsstøttende elementer (FSE, se tekstsoks 1) som brukes som «knagger» som beskriver handlinger og/eller væremåte hos pleier/nærperson og som fremmer mestring. Disse er blant annet «å sette ord på det som skjer» eller «å gi hjelp til å starte eller avslutte en aktivitet». Ifølge Aarts (2) har disse elementene vist seg å være viktige for å opprettholde eller utvikle gode samspill og de er i tråd med terapeutiske kommunikasjonsteknikker for personer med demens (5). FSE kan slik være et uttrykk for hva som preger spillet, altså; om det gis støtte til pasientens behov og mestring.

Selv om MMV i stor grad har blitt praktisert i demensomsorg har den i liten grad vært gjenstand for forskning. Prosjekter og studier som har blitt gjennomført har imidlertid vist at MMV kan ha positiv innvirkning på kommunikasjon og samhandling mellom personer med demens og helsepersonell (6-8). På bakgrunn av dette var det viktig å utforme en studie som kunne få frem mer kunnskap om erfaring og eventuell nytte av MMV.

Hensikten med studien var å vurdere om, og eventuelt i hvilken grad Marte Meo-veiledning kunne bidra til positiv

endring i det daglige samspillet mellom personer med demens og personalet.

Studien inneholder tre delstudier med hvert sitt forskningsspørsmål.

- ♦ Er det endringer i samspillet mellom personer med demens og personalet etter MMV?
- ♦ Hva er personalets erfaringer og hva har de evt. lært på bakgrunn av å ha deltatt i MMV?
- ♦ Hvilke faktorer påvirker nytten av MMV i en sykehjemsavdeling?

Intervensjonen bestod av at MMV ble gitt syv ganger i løpet av to måneder til pleiere som arbeidet i samme enhet. Hver MMV bestod av at en Marte Meo terapeut (MMT) kom til avdelingen om morgenen og det ble avklart hvem av beboerne det var ønskelig å ha fokus på i veiledning. Samtykke måtte innhentes i hver enkelt situasjon og ble praktisert i tråd med det som Dewing kaller et «on-going consent» (9), altså et samtykke i prosess da beboer ikke hadde forutsetning til å huske den informasjon som ble gitt for kort tid siden. Pleier og MMT (som filmet) måtte hele tiden vurdere om beboer på noen måte opplevde ubehag ved at det ble tatt opp video. Om det ble tolket som om beboer var villig til at video-opptak ble tatt opp, ble dette gjennomført. MMT så deretter gjennom videoen og vurderte hvilke FSE som skulle være i fokus for veiledning. Veiledning til personalet ble gitt samme dag som videoklippet ble tatt opp. Veiledningen varte cirka en og en halv time.

METODE

Utvalg og datainnsamling:

Det ble sendt ut invitasjon til 18 ulike sykehjem på Øst- og Nordvestlandet. Seks avdelinger for skjermede enheter ved sykehjem sa seg villig til å være med i studien. I delstudie 1 (10) ble tre av disse utvalgt til å få MMV og tre utvalgt til i første runde å være sammenlikningsgruppe. (Alle enheter fikk tilbud om å få MMV i etterkant av at de fungerte som sammenlikningsgruppe og datasamlingen for dette var avsluttet). I denne delstudien ble data samlet inn gjennom videoopptak av korte samspill i pleiesituasjoner mellom ti par som be-

Tekstboks 1

Funksjonsstøttende element (FSE), tilpasset omsorg for personer med demens

FSE 1	Legge til rette for en god start og en positiv atmosfære gjennom stemme, rytme og øyekontakt
FSE 2	Finne, bekrefte og følge personens fokus
FSE 3	Sette ord på det som skjer eller skal skje og det som oppleves
FSE 4	Legge til rette for mestring ved å gi hjelp til å starte eller avslutte en aktivitet
FSE 5	Hjelpe personen til å være i sin rytme i dialogen ved å vente på et svar eller å støtte personens initiativ
FSE 6	Hjelpe eller støtte personen til å respondere på nye personer eller situasjoner i situasjonen
FSE 7	Være oppmerksom på fysisk kontakt
FSE 8	Lede på en positiv måte for å bringe personen til det neste trinn i aktiviteten (f.eks. ADL)

Tekstboks 2

Uhensiktsmessig kommunikasjon

UK 1	Informasjon er unøyaktig, unødvendig eller overflødig i situasjonen sett i forhold til beboers kognitive funksjon
UK 2	Minne-utfordring gitt til beboer, blir f.eks spurt om ting som hun åpenbart ikke kan huske
UK 3	Pleier gjennomføre ADL som beboer selv er i stand til å gjøre
UK 4	Pleier gir beskjed i en kommanderende tone
UK 5	Pleier gir beboeren flere instruksjoner eller utfører flere aktiviteter samtidig
UK 6	Pleier er uoppmerksom eller ignorerer signaler fra beboer
UK 7	Takt og rytme er ikke tilpasset beboer
UK 8	Potensielt nedverdiggende kommentar fra pleier
UK 9	Irrelevant prat (pleier snakker om noe som ikke er relevant i sammenheng)
UK 10	Beboer uttrykker smerte, ubehag, sinne, tristhet uten å få «svar» fra pleier

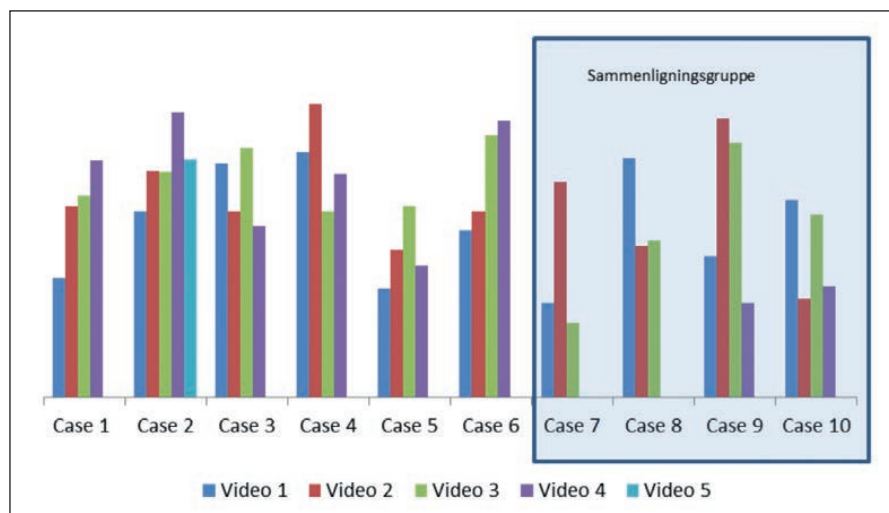
stod av pleier(e) og beboer en gang før MMV og tre–fire ganger etter veiledningen. Seks par var fra intervensjonsgruppen og fire par fra sammenlikningsgruppen. Beboerne var alle kvinner mellom 71 og 89 år og hadde moderat til alvorlig grad av demens. Pleierne hadde arbeidet i demensomsorg fra tre–30 år. Seks var sykepleiere, syv hjelpepleiere/helsefagarbeidere. I studien ble det totalt inkludert fem timer og tyve minutter med videoopptak.

I delstudie 2 (11) og 3 (12) besto utvalget av helsepersonell (fem sykepleiere og syv helsefagarbeidere i individuelle intervju og to assistenter, 15 helsefagarbeidere og seks sykepleiere i fokusgruppeintervju). Alle disse hadde vært med på MMV, noen ved å bli filmet og deretter fått veiledning, andre bare

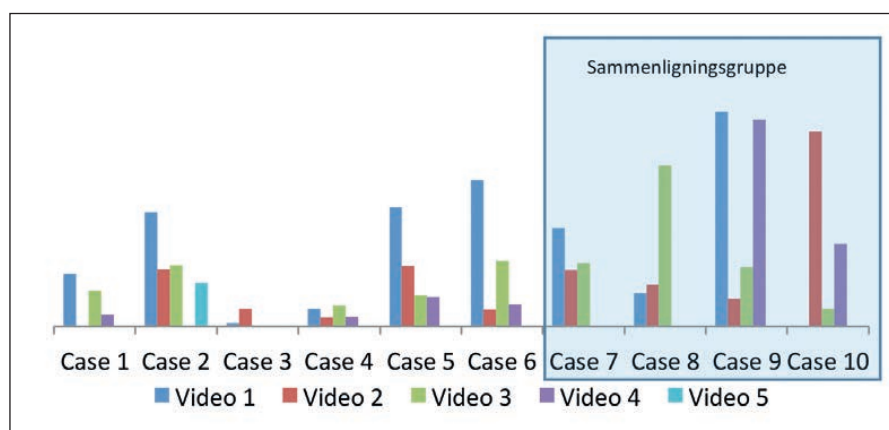
vært med på veiledningen der de fikk veiledning med bakgrunn i filmen som beboer i enheten og en kollega var med på. All veiledning foregikk i gruppe.

Analyse

I delstudie 1 er det gjennomført en videoanalyse med en kvalitativ hermeneutisk metodikk og med utgangspunkt i funksjonsstøttende element (FSE). Denne analysen ble gjennomført av hele forskningsgruppen der en kom til en enighet om hva som kunne betegnes som FSE og markert for hver film (markert i videotranskripsjoner og direkte i videoene gjennom bruk av dataprogrammet Nvivo). Dette ga et bilde av kvaliteten i samspillet i videoene innhentet før og etter MMV. Etter at FSE var markert var det fortsatt områder i



Figur 1. Nivå av Funksjonsstøttende element (FSE) i videoopptakene av pleier og beboer i samhandling



Figur 2. Nivå av uhensiktsmessig kommunikasjon (UK) i videoopptak av pleier og beboer i samspill

videofilmene som inneholdt betydningsfulle «element» og som ikke kom inn under kategorien FSE. Dette ble kalt uhensiktsmessig kommunikasjon og ble kodet i ti forskjellige kategorier (se tekstboks 2). Slik ble det gjort en ny analyse der en hadde fokus på hva som kjennetegnet samspill som var uhensiktsmessig. Til slutt ble data fra begge analyser stilt sammen for sammenlikning og kontrastering.

En kvalitativ innholdsanalyse ble gjennomført for studie 2. Den transkriberte teksten ble lest i sin sammenheng for å få en helhetsforståelse. Deretter ble teksten inndelt i meningsenheter og deretter organisert i tema og undertema. En fant i første rekke ut at pleiernes erfaringer med MMV var nært knyttet til læring. Dette ga grunnlag for å få frem

flere nyanser knyttet til læring. Derfor ble det gjennomført en ny analyse med nye spørsmål til teksten om hva personalet hadde lært ved å sammenstille og kontrastere alle meningsenheter relatert til læring. Denne analysen fikk frem nye tema og et mer konkret læringsutbytte av MMV med to hovedkategorier og undertema.

I studie 3 er det også gjennomført en kvalitativ innholdsanalyse. Her ble teksten kodet ut fra spørsmål om hva som fremmet eller hindret nytten av MMV. En fant at fokusgruppeintervjuene og de individuelle intervjuene hadde et stort samsvar, men at det var tydelige variasjoner mellom de ulike enhetene som hadde fått MMV. Dataene ble derfor kodet først innen hver enhet for å kunne få frem separate erfaringer fra hver enhet.

Den manifeste innholdsanalysen la grunnlag for sammenstilling og kontrastering av undertema på tvers av enhetene og ved å stille spørsmål til teksten «Hva handler dette egentlig om?» kunne et latent hovedtema og tre underkategorier beskrives.

Resultat

Delstudie 1

Funn kunne deles i tre hovedgrupper: en gruppe (case 2 og 3) hadde stabil andel av FSE både før og etter veiledningen. Kvaliteten på samspillet var i utgangspunktet god og fortsatte og være det i de neste filmene som ble tatt opp etter MMV. En gruppe (case 1, 4, 5 og 6) hadde moderat økning i FSE da FSE kunne defineres i flere situasjoner etter veiledningen enn i første film. I sammenlikningsgruppen (Case 7, 8, 9 og 10) var det større variasjoner. Noen filmer var preget av godt samspill og slik stor grad av FSE, og noen filmer hadde en mindre andel av FSE. Se figur 1.

Når en kodet uhensiktsmessig kommunikasjon (UK) kom et liknende mønster frem. En gruppe hadde nesten ikke noe som kunne kalles uhensiktsmessig kommunikasjon (case 2 og 3), en gruppe hadde nedgang (case 1, 2, 5 og 6) mens det i den siste gruppen (sammenlikningsgruppen) igjen var store variasjoner.

Gruppen som hadde fått MMV så ut til å anvende FSE i noe større grad enn sammenlikningsgruppen og de utførte i mindre grad samspill som kunne kategoriseres som uhensiktsmessig kommunikasjon (UK). Se figur 2.

Delstudie 2

Ny kunnskap om beboer

Ny bevissthet om beboers intensjon og kompetanse

I individuelle intervju og fokusgruppeintervju fortalte personalet at de gjennom MMV fikk et nytt og bedre kjennskap til beboer. Ansiktsuttrykk i videofilmene tydeliggjorde beboers uttrykk og var med på å endret pleiernes oppfatning av beboeren. De kunne se om beboer hadde forstått hva som skulle skje og om hun viste forståelse for det som ble sagt. Følelsesmessige uttrykk som glede eller utrygghet og forvirring ble tydelige. Pleiere erfarte at beboer

hadde større kompetanse enn de ofte var klar over og en av dem uttalte: «Uventa at pasienten skal reagere slik, helt uventet at hun blir så rolig og snakker fornøyt og slik». Pleierne erfarte at når de var oppmerksomme på beboers ofte litt skjulte initiativ og gav dem mulighet til å ta valg, så kunne de se at evnen til å ta valg fortsatt var til stede. Beboerne var fortsatt personer med muligheter og intensjoner, og det var en grunn til at de handlet som de gjorde. Denne forståelsen er illustrert i følgende eksempel, transkribert fra en videoscene.

Beboer Kora og pleier Liz er på Koras rom. Liz åpner døra til garderobeskapet men Kora står med ryggen til Liz. Liz spør: «Hva vil du ha på deg Kora?» K: «Ja her er mye fint». L: Kora ser inn i skapet og gnir seg i hendene. Liz står stille (venter) og ser sammen med henne inn i skapet mens hun sier: «Er det bukse eller skjørt?» Kora løfter armen sin opp til øret og klør seg litt mens hun sier stille: «det er mye fine ting her». Liz bekrefter dette og sier «ja, det er det». Kora løfter hendene sine opp mot ansiktet (håndbevegelsen gir inntrykk av litt usikkerhet) og retter deretter litt på trøya si. Hun ser fortsatt inn i garderobeskapet. Liz ser direkte på Kora og Kora ser tilbake. L: «Vil du ha på bukse». Kora ser på Liz og sier «ja». Liz fortsetter «i tilfelle du skal ut eller noe... bukser er fint». Kora tar selv et initiativ, går nærmere skapet, strekker ut hånda for å få tak i en genser og sier «Å, her, den var fin» Liz går litt tilbake for å gi plass til Kora mens hun ser på at Kora tar tak i genseren. Kora trekker seg litt tilbake. Liz: «bare ta den». Kora tar genseren ut av skapet og bretter den ut. Liz: «Kjempefin farge til deg». Kora holder den røde genseren mot brystet og sier: «Da tar jeg den også» Liz ser på henne sier «Ja, ja». Liz lukker døra til garderobeskapet og de går mot badet.

Liz startet dialogen omkring påkledning med et åpent spørsmål: «Hva vil du ha på deg?» Hun får ikke noe svar på dette så hun spesifiserer spørsmålet og spør om hun vil ha bukse eller skjørt. Det kan se ut til at også dette spørsmålet var vanskelig å forstå så spørsmålet avgrensnes ytterligere til «vil du ha bukse?» Da kommer svaret «Ja». Videre er det Kora som tar initiativet til å finne et

klesplagg, hun oppdager en fin genser. Hun blir usikker og vil trekke seg fra dette valget, men holder fast på beslutningen når pleier bekrefter at dette var et godt valg. Gjennom MMV blir beboers kompetanse tydelig. Alle pleierne som fikk veiledning ble på denne måten klar over Koras evne til gjøre sine egne valg. De så at om hun fikk nok tid og hjelp til å velge, noe hun fikk gjennom tilpassede spørsmål og guiding, kunne hun fortsatt mestre å gjøre egne valg.

Skjør kompetanse

Gjennom video og veiledningen oppdaget personalet også hvor skjør denne kompetansen var. En av pleierne uttalte i intervjuet: «bare det at jeg strekte meg etter vaskekluten var nok til at hun mistet fokus på det hun holdt på med». I en liknende situasjon forteller pleier at beboer sluttet å pusse tennene da pleier snudde seg bort fra beboer. «Det var ingen der som småsnakket og ga en hjelpende hånd. Hun stoppet med handlingen da jeg snudde meg bort. Dette hadde vi ikke lagt merke til uten at det ble filmet.»

Ny kunnskap om seg selv som pleier

Da pleierne så beboernes kompetanse i samspill, så deres evne til å forstå og å være i en dialog oppdaget de også hvor viktig deres egen rolle i situasjonen var. De oppdaget at måten de var til stede sammen med beboer på påvirket beboers mestring i situasjonen. På denne måten oppdaget de også hvor betydningsfulle de var, og en av pleierne uttalte i intervju: «Nå ser jeg på en helt annen måte hvor betydningsfulle vi er i beboers liv».

Kunnskap om kommunikasjon og samspillsferdigheter

Gjennom stillbilde og sakte film kunne pleierne se og reflektere over hvordan små elementer i spillet påvirket situasjonen. Selv om de hadde kunnskap om hvordan de skulle legge til rette for kommunikasjon med personer med demens, ble betydningen av dem – og hvor viktig dette var tydelig for dem gjennom MMV. Følgende sitat kom frem i ett av fokusgruppeintervjuene: «Du tenker ikke på hvor viktig øyekontakt er når du er i situasjonen, vet du – men når

du ser dette på video, da ser du at dette er en forutsetning».

De erfarte at ved å sette ord på det som skjedde, snakke om det som skulle skje i nær fremtid på en enkel og konkret måte kunne beboer skjønne situasjonen og slik inngå i samspillet og samarbeide om å kle på seg eller stå opp av senga. De oppdaget også at rytme og tid var viktig og det å ta seg «nok tid» ble et tema i samtalen mellom pleierne i ett av fokusgruppeintervjuene.

Pleierne sa at de nå hadde fått ny innsikt i å være i et samspill med personer med demens fordi de ikke bare hadde hørt eller lest om det, men de hadde sett effekten deres egen atferd hadde i situasjonen noe som hos dem hadde skapt en læring om hvordan de kunne fremme samspill med den enkelte beboer.

Delstudie 3

I delstudie 3 kom det frem at MMV påvirket av det læringsklima som er eller skapes i enheten og at dette er avgjørende for læringsnytt av MMV.

Å skape en felles forståelse for hva MMV er og hvordan det skal gjennomføres i avdeling

Funn fra intervjuene viste at det var viktig å ta hensyn til personalets bakgrunn og forutsetninger for å motta MMV. I noen avdelinger ble pleierne fort fortrolig med å bruke mikro-situasjoner (seksunder fra videofilmen) som utgangspunkt for veiledning mens det i en annen avdeling kom opp spørsmål om hva en kunne lære fra slike enkle og ubetydelige filmklipp. To sitater fra et intervju kan illustrere dette: «Det var jeg som ble filma, og vi tenkte at, herlighet – har hun trodd så lite om oss at det vi syntes var helt vanlig å gjøre var så flott og så bra, hvor ukyndig tenkte dere at vi var?». «Jeg følte meg rett og slett litt uintelligent, jeg. Hjelp meg, hva tror de om meg? Her har jeg jobbet i så mange år og så har jeg ikke greie på sånne veldig elementære ting (som øyekontakt)». I en annen avdeling kommer det frem at pleierne mente at de hadde fått akkurat det de trengte, at de filmet situasjonen hvor beboer ofte ble forvirret og sint og at de gjennom dette lærte mer om hvordan situasjonen kunne takles. Ut fra dette kan en trekke at det var viktig at

pleiere og MMT blir enige om hvilke situasjoner en ønsker at MMV skulle benyttes i.

Sikre at personalet vil delta og har mulighet til dette

I flere av enhetene var det en utfordring for pleierne å ha anledning til å være med på MMV (selve veiledningstimen cirka en og en halv time). De opplevde at arbeidshverdagen var hektisk og det kunne være vanskelig å få nok ro til å være mentalt tilstede i veiledningen. I tillegg følte de ansvar for enheten og at beboerne fikk sine behov oppfylt samtidig som det var viktig for dem at mange var til stede på veiledning samtidig.

Lederne for enhetene forholdt seg til prosjektet på litt ulike måter. Noen la til rette gjennom innleie av ekstra personell de dagene det var veiledning (alle avdelinger fikk et tilskudd fra prosjektet til dette) og filmopptak. Andre ledere overlot i større grad ansvaret til prosjektansvarlig i enheten, uten at denne hadde forutsetninger til verken å stille forventninger til sine kolleger om deltakelse, eller å kunne administrere innleie av ekstra personell. De signaliserte på den måten at dette var noe personalet måtte organisere og finne ut av på egen hånd.

Arena for diskusjon og samspill under og etter MMV

I fokusgruppeintervju kom det frem at pleierne mente at det var viktig at alle som arbeidet på avdelingen var med på MMV. Slik kunne de lettere huske tilbake til situasjoner fra veiledningen mens de utførte aktiviteter hos en beboer. De kunne for eksempel minne hverandre på «å sette ord på det som skjer» (FSE 3) og kollegaen ville umiddelbart skjønne hva som mentes. På denne måten kunne de nyoppdagede ferdighetene få feste seg i avdelingen, de utviklet et felles språk for å betegne små elementer i spillet. Pleierne i alle enheter uttrykte at de hadde hatt for liten mulighet til diskusjon etter at MMV var gjennomført, og om hvordan de kunne få ta vare på kunnskapen og ferdigheten som de nå hadde fått.

Selv pleierne på en enhet med høy deltakelse, der de rapporterte stor læringsverdi av MMV, mente at det var

vanskelig å spre denne kunnskapen videre til andre. I fokusintervju fra samme enhet er dette sitatet hentet: «Men noen ganger synes du det er ekkelt også, hvis du er sammen med en person som ikke har vært med på dette (MMV), du føler deg så belærende.. jeg kan se at vedkommende ikke gjør det som er riktig (i situasjonen) men samtidig klarer jeg ikke å si det...»

Ut fra dette kan en forstå at de mente at det kunne være ubehagelig, men også vanskelig. De mente at det å forklare andre hvor viktig verbal og non-verbal kommunikasjon er kan være vanskelig og at det derfor er nyttig å kunne se dette sammen i MMV.

Diskusjon

I delstudie 1 kom det frem at det var en positiv forandring i spillet med en økning av FSE og en reduksjon av uhenksmessig kommunikasjon i intervensjonsgruppen. Det kan synes som MMV kan gjøre pleierne mer bevisste på hva som kreves for å skape et godt samspill. Å skape tillit og trygghet er avgjørende for personer med moderat og alvorlig grad av demens fordi de har behov for konstant forsikring for å forstå og fortolke situasjonen på grunn av manglende hukommelse (13). Ved at pleierne oppdaget beboernes avhengighet av dem, ble de også mer opptatt av hvor viktige de var i beboers liv. Personer med demens kan lett oppfattes med mindre kompetanse enn de faktisk har (14, 15) og MMV kunne hjelpe pleierne til å oppdage beboers ofte noe skjulte personlighet. I videofilmene var det ofte fokus på beboers ansiktsuttrykk. Å fortolke ansiktsuttrykk fører ofte med seg et høyere nivå av empatisk forståelse (16) og en slik grundig tolkning kan hjelpe pleierne til å se situasjonen fra beboers perspektiv, noe som er helt sentralt for å kunne utføre personsentrert omsorg (17).

Handlingene som Liz viste i eksemplet om Kora i delstudie 2 kan tilsynelatende være en enkel og selvfølgelig hverdagshandling. Men om vi går nærmere etter i sømmene kan vi finne mange alternative handlingsmønstre som gjør at Kora ikke har mulighet til å gjennomføre egne valg. Dette kan være å gå for fort frem, ikke vente på svaret og be-

boers initiativ (overse initiativ) og slik miste en mulig mestringsopplevelse for beboer og pleier. Når kommunikasjonen er komplisert og kompetansen skjør er det svært lett å ignorere signal og dermed også lett krenke. Tvang og krenkelser avdekkes dessverre fortsatt i sykehjem (18). Møter med personer med demens må innebære en varhet og tilstedeværelse som noen pleiere naturlig kan ha, men som andre har stort behov for å lære. Et mulig læringsverktøy for å fremme forståelse og ferdigheter i spillet og slik også kunne redusere tvang og krenkelser kan være veiledning etter Marte Meo-metoden. Arbeid med personer med demens viser seg også å være utfordrende for personalgruppen (19), og kan forårsake «moralisk stress» (20). Å skape mestringsopplevelser hos pleierne er også svært viktig og kan være med på å forebygge stress og manglende glede over arbeidet. Ved å få frem en tydeligere forståelse for personer med demens sine behov kan dette styrke opplevelsen av mening både for beboere og pleiere.

Pleierne i delstudie 3 tydeliggjør hvilke organisatoriske forutsetninger som må være til stede for at MMV skal ha stor grad av nytteverdi i en avdeling, blant annet at pleierne opplever støtte fra ledelsen ved at de har rom og tid nok til å delta på veiledning og arenaer for diskusjon i etterkant. Det er eksempel på at MMV har blitt anvendt ved alle enheter ved sykehjem og funn fra dette svarer godt med delstudie 2. Det kom frem at personalet i større grad ble flinkere til å forstå beboers behov og personalet opplevde større tilfredsstillelse i arbeidet (21). Det kan slik være interessant også å anvende Marte Meo-veiledning i avdelinger som ikke primært er tilrettelagt for personer med demens, men som likevel har stor andel av personer med demens på avdelingen.

Konklusjon

Studien tyder på at MMV kan positivt påvirke det daglige samhandling mellom personer med demens og personalet i skjermede enheter. Sykepleierne fikk ny og endret kunnskap om beboerne og ny kunnskap om seg selv og deres betydning som pleiere.

MMV kan støtte pleierne i å utvikle økt sensitivitet og ferdigheter i samspill ved å observere beboernes uttrykk og atferd. Videre skape mer bevissthet hos pleiere om den ofte skjulte kompetanse hos personer med demens, og slik støtte beboernes verdighet og bidra til en personorientert omsorg. Pleiernes erfaring fra MMV kan tolkes som en utvikling av større tiltro til egen mestring som kan gjøre pleiere mer trygge i sin rolle i omsorgen for personer med demens.

For å få best utbytte av MMV må veiledningen gjennomføres i et læringsklima hvor det er en tydelig ledelse og hvor pleierne har en mulighet til å reflektere sammen over hva som kreves for å ivareta gode samspill. Denne studien er et bidrag som gir noe innsikt i erfaringer fra MMV og det vil være behov for ytterligere forskning som kan evaluere denne metoden brukt i demensomsorg.

Sammendrag

Marte Meo er en videoveiledningsmetode (MMV) som blir brukt i stadig større omfang i demensomsorgen i Norge og Norden for øvrig. MMV benytter video og gjennom små videoopptak med fokus på elementer i samspill og kommunikasjon som støtter mestringsevnen til personer med demens, får personalet konkret tilbakemelding på samspillet i pleiesituasjoner mellom dem og beboer. Et doktorgradsprosjekt har vært gjennomført for å vurdere om metoden kan være et nyttig redskap for å støtte samhandling mellom personer med demens og personalet i skjermede enheter for personer med demens. Data er innhentet gjennom videoopptak av samhandlingssituasjoner før og etter Marte Meo-veiledning, og gjennom intervju med personalet etter at veiledningen har vært avsluttet.

Analysen av videoopptak av samspill i pleiesituasjoner, viste at personalet som fikk MMV i noe større grad gjennomførte gode samspill, enn sammenlikningsgruppen som ikke fikk MMV.

Personalet fortalte at veiledningen hjalp dem til å bli bedre kjent med den enkelte beboer. De kunne lettere forstå beboernes uttrykk og deres evne til fortsatt å delta i samspillet. Pleierne oppdaget hvordan deres handlinger påvirket samhandlingen og de fortalte at de ble

mer opptatt av måten de var til stede for beboer på. De ble mer bevisste av å bruke nok tid, finne en rytme for samspillet sammen med beboer, ha øyekontakt og med enkle ord snakke om det som skjedde under samhandlingen.

Gjennom intervju med pleierne kom det også fram at utbyttet av MMV var avhengig av læringsklimaet på sykehjemsavdelingen. I dette inngikk behovet for en felles forståelse av MMV, personalets ønske og mulighet til å delta og mulighet for arenaer i avdelingen for diskusjon om samspill. Det var avgjørende at avdelingen hadde ledere som gjorde aktive valg for å legge til rette for å gjøre seg nytte av MMV.

■ ra@hials.no

REFERANSER

- Alnes RE. Dementia and interaction A qualitative exploratory study of Marte meo counselling for staff in dementia-specific care units. Doktoravhandling. Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo; 2014.
- Aarths M. Basic Manual. 2nd ed ed. Eindhoven: Aarts Production; 2008.
- Sørensen JB. Marte meo – Marte meo metodens teori og praksis: Systime; 2002.
- Lunde L-H, Hyldmo I. Samspill i fokus, Marte Meo metoden i arbeid med personer med demens. Aldring og livsløp. 2002;4.
- Levy-Storms L. Therapeutic communication training in long-term care institutions: Recommendations for future research Patient Education and Counseling. 2008;73(1 October):8-21.
- Hansen A, Ytrehus S. How the Marte-meo method affects the personnels' perception of coping in dementia care Sykepleien Forskning. 2011;6(1):36-43.
- Hatloy I, Alnes ER. Positivt samspel i demensomsorga. Har rettleiing med Marte Meo-metoden effekt? Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2007(11):1363-71.
- Lunde L-HM, Munch M, Skram, M. Marte Meo-praktikerutdanning i omsorgen for personer med demens. In: Rokstad AMM, editor. Bedre hverdag for personer med demens. Rapport. Tønsberg: Aldring og helse, Nasjonalt kompetansesenter; 2012.
- Dewing J. Participatory research: A method for process consent with persons who have dementia. Dementia. 2007;6(1):11-25.
- Alnes RE, Kirkevold, M, Skovdahl, K. Marte Meo Counselling : a promising tool to support positive interactions between residents with dementia and nurses in nursing homes. . Journal of Research in Nursing. 2011;16(5):415-33.
- Alnes RE, Kirkevold M, Skovdahl K. Insight gained through Marte Meo Counselling: experiences of nurses in dementia specific care units. International Journal of Older People Nursing. 2011, 6, (2); 123 - 132.
- Alnes RE, Kirkevold M, Skovdahl K. The influence of the learning climate on learning outcomes from Marte Meo counselling in dementia care. Journal of Nursing Management. 2013;21(1):130-40.
- Potkins D, Myint P, Bannister C, Tadros G, Chithramohan R, Swann A, et al. Language impairment in dementia: impact on symptoms and care needs in residential homes. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2003;18(11):1002-6.
- Moos I. Humour, irony and sarcasm in severe Alzheimer's dementia – a corrective to retrogenesis? Ageing & Society. 2011;31(2): 328-46.
- Lévinas E, Aarnes A. Den annens humanisme. Oslo: Aschehoug i samarbeid med Fondet for Thorleif Dahls kulturbibliotek og Det norske akademi for språk og litteratur; 2004.
- Rokstad AM. Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens. Oslo: Universitetsforlaget; 2014.
- Hofmann H, Hahn S. Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. Journal of Clinical Nursing. 2014;23(21/22): 3012-24.
- Miyamoto Y, Tachimori, H, & Ito, H Formal Caregiver Burden in Dementia: Impact of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and Activities of Daily Living', Geriatric Nursing, 2010;31(4):246-53.
- Edberg AK, Bird M, Richards DA, Woods R, Keeley P, Davis-Quarrell V. Strain in nursing care of people with dementia: Nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. Aging & Mental Health. 2008; 12(2):236-43.
- Horsted C, Gudex C, Bakke L. Undersøgelse af Marte Meo-metoden på Lindegården – En metode til at fremme de kommunikative kompetencer hos plejepersonalet. Odense: CAST – Center for Anvendt Sundheds-tjenesteforskning og Teknologivurdering, Syddansk Universitet og Aktivitet & Pleje, Herning Kommune 2007.

Bente Wallander (tekst)

Appetitt på livet

At måltidene for mange sykehjemsbeboere er dagens viktigste holdepunkt innebærer ikke at de alltid er et høydepunkt. Med rapporten *Appetitt på livet* retter Forbrukerrådet og Kost- og ernæringsforbundet søkelyset på mat og måltider til eldre på sykehjem.



TEMA I TIDEN: *Forbrukerrådet har i samarbeid med Kost- og ernæringsforbundet gitt ut rapporten Appetitt på livet.*

«Vi ser stadig at Norge henter hjem verdensmesterskap i kokkekunst. Hver dag ser vi eksempler på gode måltidsøyeblikk i mediene. Derfor er det paradoksalt at norske restauranter serverer norsk mat av friske lokale råvarer, mens vi til de eldre serverer måltider som ikke er tilpasset beboernes ønsker og behov. Vi kan stille oss spørsmålet: Hvordan vil vi selv ha det når vi bli gamle? Skal god mat med friske råvarer forbeholdes de raske og rørlige?» Slik innleder Forbrukerrådets direktør Randi Flesland i rapporten *Appetitt på livet*.

Brukeren i sentrum

«Et godt mattilbud har brukeren i sentrum», fastslår Randi Flesland.

En tidligere undersøkelse i Helse- og omsorgsdepartementets regi (2009) viste at inntil 60 prosent av eldre brukere av kommunenes tjenester er underernærte eller i en ernæringsmessig risikosone. Utgiverne av *Appetitt på livet* viser til debatten om offentlige måltider, underernæring og manglende verdighet i eldreomsorgen, som for tiden føres i Danmark. København fikk i 2012, som første danske kommune sin egen mat- og måltidspolitikk.

«Det har gitt positive resultater for byens eldre på institusjon», slår Flesland fast.

Et samfunnsproblem

Forbrukerrådet og Kost- og ernæringsforbundet oppfordrer derfor alle norske kommuner til å lage sin egen mat- og måltidspolitikk.

«Sviktende matomsorg til eldre er samfunnsproblem. Vi vil vise til tall, fakta og de dokumenterte utfordringene, men også løfte frem de gode eksemplene. Det finnes kommuner og sykehjem som har tatt grep for å gi de eldre et mattilbud av høy kvalitet. Det finnes enkeltpersoner som brenner for å styrke kvaliteten og verdigheten i eldreomsorgen gjennom et bedre mattilbud. Vårt mål er å inspirere og vise at det er mulig, men også å sette frem noen krav til politikerne som sitter med det overordnede ansvaret. Eldre har rett til et mat- og måltidstilbud som opprettholder livskvaliteten og gir appetitt på livet. Til sjuende og

sist er dette noe som angår oss alle», skriver Randi Flesland.

På film og tv

Utgiverne har i anledning utgivelsen besøkt flere sykehjem og omsorgssentre som har tatt fatt i utfordringene. En rapport fra besøkene viser at små grep kan gi store forbedringer i matomsorgen.

Åfjord helsesenter, Ørnes sykehjem og Smidsrød Helsehus er blant sykehjemmene som nevnes som gode eksempler når det gjelder å tilby vel-smakende og næringsrik mat, og samtidig skape fellesskap og gode måltidsopplevelser.

I anledning valgkampen stilte utgiverne syv konkrete krav til kommunene: Forbrukerrådet og Kost- og ernæringsforbundet krever at:

- ♦ Alle kommuner skal ha en mat- og måltidspolitikk som gir våre eldre appetitt på livet.
- ♦ Alle mottakere av pleie- og omsorgstjenester må sikres et trygt, vel-smakende og ernæringsmessig godt mattilbud.
- ♦ Det må legges vekt på å skape trivelige rammer rundt måltidene med fokus på sosialt fellesskap.
- ♦ Det må legges til rette for individuelle ønsker og behov, innflytelse på matvalg og involvering av pårørende.
- ♦ Det må gjennomføres regelmessige bruker- og pårørendeundersøkelser.
- ♦ Viktigheten av det gode måltid må forankres hos ledelsen på sykehjemmet og i kommunen.
- ♦ Alle ansatte må ha god forståelse av betydningen av god matomsorg for eldres helse og livskvalitet, og de må ha kompetanse på oppgavene som skal utføres.



Eva Gjengedal, professor i sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen og Høgskolen i Molde
 Torill Skrondal, spesialsykepleier og førstelektor, Høgskolen i Molde
 May-Britt Storjord, spesialsykepleier og Marte Meo supervisor, Alderspsykiatrisk seksjon Molde sykehus
 Else Lykkeslet, førsteamanuensis i helsefag, Høgskolen i Molde (prosjektleder)

Hjelpekunst: Å møte den andre der han er

Hvordan møte en person med demens der han er? Det kan være en stor kunst å finne det stedet.

Det krever ofte både genuin interesse og lang erfaring.

I denne artikkelen vil vi gi noen eksempler fra en studie der vi observerte samhandling mellom pleiere og personer med demens.

Eksempelene viser frem noe av denne kunsten.

Introduksjon

«Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted, må man først passe på å finne ham der hvor han er og begynne der. Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst» (1).

Dette er et velbrukt sitat i litteratur som omhandler omsorgsarbeid. Sitatet kan fort bli et munnehell, om det ikke fylles med konkret innhold.

I denne artikkelen vil vi dvele ved hva hjelpekunst konkret kan bety innenfor demensomsorgen. Vi vil løfte frem og diskutere noen situasjoner som kan anskueliggjøre hvordan denne kunsten kan omsettes i handling. I utgangspunktet er en profesjonell hjelperelasjon asymmetrisk i kraft av at hjelperen er den som innehar definisjonsmakten. Demenssykdom fører til kognitive, atferdsmessige og etter hvert også motoriske endringer hos pasienten (2). Dette

gir den profesjonelle hjelperen et særlig ansvar for å ikke misbruke makt. Hjelpekunst er et uttrykk for praktisk klokskap der hjelperen søker å forstå den andre ved å holde egne teorier, tolkninger og forutinntatte holdninger tilbake. En må forsøke å møte den andre med åpenhet og respekt og akseptere at man ikke fullt ut kan forstå den andres uttrykk (3).

Artikkelen bygger på feltnotater fra et prosjekt gjennomført ved to sykehjemsavdelinger i to kommuner. Den overordnede hensikten var å undersøke om ulike metoder kan bidra til å bedre kommunikasjon og samhandling mellom personer med demens og pleiepersonell. Vi fokuserte på to tilnærminger; Marte Meo veiledning (4) på den ene og sansestimuleringsmetoder (5) på den andre avdelingen. Studien ble gjennomført som et aksjonsforskningsprosjekt inndelt i tre faser; to observasjonsfaser, før og etter en intervensjon og en intervensjonsfase. Intervensjonen besto av undervisning, praktisk veiledning og refleksjonsgrupper. Forskningsmetodene var deltakende observasjon av samhandling mellom pasienter og helsepersonell og fokusgruppeintervju med helsepersonell. I observasjonsfasene ble det skrevet feltnotater basert på samhandlingssituasjoner mellom pasient og pleier. I denne artikkelen, der praktisk kunnskap har forrang i forhold til teori, vil vi løfte frem situasjoner der vi oppfattet at pleierne utviste stor grad av relasjonsforståelse. Situasjonene viser hvordan praktisk klokskap kan komme til uttrykk i dagligdags samhandling innen demensomsorgen. Vi vil gi tre eksempler som illustrerer de nevnte dimensjonene ved

hjelpekunst overfor personer med demens: Gripe mening, bygge tillit og skape muligheter.

Å gripe meningen i det tilsynelatende meningsløse

Emilie er en dame på 85 år som har vært aktiv både som husmor og yrkeskvinne gjennom et langt liv. Hun har bodd i sykehjemmet i flere år og har en relativt langt fremskreden demens, Emilie har alltid vært selvstendig og var tidligere vant til å mestre hverdagen.

«Luftstriking»

Det er ettermiddag og rolig i avdelingen, de fleste beboerne sitter i dagligstuen. Emilie er travelt opptatt med å «strikke» uten garn og pinner. Ved å følge fingerbevegelsene hennes ser en likevel tydelig at hun strikker. Etter en stund oppstår det noen problemer med strikkingen, og det er åpenbart at Emilie strever med å få nøstet opp garnet. En pleier oppfatter situasjonen og går bort til henne og spør om hun vil ha hjelp. Emilie svarer med å si at hun ikke vet hva hun skal gjøre, for garnet er så tynt. Pleieren foreslår forsiktig at hun kan legge bort strikkesøyet, og hun tilbyr seg å ta vare på det. Deretter tar hun luftstrikketøyet forsiktig ut av hendene til Emilie og legger det bort, noe Emilie synes å være fornøyd med. Hun spør ikke mer etter strikkesøyet, men lener seg tilbake i stolen og ser ut til å slappe av.

Eksemplet illustrerer hvor viktig det er å gripe meningsinnholdet i pasientens atferd. I dette tilfellet ser pleieren umiddelbart at Emilie strikker, og at hun strever. Her var det rimelig enkelt å

tolke situasjonen, det var opplagt at Emilie strikket. I andre tilfeller kan det være mer komplisert å forstå personens atferd.

Grunnholdningen i all hjelpekunst er at atferd uttrykker mening. Hjelperens utfordring blir følgelig å bestrebe seg på å forstå meningen med en atferd, noe som krever både åpenhet og ydmykhet. Egen virkelighetsforståelse må noen ganger settes til side for å kunne møte den andre der han er.

Å bygge tillit ved hjelp av berøring

Dina er en dame i 90-årene som kommer fra sykehjemmets nærmiljø. Hun er svært musikalsk og har tidligere vært aktiv i sangkor. Hun har bodd på sykehjemmet i mange år og har kommet langt i sin demenssykdom. Dina har lite verbalspråk og store utfordringer på alle kognitive områder. Gangen er ustø, hun kan i liten grad ta seg frem på egen hånd og trenger mye hjelp og tilrettelegging. Dina reagerer positivt på taktile stimuli som håndtrykk og kjærtegn. Hun er normalt smilende og virker tilfreds, men kan som eksempelet viser også vise irritasjon i enkelte situasjoner.

«Med øynene lukket»

Det er tidlig morgen, og pleieren skal hjelpe Dina med morgenstellet. Dina ligger forkjært i sengen med lukkede øyne. Pleieren sier navnet hennes og forteller at hun skal hjelpe henne opp. Etter litt strev og ynking kommer Dina seg opp på sengekanten. Hun har fortsatt øynene lukket. Pleieren sier med vennlig stemme at hun vil følge henne ut på badet. Dina er synlig irritabel og slår etter henne. Pleieren svarer med å ta begge hendene hennes varsomt i sine. Hun hjelper Dina, som fortsatt har øynene igjen, til å sette seg på toalettet. Etter at hun er ferdig på toalettet spør pleieren om Dina vil vaske ansiktet selv, men får ingen respons. Pleieren sier da at hun kan gjøre det og vasker ansiktet til Dina forsiktig. Etter dette åpner Dina øynene og smiler. Resten av morgenstellet går greit og humøret til Dina har åpenbart snudd. Hun smiler, prater litt uforståelig og nynner. Pleieren hjelper henne deretter frem til vasken, kammer håret hennes, og pynter henne med et

lilla skjerf. Dina speiler seg og virker fornøyd.

Dette eksempelet viser en situasjon der forståelse av mening er mer krevende enn i det forrige. Det kan være flere mulige tolkninger av at Dina har øynene lukket. Selv om pleieren ikke griper situasjonen umiddelbart, opptrer hun varsomt og respektfullt overfor Dina. Også når pasienten er tydelig irritert og slår etter henne, utviser pleieren varmsomhet ved fortsatt å være nær. Relasjonen kunne raskt ha utviklet seg negativt om pleieren ikke hadde utvist tålmodighet, forsøkt å lese Dinas kroppsspråk og kommunisert varsomt via berøring. Selv om vi ikke med sikkerhet kan vite hva Dina følte, er det nærliggende å anta at pleieren ved sin tilnærming maktet å bygge tillit. Pleieren som kjente Dina og sykdommen hennes, kan ha handlet utfra en antakelse om at irritasjonen var et uttrykk for en generell utrygghet som konsekvens av sykdommen.

Hjelperelasjoner kan vanskelig etableres uavhengig av tillit. Når meningen i pasientens uttrykk ikke er åpenbar blir det viktig at hjelperen bruker tid og tålmodighet. Når pasientens evne til verbal kommunikasjon i tillegg er svekket, øker kravet til å kommunisere på andre måter, som for eksempel ved berøring.

Å skape mulighet for fellesskap

Etter kaffeservering på ettermiddagen tar pleierne ofte initiativ til ulike aktiviteter som sangstunder, bruk av ordtakskort, opplesning og samtaler rundt ulike temaer. Det kan tidvis være vanskelig å få pasientene til delta i aktivitetene. Derfor er ettermiddagene ofte preget av taushet, og flere av pasientene ser ut som om de sitter og sover.

«Seterliv i gamle dager»

Pleierne serverer ettermiddagskaffe og kaker til pasientene som sitter i stua. Det er taust, ingen samtale eller annen aktivitet. Etter kaffeserveringen setter en av pleierne seg sammen med pasientene, som hun kjenner godt. Hun henvender seg til Hanne og trekker frem hendelser fra hennes liv. Hanne lyser opp og nikker gjenkjennende. Pleieren involverer flere av pasientene ved å henvende seg direkte til hver enkelt. Etter

hvert utvikler det seg til en samtale om seterliv i gamle dager. Pasientene sitter så nær hverandre at de kan kommentere hverandres historier. De virker fortrolig med navn på seterstøler som nevnes og viser gjenkjennelse når det snakkes om livet på setra med kyr, melking og ysting. Pleieren skaper fellesskap ved å knytte historiene sammen. Tausheten er nå forvandlet til en ivrig samtale mellom pleieren og pasientene.

Eksemplet illustrerer hvordan fellesskap kan skapes ved å velge et samtaletema der alle har noe å bidra med. Den gode samtalen ville vært umulig uten at pleieren først dvelte ved den enkeltes livshistorie og maktet å gjøre den gjenkjennelig og relevant. Pleieren hadde her helt klart en fordel ved at hun var fra samme bygd som flere av pasientene og hadde slik kjennskap til deres tidligere liv.

Trygghet er alltid en forutsetning for fellesskapsfølelse. For personer med demens kan tryggheten noen ganger være truet på grunn av fragmenterte minner. Det å få hjelp til å få sammenheng i minner kan bidra til å styrke opplevelsen av egen identitet, noe som er viktig for å være trygg sammen med andre.

Avsluttende refleksjoner

Samtlige eksempler viser hvordan pleierne maktet å bevege pasienten/e fra én tilstand til en annen. Pleieren hjalp Emilie ut av frustrasjonen med et vanskelig strikketøy, slik at hun kunne slappe av. Dina fikk hjelp til å komme ut av isolasjonen, slik at irritasjonen slapp taket og hun virket fornøyd. I det siste eksempelet ser vi hvordan tausheten ble avløst av engasjert samtale og fellesskap.

Forutsetningen for å kunne igangsette en slik bevegelse er å finne den andre der han er, slik eksemplene viser. Dette kan være særlig utfordrende for hjelpere som arbeider innenfor demensomsorgen fordi pasient og hjelper kan ha ulik forståelse av situasjonen. Meningen i pasientens uttrykk kan være skjult for hjelperen som da må utvise tålmodighet og fastholde troen på at mening finnes. Faglig kunnskap er nødvendig men ikke tilstrekkelig for å kunne hjelpe. Dersom faglige vurderinger ikke tar utgangspunkt i pasientens

situasjon, kan handlingen bli feilslått. Det hjelper lite om man forstår mer enn den andre hvis man i utgangspunktet ikke viser ydmykhet og tålmodighet i sin søken etter å forstå den andre. Dette er, ifølge Kierkegård, hemmeligheten i all hjelpekunst.

■ else.lykkeslet@hiMolde.no

REFERANSER

1. Kierkegaard S, Drachmann, A B, Heiberg J L, & Lange, H O. Samlede Verker: Bind 18.s. 90. København: Gyldendal 1901.
2. Engedal K & Haugen P K. Demens, fakta og utfordringer. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse 2009.
3. Pettersen, K. An Exploration into the Concept and Phenomenon of Shame within the Context of Child Sexual Abuse: An Existential-Dialogical Perspective of Social Work within the Settings of a Norwegian Incest Centre. Doktoravhandling, Trondheim: NTNU, 2009.
4. Lykkeslet E, Gjengedal E, Skrondal, T & Storjord M-B. «On one's own strength» Health care providers' experience of introducing Marte Meo Counselling in dementia care. International Journal of Older People Nursing 2015. Article first published online: 2015. Jul. 29. doi: 10.1111/opn. 12085.
5. Lykkeslet E, Gjengedal E, Skrondal T & Storjord M-B. Sensory Stimulation – A way of creating mutual relations in dementia care. International Journal of Qualitative Studies on Health and well-being. 2014. Jul 8-9:23888. doi: 10.3402/qhw.v9.23888.



MILEPÆL: ABC-deltakerne i Aurskog-Høland kommune ble invitert til sommersamling med servering av lunsj, kake og t-skjorter. I front Kjersti Ringstad, som er hjelpepleier på Aurskog sykehjem ble ABC-deltaker nummer 20 000.

Bente Wallander (tekst og foto)

Satte pris på deltaker nr. 20 000

Kjersti Ringstad ble i sommer registrert som ABC-modellens deltaker nummer 20 000. Hun og de andre deltakerne fra Aurskog-Høland kommune fikk i juni lunsj, kake og nye, knallrosa t-skjorter.

Det var ABC-modellens utviklere Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse som inviterte til en markering på Aur Gjestegård for ABC-deltakere i Aurskog-Høland.

Kommunens demenskoordinator Gunn Lisbeth Syversen innledet med å fortelle hvor stor motivasjon det allerede hadde gitt deltakerne å samles for å ta ny lærdom tilbake i praksis.

– Bare på de tre månedene som er gått siden oppstart, ser vi at vi har veldig stort utbytte av opplæringen, sa hun.

Godt forankret

Gunn Lisbeth Syversen fikk selv mye av æren for at kommunen nå, som den 403.

på landsbasis, har startet med ABC-modellen.

– Vi vet at Aurskog-Høland lenge har ønsket å komme i gang, men det var først med ansettelsen av demenskoordinator at planene ble iverksatt. Vi har notert oss at satsingen også er forankret i ledelsen. Det er svært positivt, da det er et av suksesskriteriene for ABC-modellen, sa prosjektmedarbeider i Aldring og helse ABC-satsing, Gry Hole.

Med Aurskog-Hølands deltakelse er ABC-modellen nå tatt i bruk av alle kommuner i Akershus.

Betty Sandvik Døble, ABC prosjektkoordinator (tekst)

Aldring og helses ABC-opplæring

ABC-opplæringen er en satsing på kompetanseutvikling innen aktuelle fagområder i de kommunale helse- og omsorgstjenester. Modellen baserer seg på tverrfaglig sammensatte studiegrupper med seks til åtte medarbeidere fra flere deler av virksomhetene.

Modellen oppstod på 1990-tallet og ble utformet for å gi økt kunnskap om alderspsykiatriske lidelser til helsepersonell i kommunene. Gjennom årene er modellen tilført mere studiemateriale innen nye fagområder som geriatri, demens og funksjonshemming og aldring. I 2016 kommer nytt studiemateriale innen fagområdet for personer med utviklingshemning.

Kunnskapsutvikling

Det er gjort flere utprøvningsprosjekt med gjennomføring av modellen, som har høstet erfaringer fra deltakere, avdelingsledere og undervisningsmiljøer (Solheim 2001) (Fossli, Døble og Kirkevold, 2011). En viktig erfaring er lederens rolle, og behovet de også har for å oppdatere seg faglig. En gruppe av ledere (Solheim 2008) sier at de ønsker egen ABC-gruppe for å få ny teori innen fagområdene. Tilbakemeldinger fra gjennomføringen av Demensplan 2015 viser at ABC-opplæringen dekker et behov for kunnskapsutvikling hos personellet i avdelingene (Fossli, Døble og Kirkevold 2011). Også her tydeliggjøres behovet for å involvere lederne i kunnskapsutviklingen. Både deltakere og ledere etterspør en mulighet for felles kunnskapsutvikling, for å endre utøvende praksis.

Engasjement og deltakelse

Enkelte kommuner involverer ledere på flere nivåer i opplæringen. Det bidrar til opplevelse av fellesskap om fagutvikling og kvalitet som er motiverende for deltakerne. Ledere som setter av tid til å bli med på undervisningen i seminardagene gir en viktig støtte til medarbeiderne.

Når rådmannen ønsker velkommen på oppstartseminaret, opplever deltakerne seg viktige og ledernes engasjement blir sett. Når kommunenes ABC-kontakt, fagutviklere og demenskoordinator følger opp gruppene planmessig på fagseminarene og med samtaler og faglig veiledning, vil deltakerne oppleve støtte og involvering i felles fagutvikling.

Over hele landet er opplæringen gjennomført i tråd med disse beskrivelsene, men enkelte kommuner har fokusert dette sterkere. Derfor har deltakernes og ledernes engasjement og deltakelse i refleksjonsarbeidet bidratt til ulik effekt mellom avdelinger.

Modell i utvikling

I 2016 prøver vi ut en modell som involverer avdelingslederne i forkant av fagutviklingen. ABC-opplæringen ved Aldring og helse, inkludert «Bli helsefagarbeider» – med ABC til fagbrev» (Kompetanseløftet 2015), har inngått i et samarbeidsprosjekt med ledere og deltakere fra Hemne kommune og Kystressurs Fosen, Sør-Trøndelag fylkeskommune.

Diskusjon og refleksjon

Før videreføring av ABC-opplæringen starter i kommunene, opprettes en egen gruppe hvor avdelingsledere og utpekte ABC-gruppeledere gjennomgår fagteorien i den nye permen ABC Aldring og omsorg i løpet av fire samlinger. Også faglærer fra videregående skole med ansvar for praksisoppfølgingen og veiledning av studenter, vil delta på lik linje i gruppen. Målet er å gi rom for faglige diskusjoner og refleksjon, slik at medarbeiderne kan oppleve samhandling om fagutvikling og læring i praksis. Således får gruppeveilederne hjelp til å utvikle en modell for veiledning som bidrar til gode gruppeprosesser i de ordinære ABC-gruppene. Viktige fokus er kulturkunnskap, forståelse og refleksjon om teorien og fagbegrepene som presenteres i ABC-heftene.

ABC: Opplæringsmodell i medvind.





Trim for kropp og sjel

GOD OPPSLUTNING: – *Tirsdagsturene er et lavterskeltilbud for 20-30 deltakere.*

Anne-Pernille Rudi og hennes medhjelpere har med turtilbudet

«I tjukkasgjengens fotspor» etablert et aktivt og sosialt tirsdagstreff for hjemmeboende personer med demens og deres ledsagere.

Tirsdagsturene er et lavterskeltilbud til deltakere fra Moss og omkringliggende kommuner.

– Vi henvendte oss først til hjemmeboende personer med demens og deres pårørende eller ledsager, opplyser demenskoordinator i Moss, Anne-Pernille Rudi.

I ettertid har man sett behovet for å utvide tilbudet.

– Pårørende der den demensrammede er kommet på institusjon setter pris på dette fellesskapet. Invitert blir også deltakere fra distriktets dagaktivitetstilbud for personer med demens samt

enker og enkemenn. Vi erfarer at den lave terskelen fungerer. Her blir gjerne de med som ikke har lyst til å bli med på dagaktivitetssenteret.

Lam på menyen

Turtilbudet «I tjukkasgjengens fotspor» innebærer mange fellesopplevelser. På denne gråkalde tirsdagen i april står det lam på menyen.

Hilde Reier er selv pårørende til en person med demens. Nå ønsker hun hele gjengen velkommen til et vårbesøk på Reier gård. Her spretter et hundretalls



SOSIALT PÅFYLL: – *Kafébesøkene er en del av turen. De gir oss sosialt påfyll. De ansatte holder av bord til oss, slik at vi kan få kost oss med Albys berømte kringle, forteller Anne-Pernille Rudi.*



FØRSTE TUR: Martha og Bjarne Snekkervik er med på tirsdagsturen for første gang, men synes at «I tjukkasgjengens fotspor» er et godt tiltak.

Tormod Ugelstad (tekst)
Martin Lundsvoll (foto)

nyfødte lam rundt i innhegningene. Synet av de små svarte og hvite ullbuntene sprer glede, både hos deltakere og tilskuere. Gyda er en av dem som storkoser seg. Før sykdommen rammet hadde hun flere egne kjæledyr.

– Det er stort å få komme så tett inn på de små lammene, sier hun.

Frivillige hjelpere

Med på de ukentlige turene er 20-30 personer. De møtes på samme sted hver gang, tiltaket er uforpliktende og det kreves ingen påmelding. Arrangørgruppen består av både fagfolk og frivillige. Ved behov kan det også gis tilbud om transport.

Tiltaket ble startet i 2014, som et prosjekt med støtte fra Fylkesmannen og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmebaserte tjenester i Østfold («frie midler»). Nasjonalforeningen for folkehelsen har i tillegg bevilget støtte fra sine tv-aksjonsmidler.

Inklusive kulturelt påfyll

Anne-Pernille Rudi forteller at de utnytter det frodige kulturlandskapet på Jeløya for alt det er verdt.

– Turene vi går er av ulik lengde og varighet, men snittet ligger på cirka 45 minutter. Noen ganger legger vi inn en kaffe- og/eller grillpause ute i terrenget, andre ganger sørger vi for å få oss litt kulturelt påfyll på Galleri F 15. Alle turene avsluttes med en sosial prat over en kopp kaffe i Alby gårdskafé F 15, der de holder av bord til oss. Det er ulikt hva vi tar til kaffen, men de fleste tar et stykke av Albys berømte kringler.



NÆRKONTAKT: Gyda Hagen (t.v.) og Anne-Pernille Rudi.



ENGASJERT: Tidligere barne- og familieminister, Inga Marte Torkildsen, var en av innleiderne.

Når en av foreldrene får demens: Hvem ser meg?

Tilbudene til barn av personer med demens skal utvikles. Onsdag 26. august arrangerte Aldring og helse et dialogmøte i forbindelse med prosjektet *Hvem ser meg?*

Unge som selv var barn da mor eller far fikk demens, var blant de som delte sine erfaringer på møtet der 32 pårørende, helsepersonell og representanter fra ulike organisasjoner deltok.

Prosjektleder Trine N. Skjellestad fra Aldring og helse presenterte prosjektet, som har til hensikt å utvikle tilbud til barn som har en mor eller far med demens. Skjellestad refererte til eksisterende forskning som viser at barn føler seg oversett og glemt og at det er få tilrettelagte tiltak. Dette var en beskrivelse som flere av deltakerne kunne kjenne seg igjen i.

Daglig leder i Aldring og helse, Kari Midtbø Kristiansen og Nasjonalforeningen for folkehelsens leder Kari-Ann Baarlid uttrykte begge glede over at prosjektet er i gang.

– Vi har blitt klar over at det er én gruppe vi ikke har noe godt tilbud til, men endelig er det barna sin tur, sa Kristiansen.

Tidligere barne- og familieminister, Inga Marte Torkildsen, som nå er tilknyttet blant annet Barnsbestemte som spesialrådgiver, understreket viktigheten av at barna selv blir spurt om hva de ønsker.

– Vi har antatt mye på vegne av barn i mange år, men når de får ordet selv – skjer det noe, sa Torkildsen som også var opptatt av å få bukt med tabuer; – Tabukulturen kan føre til at barn tar på seg for mye ansvar, at de tar på seg skyld og føler skam, advarte hun.

Sandra Rogne fortalte at ingen hadde fanget opp hennes problemer da faren fikk frontotemporal demens. Hennes beskrivelse av møtet med helsevesenet da diagnosen til slutt ble stilt, vitnet også om behov for kompetanseheving.

Etter innleggene ble deltakerne delt inn i grupper for diskusjon rundt problemstillingene. Resultatet går inn i det videre prosjektarbeidet.

ROGALAND TEATER: *Ragnhild Hiorthøy*
(venninnen Vera) og *Mette Arnstad* (Bente).



DET NORSKE TEATRET:
*Med Hildegunn Riise i
hovedrollen.*

Demens på flere scener

Demens er et tema ved flere norske scener i høst. Forestillingen *Jeg heter Bente* spilles både ved Rogaland teater og Det norske teatret. På Oslo nye Trikkestallen har stykket *Fravær* europapremiere og ved Nationalteatret spilles forestillingen *Ingenting er ingenting*.

Jeg heter Bente er skrevet av den danske skuespilleren og dramatiker Rikke Wölck. Stykkets hovedperson er en respektert, skilt journalist som i egne øyne lever «et ytterst vellykket liv», da hun 57 år gammel (i Rogaland Teaters oppsetning) får konstatert Alzheimers sykdom.

Bente har tidligere hatt en ledende rolle i venninneflokket på fire, og det er vennene som nå blir hennes nærmeste pårørende. De hjelper henne med å bevare verdigheten når sykdommen fester grep og de fremmaner og fastholder høydepunkter, både i Bentes og egne liv.

Fra kontroll til glemsel

Hildegunn Riise spiller hovedrollen i Det Norske Teatrets oppsetning *Eg heiter Bente*. Av teatrets presentasjon fremgår det at Bente opplever noen av de beste stundene i sitt liv etter at hun får diagnosen. Sykdommen fører samtidig til at venninnene stiller spørsmål ved egne liv. Er de egentlig lykkelige? Burde de ha fått barn? Og: Lever de livene sine slik de ønsker? Stykket er en frodig fortelling om vennskap og om hvordan det kan oppleves å ikke huske eget navn.

Det Norske Teatret hadde norgespremiere med sin premiere den 28. august, mens Rogaland teaters forestilling spilles første gang den 5. september.

Når minnene forsvinner

Amerikanske Peter M. Floyd har skrevet stykket *Fravær*, som har europapremiere i Oslo Nye Trikkestallen den 24. september. Forestillingen dreier seg om en sterk og myndig eldre kvinne som får demens. Teatret beskriver stykket som «et rørende og smertefullt portrett om hva som skjer med en familie når alvorlig sykdom inntreffer.»

På rollelisten finner man blant annet Marit Østbye, Helle Haugen og Trine Wenberg Svensen.

Om alderdom

På Nationalteatret har Thea Stabell hatt idé og manus til fortellerteateret *Ingenting er ingenting*, der hun selv står alene på scenen og fletter sammen to historier. Den ene handler om den 83 år gamle Jorunn Marie Bukkøy, som ble funnet død i snøen, i et rosebed utenfor blokken der hun bodde i Oslo. Den andre handler om en selvsikker, ubehersket konge og en troskyldig jarl – fra verdenslitteraturens kanskje største verk om alderdom, Shakespeares *Kong Lear*.

Historiene er på mange måter forferdelige, men kan det oppstå nye følelser og ny innsikt når hendelsene blir flettet sammen og fortalt? Kan historiene til og med bli overraskende og vitaliserende? Det er Thea Stabells mål med forestillingen som har urpremiere 14. oktober.



Rune Aarbø Reinaas
Foto: Martin Lundsvoll
Forlaget Aldring og helse, 2015

En dag og en reise

Dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens

Gjennom boken *EN DAG OG EN REISE. Dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens*, får leserne innblikk i hverdagene ved ni dagaktivitetstilbud ulike steder i Norge.

Forfatter Rune Aarbø Reinaas (SINTEF) presenterer de ulike dagaktivitetstilbudene og deres egenart i kortfattede kapitelttekster. Han får samtidig frem at det er brukere og ansatte som i fellesskap bidrar til de gode dagene, uansett om du er i Bærum eller på Finnmarksvidda. Martin Lundsvolls fotografier illustrerer og utvider historien.

Reisen rundt i Norge har vist at dagtilbudene preges av lokal kultur, variert fysisk beliggenhet, faglig kompetanse og, ikke minst, personalets kreativitet, motivasjon og entusiasme.

Man vet at demens gir økt risiko for følelsen av utenforskap. «Livet består av dager. En dag er god. En annen dag er dårlig. En dag kjenner jeg på et fellesskap med andre. En annen dag føler jeg meg alene», sier en av brukerne forfatterne har møtt. «Hva betyr det å være et menneske om det ikke nettopp er å høre til og stå i en sammenheng med andre? Vi lærer stadig mer om demenssykdommer og det press sykdommen

kan skape i nære relasjoner. Det gjør at behovet for nyskapende tiltak har blitt tydelig, både tiltak av behandlende og forebyggende karakter», sier prosjektleder Anita Ellefsen fra Kirkens Bymisjon i bokens forord.

Boken er utviklet som et samarbeidsprosjekt mellom Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Kavlifondet, Kirkens Bymisjon og SINTEF. Målet med boken er tosidig. Dels å bidra til å skape kultur og forståelse for betydningen av gode dager for hjemmeboende personer med demens. Hva bør dagen inneholde, og hvilken forskjell kan gode dager gjøre? Dernest er det å inspirere til videreutvikling og nyetablering, og et lokalt særpreg når man skal legge til rette for dager med mening, mestring og fellesskap.

Som en avsluttende kommentar sier utgiverne: «En dag og en reise viser et mangfold av opplevelser og aktiviteter. Det er et håp at boken vil være med på å skape inspirasjon og kreativitet i å utvikle eksisterende tilbud så vel som å starte nye.» Boken fås kjøpt i nettbokhandelen www.aldringoghelse.no.

Bente Wallander



Anne Marie Mork Rokstad
Fagbok
Universitetsforlaget, 2014

Se hvem jeg er!

Personsentrert omsorg ved demens

Anne Marie Mork Rokstad gir med boken *Personsentrert omsorg for personer med demens* leserne en dypere innsikt i temaet, både på et teoretisk og et praktisk plan. Forfatterens utgangspunkt er personsentrert omsorg som et verdigrunnlag for behandling og omsorg. Målet med utgivelsen er å styrke leserens (studenten/helse- og omsorgsarbeiderens) evne til å tilrettelegge individuelle omsorgs- og behandlingsopplegg i tråd med oppdatert viten. Mork Rokstad ønsker samtidig å bidra til helse- og omsorgsarbeideres refleksjon over egen praksis. Boken inneholder derfor flere spørsmål og diskusjonstemaer som kan føre til økt bevisstgjøring og bearbeiding av kunnskap i den kliniske hverdagen.

I boken belyses forhold ved ledelse og organisering av tjenestene som kan ha innvirkning på muligheten for å utøve personsentrert omsorg i praksis.

Den primære målgruppen for boken er studenter på bachelornivå innen ulike helsefag som sykepleie, ergoterapi, fysioterapi og vernepleie. Den vil også være aktuell for andre helsefagutdanninger og helse- og omsorgspersonell i praksis både på kommunalt nivå og innen spesialisthelsetjenesten.

Anne Marie Mork Rokstad er av utdanning sykepleier og ansatt som post.doc ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse og førsteamanuensis ved Høgskolen i Molde. Hun disputerte i 2013 over avhandlingen *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*.

Bente Wallander



Knut Engedal og
Guro Hanevold Bjørkløf
Fagbok
Hertervig Forlag, 2014

Depresjon hos eldre
– psykologisk og biologisk forståelse og behandling

Med boken *Depresjon hos eldre* vil forfatterne gi leserne økt forståelse for en type depresjon som oppstår sent i livet, gjerne etter fylte 65 år. «Late life depression», som den kalles på engelsk, kan være vanskelig å gjenkjenne, fordi tilstanden kan likne på andre sykdommer som er vanlig hos eldre. Forfatterne har derfor tatt utgangspunkt i en biopsykososial modell når de skal formidle kunnskap om en sykdom mange overser.

Forskning har vist at mekanismene bak aldersdepresjon ikke alltid er de samme som for depresjon hos unge og voksne mennesker og at sykdommen synes å stå i nær forbindelse med somatisk sykdom, funksjonssvikt og/eller tap av autonomi. Det gjelder både de eldre selv, deres pårørende og helsepersonell som yter tjenester til eldre med funksjonssvikt og hjelpebehov.

Forfatterne legger i boken vekt på hvordan psykologiske, sosiale og biologiske faktorer kan spille en rolle når

depresjon oppstår sent i livet. De går også nærmere inn på årsakene til at sykdom ikke gjenkjennes – eller at diagnosen overses. Tretthet, nedstemthet og mangel på energi og glede i hverdagen oppfattes ofte som normale tegn på alderdom, eller som symptomer på annen somatisk sykdom. Mange vet derfor ikke selv at de har depresjon, eller de gir opp å søke hjelp etter å ha blitt møtt med manglende forståelse i hjelpeapparatet.

Med sitt lett forståelige språk henvender forfatterne seg til en stor lesergruppe; Helsearbeidere, pårørende og eldre som selv er rammet av depresjon. Den gir også praktiske råd til helsepersonell, hjelpetjenester og ikke minst til pårørende og de eldre selv.

Bente Wallander



Simon Stranger
Illustrert av Kristine Berg Johnsen
Barnebok
Kirkens Bymisjon, 2015

Bestefar på rømmen
– om demens for barn

Forfatter Simon Stranger har på oppdrag fra Kirkens Bymisjons ressursenter for eldre og pårørende skrevet en barnebok med temaet demens. Med humor, varme og innsikt formidler Stranger hvordan det at en i familien får «glemmesyken» kan oppleves for barn og barnebarn.

Uttrykket «glemmesyke» har han fått fra en barnefamilie som selv opplevde den utfordringen det er når en av besteforeldrene får demens.

I boken er det bestefaren til Lukas som har begynt å glemme. Han husker verken hva folk heter eller hvilket år det er. Plutselig en dag stikker han også av, og Lukas blir nødt til å følge etter for å redde ham

«Jeg håper at boka kan gi leserne en forståelse av at personligheten endres av demenssykdommen, og at det ikke er

personen med demens sin feil. Hvis bestemor plutselig forsyner seg ekstra grovt av kaka, er det fordi hun har en sykdom», sier Simon Stranger i et intervju i bladet Bymisjon.

Boken er illustrert av Kristin Berg Johnsen og fås kjøpt på Kirkens Bymisjons nettsider.

Bente Wallander



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste



KURS & KONFERANSER høsten 2015

Kursperiode	Tema	Sted	Påmeldingsfrist
Demens			
22. sept.**	Basiskurs i demens	Inderøy	23. aug. 2015
12. okt.*	Utredning av demens i kommunehelsetjenesten	Stjørdal	9. sept. 2015
13. okt.*	Etablering og organisering av demensteam	Stjørdal	9. sept. 2015
19. okt.*	Kognitiv svikt og demens hos personer med innvandrerbakgrunn	Oslo	17. sept. 2015
16. nov.**	Erfaringskonferanse – Dagaktivitetstilbud	Oslo	14. okt. 2015
1. des.**	Demensdagene 2015	Oslo	1. nov. 2015

Alderspsykiatri

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

Utviklingshemning og aldring

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

Funksjonshemning og aldring

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

Geriatr

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

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

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

Antall kursdager:

* (1 dag)

** (2 dager)

*** (3 dager)

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

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

www.aldringoghelse.no



QR Code direkte til kurssiden



NY KURSKATALOG 2016

Kurs, konferanser og studietilbud

www.aldringoghelse.no

VEDLAGT I
D&A
KATALOGEN
2016



Skriv for Demens & Alderspsykiatri

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

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

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.

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 arbeid med mere. Artikler som vurderes for publisering skal være originalarbeider og ikke være under vurdering for publisering i andre tidsskrifter. Manuskripter der deler av, eller alle, resultatene er blitt presentert ved faglige konferanser og publisert i abstrakt eller poster, aksepteres. Vitenskapelige artikler basert på empiri (både kvalitativ og kvantitativ design), systematiske 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 bekreftet 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 (forfatterne) for- og etternavn.
 Kort presentasjon av forfatterens (forfatterne) utdannings- og profesjonsbakgrunn.
 Forfatterens (forfatterne) stilling og arbeidssted.
 Kontaktforsfatterens (vanligvis førsteforfatter) elektronisk postadresse 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

Redaktør:

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

Redaksjonssekretær:

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

Vitenskapelig redaksjon:

Sverre Bergh, cand.med, ph.d.,
postdoc-stipendiat, vit. red.
Øyvind Kirkevold, professor dr.philos. vit. red.

Geir Selbæk, professor ph.d. forskningsleder

Knut Engedal, professor dr.med.

Anne Marie Mork Rokstad, sykepleier, stipendiat,

Vitenskapelige artikler sendes til
fagredaktor@aldringoghelse.no

Ansvarlig redaksjonskomité:

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

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

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

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

Bernhard Lorentzen, avdelingsoverlege,
Diakonhjemmet sykehus, Alderspsykiatrisk avd.

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

Fagartikler sendes til
bente.wallander@aldringoghelse.no



PRESSENS
FAGLIGE UTVALG

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

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

Adresse: Rådhusgt 17
Postboks 46 Sentrum
0101 Oslo

E-post: pfu@presse.no

presse.no



Demens & Alderspsykiatri

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



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

Ny pris per 2016:
Norge: kr 420,- Norden: kr 500,-

Trenger dere flere blader på din arbeidsplass?
Vi sender tre eksemplarer av bladet (forutsatt samme adresse) for kr. 1.000,- per år.

Bestill tidsskriftet

e-post
tidsskriftet@aldringoghelse.no
telefon 22 11 77 28

eller skriv til:

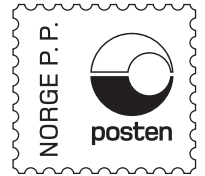
Aldring og helse

Oslo universitetssykehus HF, Ullevål
Bygning 20, 4. etg.
Postboks 4956 Nydalen
0424 Oslo



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

www.demensogalderspsykiatri.no



D&A går i dybden - og i bredden

ISSN: 1890-4130

Medlem av



Demens&Alderspsykiatri utgis av



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Aldring og helse

Oslo universitetssykehus HF, Ullevål
Bygn. 20
Postboks 4956 Nydalen
0424 Oslo
Tlf: 22 11 77 28 / 33 34 19 50

Aldring og helse

Postboks 2136
3103 Tønsberg
Tlf: 33 34 19 50

post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no



Demens & Alderspsykiatri

www.demensogalderspsykiatri.no

tidsskriftet@aldringoghelse.no