

demens & alderspsykiatri

AKTUELT – Nye retningslinjer for demens

FAG – Nytt kartleggingsverktøy

YTRING – Spør om alkohol



TEMA:
Rus i eldreomsorg

Kompetanse for endring



Bente Wallander
redaktør

bente.wallander@
aldringoghelse.no

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens så dagens lys den 24. august i 1997. I høst markerer den aktive og utadrettede jubilarnten Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse sine første 20 år.

Omsorgen for personer med demens og deres pårørende har utviklet seg betydelig siden 90-tallet. Kunnskap og utvikling var påkrevet på feltene Funksjonshemming og aldring samt Utviklingshemning og aldring. Alderspsykiatri har også vært et fokusområde. Oppsummert trengte norsk eldreomsorg solide løft.

Dette har Aldring og helse bidratt til. Med utgangspunkt i praksis har kompetansemiljøets satsing på forskning, utvikling og opplæring fornyet fagfeltene. Formidling av kunnskap har vært en vesentlig del av arbeidet. På dette området har tjenestens nasjonale bibliotek, forlag, kurs/konferanser samt tidsskriftet DEMENS (nå D&A) spilt viktige roller.

Uten støtte fra våre eiere og deres oppdragsgivere; direktorat, departement og i siste instans, politikerne, hadde ikke Aldring og helse kunnet være en endringsfaktor på våre felt. Deres ønske om å heve kvaliteten på tjenestene har vært en forutsetning for arbeidet.

Underveis har kompetansetjenestens hovedfokus flyttet seg, fra å ha det meste av oppmerksomheten rettet mot demens til å favne vidt og helhetlig på eldrebefolkningens helse- og aldersrelaterte utfordringer. Arbeidet med å sikre at tjenestene jobber ut fra verdiene i personsentrert omsorg har vært et viktig fokus på alle våre områder. Kortformen av navnet speiler godt den mer helhetlige tilnærmingen tjenesten i dag har til sitt oppdrag. Aldring og helse er og vil være en institusjon som påvirker og forandrer norsk eldreomsorg i positiv retning.

Bente Wallander



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

LAYOUT/TRYKK
BK Grafisk, Sandefjord (TAa)

Det redaksjonelle arbeidet er
avsluttet 30. august 2017.



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

DEMENS & ALDERSPSYKIATRI
utkommer fire ganger i året.

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

Forsiden: Janecke Aune,
Stovnerskogen sykehjem.
Foto: Martin Lundsvoll



AKTUELT

- 4 Folk i fokus: Sverre Nesvåg
Ble rusforsker etter jobbintervju på pub
- 8 Aldring og helse i 20 år
– Har endret norsk eldreomsorg
- 12 Demensteam og personsentrert omsorg
– sterke anbefalinger i ny retningslinje om demens
- 14 Vedtok global demensplan
- 20 Rusavhengighet på sykehjem
- 24 Rusprosjekt med ringvirkninger

NYE BØKER

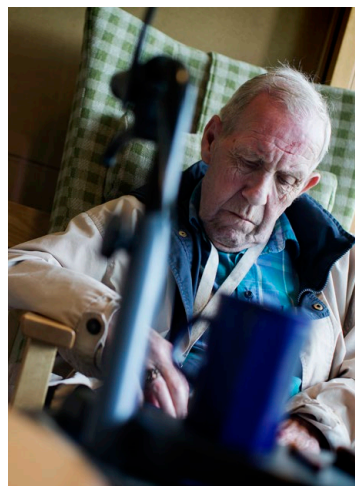
- 11 En reise i tid og fagutvikling
- 26 Ikke-anklagende om Eldres rusmiddelbruk
- 27 Kunnskap mot alderisme og aldersforakt
Kultur- og fritidsaktiviteter i omsorgssektoren
- 28 Ny opplæring – Lindringens ABC

YTRING

- 15 Tre hovedutfordringer foran valget
Lisbet Rugtvedt, Nasjonalforeningen for folkehelsen
- 16 Delirium: Det er på tide å redusere forvirringa!
Leiv Otto Watne
- 17 Helt normalt å spørre om alkohol
Torgeir Gilje Lid

FAG

- 29 Støttekontakttjenesten i demensomsorgen;
et viktig individualiserende tilbud
Kirsten Thorsen, Aud Johannessen
- 33 Nytt kartleggingsverktøy for angst
hos personer med demens
Alka Goyal, Sverre Bergh, Knut Engedal, Øyvind Kirkevold
- 36 TRAIL-DEM-prosjektet
*Bjørn Heine Strand, Rachel Amland, Trine Holt Edwin, Sverre Bergh,
Espen Bjertness, Marit Mjørud, Anne-Brita Knapskog, Knut Engedal,
Geir Selbæk*





Sverre Nesvåg forteller med entusiasme om fjorårets ultimate fiskeopplevelse:
– Jeg holdt den 43 kilo tunge kveita ved ripa da jeg måtte ringe etter hjelp.

Ble rusforsker etter jobbintervju på pub

TEKST/FOTO: Bente Wallander

– Før var det en norm at vi startet og endte våre liv relativt rolig. Nå er det Carpe Diem og bunn gass til vi dør. At alkohol har en så stor plass i «det gode eldrelev» skader oss mer enn vi tror.

Det sier forskningsleder Sverre Nesvåg ved Regionalt kompetansesenter for rusmiddel-forskning i Helse Vest (KORFOR). Han har selv bidratt til utformingen av norsk ruspolitikk på flere områder, senest da han ledet KORFORs arbeid med å finne ut hvilke konsekvenser økningen i eldres rusbruk kan få for helse- og omsorgstjenestene. Oppdraget kom fra Helse- og sosialdepartementet, som et ledd i utarbeidelsen av *Opptappingsplanen for rusfeltet 2016-2020*.¹

Mens media fortsatt fyller på med artikler om alkoholens påstått helsebringende effekt, retter Sverre og hans forskerkolleger advarende pekefinger mot eldres alkoholkonsum. At alkoholen også har en stor plass i våre forestillinger om det gode ferieliv fikk 63-åringen selv en påminnelse om få minutter før intervjuet tok til.

– Kona mi skulle en tur til Egersund nå i formiddag. Før hun dro måtte jeg sjekke om vi hadde nok vin.

Organisert omsorg

Sverre Nesvåg vokste opp i Sandnes, men tilknytningen til Nesvåg er sterk. Farsfamilien kom fra det lille fisker- og småbrukersamfunnet sør for Egersund, og hver sommer flytter han

og tre søsken med familier inn i hvert sitt lille feriehus i den idylliske vestlandsvika.

– At vi fortsatt har et spesielt forhold til dette stedet gikk fram av et brev vi fikk da det skulle legges vannrør. Brevet var adressert til «Fastboende, hyttefolk, Sverre Martin og de», smiler han.

Ferdig med videregående skole tok Sverre noen fag ved Universitetet i Bergen før han og hans samboer (nå kone) flyttet til Stavanger, hvorfra han fjernstuderte til han ble ferdig med hovedfag i sosialantropologi i 1983.

– Jeg fikk da jobb ved Rogalandsforskning², der jeg for første gang ble involvert i forskning med tema eldreomsorg. Det var organiseringen som interesserte meg, og jeg arbeidet også med et prosjekt knyttet til psykisk helse. Temaet var nedleggingen av tidligere Dale psykiatriske sykehus og etableringen av nye psykiatriske sykehjem som senere ble til distriktpsykiatriske sentra (DPS).

Radikal tid

At rusforskning skulle bli ett av Sverres hovedarbeidsfelt er ifølge han selv «en litt snodig historie».

– En dag i 1987 skulle vi høre et foredrag med Fanny Duckert, som var hentet fra Oslo for å jobbe ved Rogaland A-senter, et behandlings- og kompetansesenter for rusrelaterte vansker. Etter å ha sett hvor vanskelig det var å gjøre endringer ved etablerte helse- og omsorgsinstitusjoner, var jeg skeptisk til de radikale ideene hun ga uttrykk for om endring av rus-

Navn
Sverre Nesvåg

Alder
63 år

Familie
Gift med Torild. To sønner
og tre barnebarn

Bakgrunn
Sosialantropolog,
dr.philos, forskningsleder
KORFOR, Stavanger

Bosted
Sandnes

1. KORFOR. Eldres rusmiddelbruk. Utredning til Helse- og omsorgsdepartementet. Regionalt Kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest, Stavanger Universitetssykehus. 2015.

2. Fra 1998: IRIS

tjenester og -behandling. Etter foredraget tok vi alle en tur på byen, og vi satt på en pub og drakk øl da jeg sa til henne: «Det der får du aldri til!». Fanny svarte med et smil: «Du kan jo begynne å jobbe hos oss, så får vi se hva vi får til i fellesskap.»

– Morgen etter ringte hun og lurte på om det hadde vært et greit jobbintervju. «Tja», svarte jeg. Men etter å ha snakket litt sammen tok jeg imot tilbudet om den ene av to ny-etablerte stillinger ved A-senterets forsknings- og undervisningsavdeling, selv om jeg ikke hadde noen som helst interesse for rus. Jeg var bare interessert i tjenestene.

Fakta forundret

Det gikk ikke lang tid før Sverre ble enormt interessert i og fascinert av folkene han møtte.

– Når de som var avhengige av alkohol snakket om hvilke gevinster de var ute etter, fikk jeg en sterk opplevelse av gjenkjennelse. De snakket jo om de vanlige gevinstene som avslapning, glede og opplevelse, bare at for dem var alkohol blitt den eneste måten de kunne oppnå slike gevinster på.

A-senteret engasjerte seg under Duckerts ledelse, også i forhold til rus og arbeidsliv. Sverre fattet interesse for temaet. Det startet med en omfattende kursing av ledere og tillitsvalgte i flere ti-talls bedrifter, og fortsatte med en doktorgrad om alkoholkulturer i norsk arbeidsliv. Underveis i dette ble lederstillingen ved A-senteret ledig, og Sverre ble oppfordret til å søke.

– Jeg var i slutten av trettiåra da jeg fikk den stillingen, i ei helt spesiell tid. Aldri har vi sett så store forandringer i tjenestetilbud som da. Ting endret seg på flere steder samtidig, og mellom oss ledere var det tette, gode nettverk.

Sverre sa ved ansettelsen at ingen burde ha en lederstilling i mer enn fem år. Han gikk derfor av som leder i 1994, men fortsatte som forsker ved samme institusjon inntil han i 1996 begynte å jobbe for Rogalandsforskning igjen. I de elleve årene som fulgte arbeidet han fortsatt mye med rus, men han leverte også evalueringer, blant annet av den to år gamle Rusreformen i 2006.

STARUS

Helse Vest overtok ansvaret for de spesialiserte rustjenestene i 2004, og som for de andre spesialisthelsetjenestene ble forskning definert som en av flere likestilte oppgaver. Men ingen hadde oversikt over hva som fantes fra før av rusforskning i regionen. Helse Vest satte derfor ned et utvalg som skulle se på rusforskningen i sitt område. Sverre ble med i utvalget.

– Vi fant ut at det hadde pågått en del forskning i vårt område, blant annet ved Stiftelsen Bergensklinikkene (tidligere Hjeltestadklinikken). Det var ikke mye igjen av innsatsen i 2006, men ved levering av rapporten til Helse Vest ble betenkningen likevel; Hva vil Helse Vest gjøre med dette?

KORFOR

– Svaret var etablering av et regionalt kompetansesenter, på linje med den typen kompetansesentra Helse Vest allerede hadde på andre fagfelt. Hvis man skulle etablere et slikt, skulle HF-ene få lov til å konkurrere om å få det. Da direktøren i Stavanger spurte meg om jeg kunne skrive søknaden, svarte jeg ja. Vi hadde hatt et bra samarbeid i Stavanger i flere år, så i søknaden kunne jeg dokumentere at vi hadde et godt fungerende fagmiljø. Og så valgte de oss.

Et år senere forsterket Helse Vest innsatsen ved å etablere et strategisk rusforskningsprogram.

– De bevilget 25 millioner kroner, og spurte om jeg kunne utforme et femårig program. Gjennom dette fikk vi igangsatt masse forskning, og hele ti doktorgradsstipendiater ble ansatt. De siste årene har det blitt publisert mye fra disse prosjektene, og det som i utgangspunktet var et lite miljø har bygget seg opp til å bli flere miljøer for rusforskning i regionen. For tida bedrives det utrolig mye og klinisk relevant forskning i vårt område.

Drikker minst – forsker mest

Rusforskning er et stort fagområde i Norge, Sverre har trolig mer enn hundre forskerkolleger.

– Vi i Norge publiserer nå mer enn våre svenske og danske kolleger. At nordmenn jevnt over drikker minst av alle, gjør oss svært interessante. Vi har åpenbart hatt en heldig hånd med alkoholpolitikken, og trolig funnet

Fire feriehus tett i tett ved familienes brygge i Nesvåg.





▲
Sverre Nesvåg synes de er vågale som tror de har svar på hva som er den beste ruspolitikken.

den beste balansen mellom tilgjengelighet og omsetningskontroll. I Norge skal du lete lenge for å finne kritiske røster med hensyn til Vinmonopolet, sier han.

Ved KORFOR arbeides det for tida med to større prosjekter: *Stayerprosjektet*, om prosesser som kan føre folk ut av avhengighet med mindre tilbakefall, og prosjektet *Alkohol og helse*, som innebærer en annerledes tilnærming til rusfeltet.

– Før satte vi likhetstegn mellom alkoholproblemer og -avhengighet, men de fleste har ingen avhengighet. I dag snakker vi derfor om alkoholrelaterte helseproblemer, noe man ofte ser hos eldre.

Alkohol og det gode eldreliv

Alkohol har de senere årene fått en stadig mer sentral plass i vår oppfatning av «det gode eldreliv». Tidligere tiders stereotypier av gamle tanter som nippet til et glass likør før de trakk seg tilbake, er forsvunnet. I dag forventes det at alle drikker, de fleste minst like mye som tidligere i livet.

– Samtidig endres deres livssituasjon. Reguleringen som følger det å skulle på jobb hver dag er ikke mer til støtte. Alkohol kan i denne nye situasjonen lett bli en for stor del av det daglige, sier Nesvåg.

Den negative innvirkningen alkohol har på mange helseplager som følger med aldringen er for lengst godt dokumentert. Fastlegene finner det likevel trøblete å gi råd om forbruk.

– Vi vet at mange typer medisin som eldre bruker dårlig går sammen med alkohol. Helseplagene man får ved høyt alkoholinntak i eldre år er riktignok sjelden dødelige, men veldig plagsomme. Disse negative konsekvensene burde være et utgangspunkt for kommunikasjon. At innfallsvinkelen ikke er avhengighet, når du skal identifisere og finne ut hvem du skal hjelpe, leder oss til det neste spennende temaet: Hvordan skal vi snakke med folk om alkohol? Ved å gjøre folk bevisste på de negative konsekvensene av forbruket, kan vi også bistå med å forandre deres vaner.

Mange har etter Nesvågs mening muligheter til å finne den rette tilnærming og relevans til temaet eldres alkoholinntak.

– Fastlegene har rikelig med anledninger, det samme gjelder ansatte i hjemmebaserte tjenester. Ved innleggelse på sykehus er pasienten enda mere klar for å snakke om hva de kan gjøre for å endre sin situasjon. Alt dreier seg om å se og utnytte øyeblikkets muligheter: «A learnable moment», og rette oppmerksomheten mot øyeblikkene som inneholder kimen til endring.



Aldring og helse i 20 år – Har endret norsk eldreomsorg

TEKST: Bente Wallander FOTO: Martin Lundsvoll



Helse- og omsorgsdepartementets avdelingsdirektør Anne-Cathrine Haug Jørgensen var en av mange gratulanter.

Norsk eldreomsorg har gjennomgått store endringer siden Nasjonalt kompetansesenter for demens ble etablert i 1997. – Mye av det positive som har skjedd kan vi takke Aldring og helse for!

Det sa avdelingsdirektør Anne-Cathrine Haug Jørgensen fra Helse- og omsorgsdepartementet under det offisielle jubileumsseminaret i Det Norske Teatret den 24. august. Haug Jørgensen hadde også med seg en personlig hilsen fra statssekretær Lisbeth Normann

– Vi setter pris på og heier på dere, fortalte hun.

En stor dag

Det var en stolt daglig leder Kari Midtbø Kristiansen som ønsket ansatte og gjester velkommen.

– 20-årsdagen er en stor dag for oss. I dag skal det handle om oss og vår aldring. Jeg er stolt av alt organisasjonen har fått til i løpet av disse årene. Aldring og helse var, er og skal være en organisasjon som påvirker dagsordenen i norsk eldreomsorg, sa hun.



Aldring og helses gründerne, Arnfinn Eek (t.v.), Aase-Marit Nygård og Knut Engedal.



Daglig leder Kari Midtbø Kristiansen ønsket velkommen.

Kristiansen brukte også anledningen til å lansere det nye slagordet til Aldring og helse.

– *Fra kunnskap til praksis* er et slagord som rammer inn alt vi driver med. All vår forskning, utvikling, formidling og opplæring skal være praksisnær, og skal oppleves som relevant både for personer med demens og deres pårørende og helse- og omsorgspersonell.

Nestorene

Både talerne og forfatteren av Aldring og helses jubileumsbok (se omtale på side 11) framhevet de som hadde gått foran, i denne sammenheng de som hadde lagt grunnlaget for opprettelsen av en særlig omsorg for personer med demens. Flere personer ble nevnt som sentrale for etableringen av Nasjonalt kompetansesenter for demens. Blant disse, og fremst i rekken, de tre gründerne Aase-Marit Nygård, Arnfinn Eek og Knut Engedal.

– Disse tre har bygget Aldring og helse, fastslo Kari Midtbø Kristiansen.

– De har også en stor del av æren for at kompetansetjenesten vår nå er den største aktøren innenfor praksisnær aldersforskning i Norge.

De første år

Nygård, Eek og Engedal bidro så med hver sin bit av 20-åringens historie, fra unnnfangelse og fødsel til voksent liv. Aase-Marit Nygård var først ut.

– Nasjonal kompetansesenter for demens hadde ikke et bestemt unnnfangelsesøyeblikk, vil jeg påstå. Det var mer som å gå svanger med en idé. Da vi åpnet sto vi på skulderen til to utviklingsprogram, opplyste hun.

«'Fra kunnskap til praksis' er et slagord som rammer inn alt vi driver med.»

Programmene hun siktet til var A: Det daværende Sosialdepartementets utviklingsprogram om aldersdemens (1990–1996) som NGI fikk ansvaret for, med Aase-Marit Nygård som koordinator, og B: Sosial- og helsedepartementet og Statens Helsetilsyns utviklingsprogram om alderspsykiatri, som ble satt i gang i 1992. Programmet var organisert som et paraplyprosjekt med Knut Engedal som sentral programkoordinator og åtte lokale prosjektledere. INFO-banken ved Granli senter i Vestfold var programmenes forlag og distributør av litteratur og rapporter. Bibliotekstjenesten hadde også en sentral funksjon. Hensikten var allerede den gang å øke det generelle kunnskapsnivået i fagfeltet, overføre kunnskap fra spesialist- til primærhelsetjenesten og å utvikle modeller for polikliniske tjenester, samt drive undervisning til aktuelle målgrupper.

Avgjørende øyeblikk

Mange prosjekter ble satt i gang gjennom de to programmene, og man så at de hadde potensiale for videre utvikling. INFO-banken hadde bygget opp en landsdekkende tjeneste som ble mer og mer benyttet. Spenningen steg i miljøet; ville det bli en videreføring, og på hvilken måte?

– Det var ved behandling av St.melding nr. 50 fra 1995 *Samarbeid og styring – Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste* at vedtaket om kompetansesenteret kom. Stortinget ba da Regjeringen «ta initiativ til at det opprettes et nasjonalt kompetansesenter om aldersdemens». Men det var daværende statsråd Gudmund Hernes (AP) og stortingsrepresentant Magnar Sortåsløkken (SV) vi kan takke for at det ble

slik. Fortgang i saken ble det først etter at Sortåsløkken under Stortingets spørretime i februar 1996 etterlyste oppfølging av vedtaket. Hernes lovte da at det skulle bli noe av, og at virksomheten skulle rettes mot kommunehelse-tjenesten, fortalte Knut Engedal.

Fra ABC til fagskole

En av satsningene som ble viet særlig oppmerksomhet på jubileumsseminaret var ABC-opplæringen for helse- og omsorgspersonell i kommunene. Hele 26 000 helse- og omsorgs-ansatte har inntil sommeren 2017 innledet eller avsluttet en ABC-opplæring. Mye god kunnskap er delt gjennom de selvdrevne, tverrfaglig sammensatte refleksjonsgruppene på arbeidsplassene.

– ABC-satsningen er et flaggskip og et godt eksempel på en av mange suksesser. Det er nå økende interesse for denne modellen internasjonalt, sa Kari Midtbø Kristiansen.

Kursvirksomheten har vært vesentlig for å nå ut med kunnskap. Den godt brukte kofferten på jubileumsbokas forside vitner om Aldring og helses innsats for å spre det gode omsorgsbudskap over det ganske land.

Under de årlige Demensdagene, som gikk av stabelen første gang i april 1997, før kompetansesenteret var offisielt etablert, gjør man motsatt. Da samles helse- og omsorgspersonell fra alle deler av Norge i Oslo for å ta del i siste nytt om fag og forskning. Inspirert av dette arrangeres det nå også i Danmark og Sverige nasjonale demensdager.

Kompetanseløft

Som et supplement til eksisterende ABC-oppbygg kursene i dag ufaglærte vikarer under navnet *Dette må jeg kunne*. Kvalifisering av ansatte i omsorgstjenesten som ikke har helsefaglig utdanning skjer gjennom opplæringstilbudet *Jeg vil bli helsefagarbeider – med ABC til fagbrev*.

Fagskolen Aldring og helse gir tilbud om ettårig utdanning over to år, med 60 studiepoeng. Temaene det undervises i er *Demens og alderspsykiatri, Miljøbehandling i praksis og Utviklingshemning og aldring*. Fagskolen tar opp studenter fra hele landet, og fram til sommeren 2017 hadde 250 bestått eksamen.

Formidling

Forlaget har gjennom alle år vært et viktig verktøy for å formidle forskning og ny kunnskap. Produksjonen har vært stor, totalt har det til nå blitt 250 utgivelser bestående av 25 000 publiserte sider og 1400 film og lydbøker.

«ABC-satsningen er et flaggskip og et godt eksempel på en av mange suksesser.»

– Forlaget baserte seg på at alle ansatte på Granli skulle bidra med alt, fra korrekturlesning til skriving og pakking, sa Arnfinn Eek, som selv har vært redaktør for et stort antall utgivelser.

– Veien mellom de ulike beslutningstakerne var kort. En henvendelse til forlaget kunne resultere i tilbud om kurs eller en ny utgivelse, fortalte han.

Allerede i etableringens første år ble det i tillegg etablert og utgitt et fagtidsskrift med navnet DEMENS. Tidsskriftet er en praksisnær kanal for kunnskaps- og forskningsformidling på områdene demens og alderspsykiatri. Tidsskriftet har også vært et nyttig redskap når kunnskap og kompetanse fra aktuelle fagfelt skal spres. Profilen som en folkelig, tverrfaglig formidlingskanal er søkt beholdt hele veien til i dag. Ekstra hyggelig er det at tidsskriftet i jubileumsåret også ble godkjent som vitenskapelig publiseringskanal på nivå 1.

Hyggelige hilsener

De fleste ansatte i Aldring og helse hadde tatt turen til Oslo i anledning bursdagen. Det hadde også venner og samarbeidspartnere gjort, deriblant tidligere nevnte Helse- og omsorgsdepartement, Helsedirektoratet, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Helse Sør-Øst og Svenskt demenscentrum. Mange benyttet sjansen til å si noen ord til jubilaranten.

Opplæringsmodellen ble trukket fram av flere.

– ABC er et eksempel på godt systematisk og planmessig arbeid overfor kommunene. Å etablere kontakter og samarbeid med kommunene er ikke bare lett. Ting tar tid, dere holder ut, sa Helse- og omsorgsdepartementets avdelingsdirektør Anne-Cathrine Haug Jørgensen.

– Vi er deres svenske lillesøster, som setter pris på møter og kompetanseoverføring. Det var dere som inspirert våre politiske ledere i Sverige til å opprette Svenskt Demenscentrum, sa direktør Wilhelmina Hoffman.

En viktig nøkkel

Generalsekretær Lisbet Rugtvedt, Nasjonalforeningen for folkehelsen, var opptatt av kompetanse.

– Vi trenger både kloke hoder og varme hender i eldreomsorgen. Kompetanse vil være en viktig nøkkel for å finne de gode løsningene når de tallrike etterkrigsbarna når alderdommen de neste tiårene. Med andre ord; vi trenger en nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Da er det veldig betryggende at vi allerede har en, avsluttet hun smilende.



Jubileumskaken

Eva Anfinnsen

Smi – mens jernet er varmt

Fra Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens til Aldring og helse

Forlaget Aldring og helse 2017

ISBN 978-82-8061-337-0

En reise i tid og fagutvikling



Hovedbibliotekar Eva Anfinnsen har skrevet historien om Nasjonal kompetanse-tjeneste for aldring og helses 20 første år. Jubilantens navn og oppgaver har endret seg underveis, men hensikten har hele tiden vært den samme; Å bidra til økt kvalitet på tjenester som gis til eldre og deres pårørende.

For å gi leseren en dypere forståelse av utviklingen på feltet har forfatteren tatt flere skritt bakover i tid. Mye skjedde før aldersdemens på 60-tallet for første gang ble omtalt som egen pasientgruppe i helsevesenet. Milepælene er grundig beskrevet og presentert i en sammenheng.

Det er ikke mulig å nevne alt som formidles i en kort bokomtale, verken når det gjelder enkelt-personers innsats eller utviklingen av fag- og kompetanseområder. Boka favner mange aspekter ved historien, som presenteres gjennom sju ulike bolker.

Forfatter Eva Anfinnsen kjenner historien godt, da hun fra 1990 selv har vært en del av det miljøet hun formidler fra. Fire av Aldring og helses pionérer har bistått henne i arbeidet med å samle og sortere stoffet fra den omfattende reisen; Aase-Marit Nygård, Knut Engedal, Arnfinn Eek og Per Kristian Haugen.

Forlaget håper at utgivelsen ikke bare vil være nyttig for Aldring og helses ansatte og sam-arbeidspartnere, men at den også vil gi andre med interesse for norsk eldreomsorg oversikt over en spennende periode der mye er gjort. På 90-tallet ble fagområdet betraktet som smalt, i dag er det både fra faglig og folkelig hold langt større interesse for personer med demens spesielt, og eldre-helsen generelt.

Men som det også sies flere steder i boken; fortsatt er mye ugjort. Historien er derfor plassert i en sammenheng som peker framover.

Forfatter Eva Anfinnsen.

Omtalt av Bente Wallander



Demensteam og personsentrert omsorg

– sterke anbefalinger i ny retningslinje om demens

TEKST: Bente Wallander

En ny nasjonal, faglig retningslinje for demens ble presentert i august. Blant de sterkt anbefalte tiltakene er personsentrert omsorg, etablering av tverrfaglige demensteam og tilpasset oppfølging gjennom hele sykdomsforløpet.

Fagmiljøene reagerte svært positivt på den nye nasjonale, faglige retningslinjen for demens som ble presentert i august.

– De nye nasjonale retningslinjer er et godt utgangspunkt for at personer med demens kan få bedre kvalitet og mer likeverdig utredning, behandling og oppfølging. Nå gjelder det at alle fastlegene følger opp, sier generalsekretær Lisbet Rugtvedt i Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Praksisnær rettesnor

Daglig leder i Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Kari Midtbø Kristiansen, er også begeistret:

– Dette er en milepæl i arbeidet for personer med demens og deres pårørende! En slik retningslinje vil kunne ha stor betydning for demensomsorgen i Norge. Den sier noe om hva personer med demens og deres pårørende skal kunne forvente ved utredning og oppfølging av demens.

Kari Midtbø Kristiansen mener retningslinjen vil være en viktig rettesnor og et verktøy for alle; – Den er laget for å være praksisnær og vil være nyttig i alle ledd av tjenestene til personer med demens og deres pårørende.

For helse- og omsorgspersonell

Retningslinjen er bredt forankret i fagmiljøene, som selv har deltatt i arbeidet. Medvirket til å utvikle den har også representanter for brukerne, gjennom Nasjonalforeningen for folkehelsen.

– Nå er det viktig å få med helse- og omsorgspersonell i demensomsorgen på å bruke den. Dette gjør vi i Aldring og helse blant annet ved å dedikere Demensdagene i år til å presentere retningslinjen, og ha dialog om hvordan den kan gjennomføres i praksis. Det er for helse- og omsorgspersonell retningslinjen er laget, avslutter Kari Midtbø Kristiansen.

Utredning og diagnostikk – en forutsetning

Mange av de rundt 80 000 menneskene man antar lever med en demenssykdom i Norge i dag er udiagnostisert. Dette til tross for at det er bred enighet om at utredning og diagnostikk er en forutsetning for å yte god og effektiv helsehjelp til personer som en mistenker har demens. Antallet forventes å stige kraftig de neste årene.

Demens kan ikke kureres, men forskning viser at sykdomsforløp og livskvalitet kan påvirkes positivt ved hjelp av tilpassede tiltak og oppfølging av personer med demens og deres pårørende.

Retningslinjen omhandler de vanligste demenssykdommene, slik som Alzheimers demens, vaskulær demens, blandet Alzheimers demens og vaskulær demens, demens med Lewylegemer, demens ved Parkinsons sykdom og frontotemporal demens. Anbefalingene som gis, kan med fordel også anvendes på mer sjeldne demenssykdommer. Det understrekes at en individuell vurdering uansett må gjøres.



– Retningslinjen vil være en viktig rettesnor og et verktøy for alle, mener Kari Midtbø Kristiansen.



Ill.foto: Martin Lundsvoll

Anbefalingene er gitt med ulik styrke, hvorav de sterkeste er merket med grønt. Til disse hører:

- Kommunens helse- og omsorgstjenester skal være helhetlige og koordinerte, dette gjelder også for personer med demens. Lege har et hovedansvar for å sikre utredning og medisinsk oppfølging. I tillegg kan kommunen organisere deler av tjenestene som tverrfaglig team / koordinator som bistår lege i utredning og legger til rette for at oppfølging i hjemmet tilbys etter demensdiagnose er satt
- Helse- og omsorgspersonell skal legge til rette for at individuelle rettigheter, preferanser og behov til personer med ivaretas gjennom personsentrert omsorg og behandling
- Virksomheten skal motivere og legge til rette for at personer med demens kan være fysisk aktive i minst 30 minutter hver dag
- Pårørende til personer med demens bør tilbys oppfølging som tar høyde for deres situasjon og deres reaksjoner i en livssituasjon som kan oppleves krevende.

Til spesialist ved særlige behov

Hvis lege er i tvil om utredning og diagnose, bør hun søke veiledning hos spesialisthelsetjenesten, eventuelt henvise pasienten dit. Terskelen for når fastlegen bør søke veiledning eller henvise vil variere avhengig av legens erfaring og kompetanse på demens.

For grupper som kan ha særskilte behov ved utredning av demens anbefales det som hovedregel å bruke spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder yngre personer, personer med utviklingshemning, personer med minoritetsbakgrunn og personer med samisk kulturbakgrunn, når språk, utdanningsnivå og/eller kultur er en barriere for utredningen i primærhelsetjenesten.



– Nå gjelder det at alle fastlegene følger opp, sier generalsekretær Lisbet Rugtvedt i Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Foto: Nasjonalforeningens pressefoto, Anne Elisabeth Næss

Etter planen skal det ved årsskiftet også komme anbefalinger om utvidet utredning ved mistanke om demens samt lindrende behandling.
Den nye retningslinjen kan leses her <https://www.magicapp.org/app#/guideline/1370>

Vedtøk global demensplan

TEKST: Petter Hveem

Representanter på Verdens helseforsamling, i regi av Verdens helseorganisasjon (WHO), godkjente 29. mai i år enstemmig en ambisiøs global handlingsplan om demens.

– Vedtaket sender et sterkt signal til regjeringer over hele verden, sier Kari Midtbø Kristiansen, daglig leder ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

– Vi hilser en global demensplan hjertelig velkommen. Når målet er at 75 prosent av medlemslandene skal ha sin egen demensplan, viser det klare ambisjoner fra WHO. I Norge er vi inne i vår andre periode med demensplan, og vedtaket bør også forplikte oss i det videre arbeidet, sier hun.

Kristiansen mener dette viser hvordan demens er satt på dagsorden som en av de store samfunnsutfordringene verden nå står overfor.

På verdensbasis har rundt 47 millioner personer demens, og hvert år blir det nesten 10 millioner nye tilfeller. Nær 60 prosent av dem som har demens bor i lav- og mellominntektsland.

Handlingsplanen, som gjelder for årene 2017–2025, innebærer en klar forpliktelse for medlemslandene i WHO til å utvikle ambisiøse nasjonale strategier og konkrete planer for gjennomføring.

Sterkt signal

– Vedtaket sender et sterkt signal til regjeringer over hele verden om at de må iverksette planer

og retningslinjer for demens, og samtidig må disse planene også finansieres og overvåkes.

Ved utvikling av planene og gjennomføringen av dem, skal respekt for menneskerettighetene stå sentralt. Handlingsplanen har til hensikt å forbedre livet til personer med demens, deres familier, og de som støtter og pleier dem. Samtidig er det et mål å redusere innvirkningen demens har på lokalsamfunn, byer og land.

– Mer konkret handler det om tiltak for å redusere risiko for demens, få bedre diagnose, behandling og omsorg, forskning og innovativ teknologi og forbedringer for dem som pleier og støtter personer med demens, sier Kari Midtbø Kristiansen.

Delegatene på Verdens helseforsamling la vekt på behovet for å se samlet på både helsemessige og sosiale tilnærminger til omsorg. Det ble tatt til orde for å se tiltak rettet mot demens i sammenheng med tiltak for mental helse, kroniske sykdommer og generell aldring.

Delegatene på WHO å gi nødvendig teknisk støtte, verktøy og rådgivning til medlemslandene for utvikling av nasjonale og lokale planer. I tillegg skal WHO skissere en global forskningsagenda for demens. WHO's Global Dementia Observatory ble trukket fram som viktig for å kunne følge utviklingen av arbeidet.



Kari Midtbø
Kristiansen



Ill.foto: Martin Lundsvoll

Nasjonalforeningen
for folkehelsen

Din helse – vår hjertesak!

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

Tre hovedutfordringer foran valget

Eldreomsorg er alltid et valgkamptema. Men når eldreomsorg likevel ikke tar av og virkelig preger valgkampen (i hvert fall ikke i skrivende stund), kan det være fordi vi fortsatt er et stykke unna å se de utfordringene vi får når eldrebølgen kommer for alvor. Hvordan vil egentlig omsorgsoppgavene for kommunene se ut, og hvordan skal de løses når de rekordstore etterkrigskullene når en virkelig høy alder om ti, tjue år? Det er ikke så mange valgperiodene igjen før vi er der.

For den enkelte er hverdagen her og nå viktig, med gode helse- og omsorgstjenester, økonomisk trygghet, sosialt fellesskap og meningsfylt innhold i dagene. Men for Norge som velferdssamfunn vil eldrebølgen stille oss overfor betydelige utfordringer som dagens politikere må ta ansvar for. Jeg mener tre problemstillinger er særlig viktig å sette på dagsorden nå:

Den første er kompetanseutfordringen. Vi må legge til rette så vi får rekruttert tilstrekkelig mange og godt kompetente folk til å jobbe i omsorgssektoren. Der ligger den viktigste og mest effektive kvalitetssikringen, ikke i nye forskrifter og rapporteringskrav. Det er allerede i dag et stort problem at det er for lite helsefaglig kompetanse i eldreomsorgen, for få leger og for få sykepleiere og andre med spesialisering i demens og geriatri.

Den andre er teknologiutfordringen. Vi trenger en teknologisk opprustning slik at omsorgssektoren kan utnytte mulighetene som teknologi byr på, og som gjør at flere kan være selvhjulpne og opprettholde et godt liv i eget hjem. Det må utvikles planer for hvordan riktig teknologi kan tilpasses ulike brukeres behov.



SKREVET AV
Lisbet Rugtvedt,
generalsekretær,
Nasjonalforeningen
for folkehelsen

Her må det tas særlig hensyn til personer med demens. Ansatte må få avlastning og teknologisk støtte i en travel arbeidsdag, slik at tid kan frigjøres til sosialt fellesskap og belastningsskader kan unngås. Behovet for menneskelig kontakt og fellesskap kan vi aldri løse med teknologi, men teknologien kan frigjøre tid til å være sammen.

Den tredje utfordringen er å sikre at vi også i framtida får hjelp av fellesskapet til å løse store omsorgsoppgaver. Allerede i dag er det mange pårørende som opplever en for stor belastning. Som følge av at vi får barn seinere enn før, kommer mange framover i den situasjonen at de både har hjemmeboende barn og syke foreldre. Utfordringen handler også om at mange er enslige og ikke har nære pårørende. Særlig gjelder dette de aller eldste. Det er blitt et mantra for politikere i alle leire at framtidas eldre må kunne bo lenger hjemme. Det er vel og bra, men en slik politikk krever at vi også finner ut hvordan vi ivaretar pårørende, fremmer likestilling i familiene, ivaretar enslige og har gode systemer for å vurdere når det er nødvendig med en annen pleieløsning enn hva som er mulig i hjemmet.

Har du i løpet av valgkampen fått svar på hva partiet du skal stemme på mener om disse viktige utfordringene? Hvis ikke, har vi enda noen dager til å forlange svar som grunnlag for hva vi skal stemme. Og når valget er over har vi fire nye år til å jobbe sammen med våre folkevalgte om å finne gode løsninger for våre framtidige omsorgsutfordringer. Vi kommer ikke utenom dem.



Ill.foto: The European Delirium Association

Delirium: Det er på tide å redusere forvirringa!

Delirium (akutt forvirring) er ein sær sars vanleg komplikasjon til somatisk sjukdom. Delirium er kjenneteikna av eit akutt oppstått problem med merksemd og endring i kognitiv funksjon. Hallusinasjonar og vrangforestillingar er vanlege, til dømes er det ikkje sjeldan at deliriøse pasientar på eit sjukehus trur dei er innesperra i eit fengsel og at kvitkleddde helsearbeidarar er fangevoktarar (eller spøkelse) som er ute etter å skade dei. At deliriøse pasientar stritter i mot i samband med blodprøvetaking eller andre prosedyrer er difor ganske naturleg.

Delirium oppstår som eit samvirke mellom predisponerande faktorar (sårbarhet) og utløyssande hendingar. Jo meir skrøpelig ein pasient er, desto større risiko er det for å utvikle delirium. Demens er ein spesielt sterk risikofaktor for delirium. Hå pasientar som er sårbare skal det lite til å utløyse eit delirium. Ein situasjon som i utgangspunktet ikkje er så alvorleg (urinveisinfeksjon, urinretensjon, obstipasjon) kan vera nok. Hå pasientar som er meir robuste skal det meir til å utvikle delirium, men også pasientar som i utgangspunktet er spreke kan utvikle delirium om dei blir sjuke nok (ein alvorleg

infeksjon, store traumer, stor kirurgi). Dei to avdelingane i eit sjukehus som har flest deliriøse pasientar er geriatriisk avdeling (som har dei mest skrøpelige pasientane) og intensivavdelingane (som har dei sjukaste pasientane).

Til tross for at delirium er vanleg og alvorleg har det hatt overraskande lite fokus i klinikk og forskning, og det er framleis mange som jobbar med deliriøse pasientar som veit lite eller ingenting om tilstanden. Svært mange tilfelle av delirium blir difor aldri oppdaga. Når ein snakkar med pasientar og pårørande etter eit sjukehusopphald, opplever ein ofte at det som gjorde aller sterkast inntrykk var at dei vart så forvirra i samband med sjukdomen. Dette er gjerne meir skremmande enn sjukdomen i seg sjølv. Hallusinasjonane kan i seg sjølv vere svært ubehagelege, men sjølv erfaringa med å miste kontrollen og ikkje forstå kva som skjer er nok det aller verste. I tillegg er det mange pasientar som har eit vagt minne om at dei oppførte seg dårleg overfor personalet på avdelinga. Pasientar med delirium er absolutt ein utfordring å hanskast med i ei sjukehusavdeling, men dette er jo ikkje pasientane sin feil. Like fullt er det mange pasientar som plagast av slike minne. Det er fleire rapportar på at delirium kan utløyse posttraumatisk stress.

Interessen for delirium er stigande både blant forskarar og hå klinikkarar. Dei siste åra har ein lært meir om kor vanleg delirium er, men også vorte meir merksam på kor alvorleg den kan vere. Ikkje minst har ein vorte meir merksam på langtidskonsekvensane av delirium. Inntil for få år sidan trudde ein at delirium var ein tilstand som gjekk attende av seg sjølv og så var problemet løyst. Hå dei fleste pasientar

SKREVET AV
Leiv Otto Waite
Oslo Delirium Research Group
og leiar av organsiasjons-
komiteen for EDA 2017



stemmer det for så vidt at dei kjem ut av delirium når ein får behandla tilstanden som utløyse det i utgangspunktet. Men det er no stadig meir overtydande data som tyder på at delirium er assosiert med auka risiko for død, for trong til sjukeheimplass og ikkje minst ein dramatisk auke i risiko for demens. Og for pasientar som allereie har demens, kan ein episode med delirium forverre tilstanden. Det er difor all mogleg grunn til å ta delirium på alvor og gjere det ein kan for å førebyggja tilstanden.

Det finst dessverre ingen effektive medikament for å behandle delirium. Antipsykotika blir nokre gonger brukt for å dempe symptom, men studiar har ikkje vist at dette er ein effektiv behandling av delirium i seg sjølv. Heldigvis er det mogleg å førebygge så mykje som 30–50 prosent av tilfella gjennom å optimalisere den medisinske behandlinga (behandle smerter, sikre god søvn, orientere pasientane, sikre homeostase).

Den 16. og 17. november i år blir den europeiske deliriumkonferansen arrangert på Hotel Bristol i Oslo. Dette vil vere ein flott moglegheit til å bli oppdatert på denne viktige tilstanden! Programmet er lagt opp slik at det skal vere interessante og relevante foredrag for alle faggrupper som jobbar med delirium, også for dei som jobbar utanfor sjukehus. Delirium og demens er tett knytt saman, og det vil bli egne foredrag om kva som knyter tilstandane saman og kva som skil dei, både patofysiologisk og klinisk. Sjekk nettsidene www.eda2017.com for program og påmelding! Velkommen!

■ l.o.watne@gmail.com

Helt normalt å spørre om alkohol!



Ill.foto: Adobestock.com / mtsaride

I Norge og andre vestlige land blir vi stadig flere eldre. Mange vil være aktive, friske eldre som lever gode liv opp i høyere alder, og andelen vil øke. Men antallet syke eldre, som bruker flere medikamenter for flere lidelser og risikofaktorer enn yngre, vil også stige.

Normale aldringsprosesser gjør at kroppens ulike organer, inkludert hjernen, tåler mindre alkohol enn i yngre år, mens kulturelle endringsprosesser har gjort at alkoholforbruket relativt sett har økt mest i de eldre aldersgruppene. Helsemyndighetene i Norge og internasjonalt har i mange år anbefalt generell kartlegging av alkoholforbruk, og gjennomføring av korte intervensjoner (behandlingstiltak) hvis tegn på risiko eller skade avdekkes. Slike tiltak er ekstra relevant hos eldre, nettopp på grunn av effektene av normal aldring, økt forekomst av sykdommer og bruk av flere medikamenter. Likevel snakkes det (like) lite om alkohol i sammenheng med helseproblemer hos eldre som hos den generelle befolkningen.

Ut fra slike betraktninger burde vi i helsevesenet generelt, og fastleger spesielt, snakke mer om alkohol med våre aldrende pasienter. Så hva kan den manglende oppmerksomheten skyldes? Og burde vi gjøre noe for å bli bedre? Fastlegene jeg intervjuet i min egen forskning mente de spurte om alkohol for sjelden, men de ga også mange eksempler på konkrete situasjoner hvor de hadde spurt. Eksempelene handlet blant annet om søvnvansker, angst og depresjon, fordøyelsesplager, ulykker, gjentatte sykemeldinger, høyt blodtrykk og forhøyete leverprøver. De opplevde det lettere å spørre (men vanskeligere å huske på det) hvis de kunne koble spørsmålet til slike vanlige helseproblemer. Hvis pasienten var i en vanskelig livssituasjon eller hadde tegn på alvorligere problemer med alkohol, var det lettere å se at alkohol kunne være relevant, men vanskeligere å spørre av frykt for å såre eller støte pasienten fra seg. Generelt var det lettere å snakke om

SKREVET AV
Torgeir Gilje Lid
Fastlege og postdoktor.
Regionalt kompetansesenter
for rusmiddelforskning
i Helse Vest
Allmennmedisinsk
forskningsenhet,
Uni Research Helse



Ill.foto: Adobestock.com / FMTURRINI

«... de fleste alkoholrelaterte helseproblemer oppstår hos mennesker uten avhengighet eller tradisjonelt misbruk.»

alkohol når det var koblet til et relevant helseproblem eller en konkret bekymring, eller hvis det var en rutinesituasjon som for eksempel førerkortvurderinger eller svangerskap. Vi har beskrevet dette som *pragmatisk case-finding*.

Pragmatisk case-finding innebærer først og fremst å snakke om alkohol med pasienter ut fra at det *kan være relevant for akkurat denne pasienten*, ikke som en generell kartlegging. Kartlegging av alle kan høres intuitivt fornuftig ut, men både erfaring og forskning har vist at dette i liten grad fungerer i praksis. Men pasientene oppsøker fastlegen og andre aktører i helsetjenesten for å få hjelp, både når de er bekymret for sykdom og når de trenger hjelp til behandling og mestring av helseproblemer. Svært mange helseproblemer kan utløses eller forverres av for høyt alkoholforbruk. På grunn av de fysiologiske aldersforandringene og økt hyppighet av sykdommer og helseproblemer,

Eksempler på mulig alkoholrelaterte helseproblemer

- Depresjon
- Kognitiv svikt
- Livskriser
- Høyt blodtrykk
- Svimmelhet
- Dårlig regulert diabetes
- Søvnforstyrrelser
- Angst
- Skader
- Samlivsproblemer
- Fordøyelsesplager
- Hjerterytmeforstyrrelser
- Legemiddelbruk – mange legemidler og/eller vanedannende legemidler

er dette *enda viktigere* for eldre. I tillegg kommer økt mulighet for samvirke mellom alkohol og medikamentbruk. Likevel er det god dekning for å si at vi (fastleger og andre i helsevesenet) snakker mindre om alkohol med eldre enn med yngre pasienter.

Noe av problemet er at vi holder oss med noen fastlåste forestillinger eller bilder, enten vi er pasienter, leger eller annet helsepersonell. Alkohol er vårt vanligste rusmiddel, og i en norsk sammenheng vil de fleste fastleger og de fleste pasienter være brukere av alkohol. Men mange, både pasienter og fastleger, tenker ikke på alkohol som et rusmiddel på linje med andre rusmidler. Rus er noe de andre, de få, de med alvorlige problemer, de uten kontroll, de som har falt utenfor, driver med. Mens alkohol er en kilde til hygge, avslapning, og gode fellesskap. En slik forestilling klarer de fleste å opprettholde selv om alle har noen i sin bekjentskapskrets eller på arbeidsplassen som har utviklet mer alvorlige problemer.

Vi har noen fordommer om hvordan alkoholproblemer eller alkoholisme arter seg. Disse bygger på forestillinger om at det er to ulike typer mennesker; *vi mange* som kan nyte alkohol på forsvarlig vis, og *de få* som er misbrukere eller avhengige. Men i virkeligheten er dette en glideskala, ikke to ulike kategorier, og de fleste alkoholrelaterte helseproblemer oppstår hos mennesker *uten* avhengighet eller tradisjonelt misbruk. I en kultur hvor de fleste drikker mye mer enn for en generasjon siden, vil en person med alkoholrelaterte helseproblemer til forveksling ligne oss selv. Jo mindre vi reflekterer over eget forbruk, desto dårligere blir vi til å kjenne igjen kliniske situasjoner hos

Pragmatisk case-finding hos fastlegen

- Når det er klinisk relevant – noe har allerede skjedd
For eksempel søvnvansker, angst/depresjon, tapsopplevelser, ulykker, svimmelhet, slapphet, ensomhet, hjerterytme-forstyrrelser, høyt blodtrykk, gjentatte infeksjoner, forhøyete leverprøver
- Når det er relevant av andre grunner – forebyggende
Myndighetsutøvelse (førerkort), samtaler om helse og livsstil, livsfaseendringer (pensjonering)

Figur 1. Risiko ved alkoholrelaterte skader

KVINNER	MENN
Høy risiko: 15 AE eller mer per uke	Høy risiko: 22 AE eller mer per uke
Økt risiko: 10-14 AE per uke	Økt risiko: 15-21 AE per uke
Lav risiko: Inntil 9 AE per uke	Lav risiko: Inntil 14 AE per uke

AE = alkoholenheter. En AE = 12.6 g ren alkohol



Illustrasjon: AdobeStock.com/cirquedesprit

pasienten hvor alkoholforbruket kan være. Fordommene våre om hvordan alkoholproblemer arter seg styrer da i stor grad hva vi ser etter hos pasientene, i stedet for at vi ser etter om pasienten har et *helseproblem hvor det er mulig at alkohol kan spille en rolle*.

For det andre har vi et sett fordommer overfor eldre. Vi har vanskelig for å forestille oss at eldre kan ha et uheldig alkoholforbruk hvis det ikke foreligger tydelige tegn på dette. Og hvis det foreligger tydelige tegn, vil ofte både vi og pasienten ha forestillinger om at det er svært vanskelig å få til endring. Disse forestillingene fører til lav oppmerksomhet, taushet og manglende tro på endring. Dette er svært bekymringsfullt, da vi her snakker om en pasientgruppe hvor risikoen for negative effekter er stor og derfor potensialet for å oppnå positive effekter av reduksjon eller avhold er stort. Det er alltid viktig å snakke om alkohol med pasienter med for eksempel søvnvansker eller høyt blodtrykk eller fallskader, men det er faktisk enda viktigere hvis pasienten er eldre.

Men hvor går egentlig grensen for hva som er et skadelig forbruk? Det kan vi faktisk ikke vite. Anbefalte grenser, som for eksempel grønn sone 14/9 enheter (menn/kvinner) per uke bygger på tilgjengelig forskning og angir grensen for risiko for alkoholrelaterte helseproblemer hos friske voksne, på gruppenivå. Men også på dette området er det stor variasjon mellom mennesker, og stor variasjon hos den enkelte over tid. Alle vet at det kan være stor forskjell på hva jeg tåler og hva du tåler, og ved nærmere ettertanke vet de fleste at det som går bra ved en anledning kan være alt for mye ved en annen anledning. Alder, livskriser og helseproblemer påvirker våre egne grenser, og gjør at vi tåler mindre etter som tiden går. I England og Wales har de redusert anbefalingene for menn til samme nivå som for kvinner, og de anbefaler nå en grense for begge kjønn på max 8 alkoholenheter per uke (de reduserte til 12 UK-enheter (8 g ren alkohol) som tilsvarer cirka 8 alkoholenheter (12.6 g ren alkohol) på norsk). Ved en del helseproblemer og svekkelser kan også forbruk på dette nivået være uheldig. Et svært viktig poeng her er at vi ser ikke kun etter helseproblemer som kan *skyldes* alkohol, men også helseproblemer av andre årsaker hvor alkohol kan være en *kompliserende faktor*. Alt dette kan vi sammenfatte som mulige alkoholrelaterte helseproblemer.

Listen over alkoholrelaterte helseproblemer er svært lang, og i noen artikler oppgis det at et par hundre tilstander i ICD-10 kan forårsakes av eller forverres av alkohol. Slik telling er mindre interessant når det kommer

til stykket. Det viktige er å tenke på alkohol ved mange ulike helseproblemer. Hvis pasienten drikker alkohol, er det verdt å avklare om alkohol kan spille en rolle. Jo høyere forbruket er over anbefalte grenser, jo større sannsynlighet er det for at alkohol har innvirkning. Men desto eldre og svakere pasienten er, desto lavere forbruk kan spille en rolle, også når forbruket ligger lavere enn anbefalte grenser. Det er viktig å huske på at de anbefalte grensene handler om friske voksne.

Det er vanskelig å gi konkrete oppskrifter for *hvordan* en skal spørre om alkohol. Gode eksempler finnes i Sven Wåhlins bok *Alkohol – en fråga för oss i vården*. Det helt sentrale er at en faktisk spør om alkohol, og jo oftere en gjør det, jo flinkere blir en til å spørre på en åpen, ikke-fordømmende måte. Det viktigste er å få en god samtale med pasienten, ikke å få alle til å drikke mindre. De som opplever at dette ble snakket om på en god måte, vil også i større grad tenke videre selv. Alt som bidrar til reduserte helseplager hos den eldre er positivt. Vi må gjøre det til noe *helt normalt å spørre om alkohol*. Det vil også over tid bidra til økt kunnskap hos eldre og hos befolkningen generelt om sammenhenger mellom alkoholforbruk og helse. En kombinasjon av nyansert offentlig debatt om temaet og gode samtaler på legekantorene vil sammen bidra til endring over tid i hvordan vi tenker om alkohol og helse.

■ giljelid@gmail.com



– Det har blitt noen drammer ja, sier Åge Sørli.

RUSAVHENGIGHET på sykehjem

TEKST: Bente Wallander FOTO: Martin Lundsvoll

Rød saft duger ikke når Åge Sørli og de andre pasientene på avdelingen skal slukke tørsten. Vin og øl rasjoneres ut i daglige doser. Partyfaktoren på Stovnerskogen sykehjem er også personsentrert omsorg.

Janecke Aune nyter sin vin. Klokka har knapt passert 12, men fra den velbrukte lerka på bordet er det allerede helt opp et glass eller to. På røykerommet sitter andre pasienter med liknende behov. Personsentrert omsorg for personer med en rusfortid innebærer høyere toleranse for rusmiddelbruk, også på sykehjemmet.

– Dette er hjemmet til alle våre pasienter. Noen av dem må få leve med sitt forbruk av legale rusmidler, vi er ingen avvenningsinstitusjon. At vi hjelper enkelte med å bestemme kvotene blir nesten som å ordinere smertemedisiner. Men de illegale rusmidlene er like ulovlige her som andre steder, vi forsøker å komme all bruk av narkotika til livs, understreker Stovnerskogen sykehjems leder, Mette Noreng.

Unik avdeling

Totalt 16 plasser ved Stovnerskogen sykehjem er i dag forbeholdt personer med en rusfortid. Det startet da byrådsavdelingen i 2011 spurte sykehjemsetaten om de kunne opprette ni plasser for somatiske eldre pasienter med alkoholproblemer. Velferds- og rusmiddelstaten slet med å finne gode nok tilbud til pasientgruppen.

– Det bodde mange eldre personer med alkohol- og rusproblemer på de tidligere vernehjemmene som ingen ville ha med å gjøre, minnes Noreng.

«68-generasjonen gjør nå sitt inntog på sykehjemmene.»



Mette Noreng

Stovnerskogen er fortsatt det eneste sykehjemmet i Oslo med en slik avdeling. De ni plassene ble i 2013 utvidet til 16, korttidsplassene på Ryen skal også overføres til Velferdsetaten.

Kriteriene for å få plass er at du er over 67 år, har et alkohol- eller rusproblem (legale rusmidler) i tillegg til så store somatiske utfordringer at du er pleietrengende. Dagens pasientgruppe er en blanding av alkoholikere og blandingsmisbrukere som i hovedsak går på lovlige midler som alkohol og metadon.

– Noen føler seg fortsatt friske nok til å ta seg en bytur når pensjonen kommer. Men hvis de kommer ruset hjem og vil dele det de har skaffet seg med andre, må vi reagere, ikke minst av hensyn til andre pasienter og pårørende.

Komplekse plager

Blandingsmisbrukere fra den såkalte 68-generasjonen gjør nå sitt inntog på sykehjemmene. Noen er yngre, yngstemann på Stovnerskogen har så vidt fylt 50. Etter år med rusmiddelbruk oppstår plager med lever, hjertet, bevegelse, balanse og motorikk. Noen utvikler demens. Mange er svært hjelpetrengende, andre vanskelige å tilpasse.

– Det er ikke enkelt å håndtere blandingsmisbruk på sykehjemmet. Vi har for eksempel ingen ransakelsesfullmakt. Dette er hjemmet til våre beboere. Alle har i utgangspunktet rett til å være den personen de er. Vi møter mange triste



Janecke Aune, ifølge eget utsagn en gang «Oslo bys førstedame» og «Lassaronas dronning». – Har jeg hatt et godt liv? Stundom, ja. Stundom, nei.

skjebner, noen oppfatter personalet som sin eneste familie. Hos oss møter de omsorg og nærhet, kanskje for første gang på mange år. Mange har brent alle andre bruer, og de fleste har et tungt misbruk i seg. Sikkerhet for våre andre pasienter må noen ganger veies opp mot slike etiske og moralske dilemmaer, sier Mette Noreng.

Erfaring gir kompetanse

Da de første plassene ble etablert i 2011, hadde ikke de ansatte ved Stovnerskogen spesiell kompetanse på misbruk.

– Den har vi skaffet oss underveis. Noen av de ansatte har tatt videreutdanning i psykiatri, for øvrig har vi fylt på de ansattes kunnskaper med kurs og internundervisning. For noen er amputasjoner, sår og infeksjoner faglig interessante tillegg utfordringer. Vi har i dag mange stabile og dyktige ansatte på avdelingen, som gjør en veldig god jobb.

Men den personsentrerte omsorgen skiller seg ikke fra den som utøves ellers på huset.

– Vi må alltid være opptatt av å lære pasientene våre å kjenne. På andre avdelinger får vi gjerne informasjon om pasientenes liv og levnet via venner og familie. For denne gruppen kan det være vanskelig å finne slike opplysninger. Mange bånd er brutt og familien orker ikke å stille opp. Da må vi prøve å fange opp den enkeltes ønsker og interesser på annet

vis. Én av pasientene er for eksempel veldig opptatt av musikk, deriblant Beatles og Rolling Stones. Å komme seg på en konsert er ett av hans store mål. En annen har fått hjelp til å administrere rødvinsforbruket sitt, slik at det nå er under kontroll. Etter å ha hatt et problematisk forhold til familien i en årrekke, deltok hun forrige helg i sin sønns bryllup i følge med en av våre ansatte. Det fungerte strålende, noe som var svært hyggelig også for familien.

Rom for romantikk

Fellesaktiviteter som filmkveld med øl og pizza, quiz, herreklubb, og kortspill er populære.

– Vi har også tatt ti av beboerne med til Svarttjern for å grille. Noen fest ble det ikke, men litt øl til maten fikk de som var med, forteller sykehjemslederen.

For 60 år gamle Janecke Aune var det fint å få plass på Stovnerskogen sykehjem. Inne på avdelingens godt besøkte røykerom forteller hun litt om seg selv og sin bakgrunn:

– Farsslekta kommer østfra, fra områdene ved svenskegrensen. På morssiden er jeg en blanding av norsk, samisk og finsk. Vi pleide å farte mellom slekt i Sverige og Norge under oppveksten.

Da Janecke gikk på ungdomsskolen skrev hun særoppgave om virkningene av å innta alkohol og narkotika. Som tenårings begynte hun likevel med hasj.

– Jeg har opplevd mye. Vært forlova ti ganger og gift tre. Da jeg møtte Tater-Per, for eksempel, Kongen av gata ble han kalt. Innen kvelden var omme var vi forlova. På den tida var jeg «Oslo bys førstedame» og «Lassaronas dronning». Du skulle hørt den skrekkslagne svigerfaren min da han fant ut at jeg drev ei pornosjappe. Jeg hadde millionomsetning i de åra, selv om kvinneaksjonistene fra Sirene var forferdelig gærne på butikken. Tid til å ruse seg ble det ikke. Bortsett fra på lørdager da.

– I dag sliter jeg med betente lunger, men hvis jeg får noen glass Gato Negro hver dag er jeg fornøyd.

Bare brus nå

For Åge Sørлие (72) ble møtet med brennevin skjebnesvangert.

– Det ble noen drammer, ja. Det prega livet mitt, rett og slett. Jeg ble skilt på grunn av min trang til alkohol. Deretter fikk jeg slag og måtte flytte fra gården min på Eidsvoll.

– Der skal jeg bli gardskjerring en dag, skyter Janecke inn med et stort smil; – Vi skal få oss kuer også, ikke sant, Åge? For jeg kan å melke! Det må være litt romantikk og her i verden!

En av de yngste på avdelingen, Hans Gunnar Bjørnstad, så dagens lys i Gamlebyen i Oslo bitte lille julaften for 60 år siden. Han begynte ifølge eget utsagn å dope seg tidlig, rundt ungdomsskolealder.

Som rørlegger kom Hans Gunnar så ut for ei ulykke. Han ble kraftig klemt, hodet fikk også en kraftig trøkk. Et liv med mye rus fulgte, et tema han ikke snakker så mye om. Men det fine rommet sitt viser han stolt fram.

– Jeg hadde en gang egen leilighet, men senere ble det hospits og livet på gata. Det var helt pyton! Her på Stovnerskogen er det godt å bo. Sånn sett kan du si jeg har det bra i dag.

Fra kongeklem til sykehjem

Gerd Vanvik flyttet fra Mo i Rana til Oslo som 19-åring. Den idrettsinteresserte jenta hadde nordnorsk rekord i høydehopp.

– Jeg hoppa 1,82 som 17-åring, og fikk både pokal og klem av Kong Olav. To år senere møtte jeg en mann på byen som må ha putta piller i det jeg drakk. Jeg havna på sykehus og holdt faktisk på å stryke med på grunn av dét.

57-åringen har i dag vondt for å gå, men etter å ha bodd på sykehjemmet i seks år synes hun at dagene kan bli kjedelige.

– Jeg skulle ønske jeg kunne være mere i aktivitet. Skulle vi ikke ta oss en tur til svømmehallen, eller over til Frogner, foreslår hun, uten å få respons fra resten av gruppen.

– Det er ganske vanlig at vi kranbler litt oss imellom, skyter Janecke inn;

– Når vi går på byen, for eksempel. Husker du hvordan vi romsterte i Folketeaterpassasjen, flirer hun til Gerd.

Janecke Aune (t.v.), Torill Hansen, Gerd Vanvik og Hans Gunnar Bjørnstad er faste gjester på sykehjemmets røykerom.





Samarbeidspartnere: Sverre Bergh, Ingrid Julie Stadtler, Elisabeth Rosenvinge og Elin Angen Michaelsen.

Rusprosjekt med RINGVIRKNINGER

TEKST/FOTO: Bente Wallander

Gjennom et utviklingsprosjekt om eldres rusbruk og psykiske helse i Gjøvik kommune, får personalet mer kompetanse om fagfeltet.

Et av målene med prosjektet *Kartlegging eldre og rus – kompetanseheving ansatte* er identifisering av personer (60+) med problemfylt bruk og eller misbruk av alkohol og legemidler i Gjøvik kommune.

– Vi vil samtidig øke kompetansen på psykisk helse og rus blant ansatte i hjemmetjenesten og på korttidsavdelingene, noe vi allerede har dokumentert at det er behov for, opplyser Gjøvik kommunes prosjektleder, Elin Angen Michaelsen ved Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT), Oppland.

Nasjonale føringer

Norske kommuner har de senere årene fått et stadig større ansvar for områdene rus og psykiatri blant eldre. Helse- og omsorgsansatte i Gjøvik gir nå uttrykk for at de synes å se stadig flere eldre pasienter med rusrelaterte utfordringer.

– Siden vi allerede hadde sett utfordringer på området, og det var et engasjement blant de ansatte, valgte vi å ta opp denne tråden, sier Elin Angen Michaelsen.

USHT Oppland hadde ideen til et prosjekt vedrørende eldre og rus, og tok kontakt med Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet HF, med spørsmål om å samarbeide om en søknad til helsedirektoratets tilskuddsordning om kommunalt rusarbeid. Prosjektet fikk tildelt penger, og

sykepleierne Ingrid Julie Stadtler og Elisabeth Rosenvinge ble ansatt for å samle erfaringer med tenkte tiltak. To ansatte fra Senter for omsorgsforskning ved NTNU ble engasjert for å gjennomføre fokusgruppeintervjuer av ansatte ved to korttidsavdelinger og to hjemmetjenesteavdelinger. USHT står som eier av prosjektet og datamaterialet, som skal benyttes videre av Senter for Omsorgsforskning, NTNU og Alderspsykiatrisk forskningssenter HF.

Fant mest piller

Etter 100 av 300 planlagte kartleggingsbesøk har Ingrid Julie Stadtler og Elisabeth Rosenvinge avdekket rusrelaterte utfordringer blant eldre.

– Mange oppgir at de plages av ensomhet og angst. Det meste av misbruket kan knyttes til beroligende og/eller smertestillende medikamenter, sier de.

Ved bruk av verktøyet The Geriatric Depression Scale (GDS), med mulig skår 1-5, ligger den foreløpige snittskåren på rundt 2. Det stemmer godt med samarbeidspartner Sverre Berghs inntrykk av pasientgruppen. Legen ved Alderspsykiatrisk forskningssenter ved Sykehuset Innlandet HF er ansvarlig for prosjektets kvantitative forskningsdel. Fokusområder i kartleggingen er angst, depresjon, rus og kognitiv svikt.

– Vi ser at eldre personer som får hjemmetjeneste eller legges inn på sykehjem har rusrelaterte problemer. Det er i hovedsak overforbruk av tabletter, men vi har også sett noen få tilfeller med skadelig bruk av alkohol og misbruk av illegale rusmidler. Over halvparten av brukerne beskriver opplevd angst og uro, noe de både behandles for og selvmedisinerer; det meste ved hjelp av legeforskrevne medikamenter, forteller han.

Bergh forstår at de ansatte i slike situasjoner kan føle seg rådløse, og at de synes det er vanskelig å finne gode tiltak.

– Tidligere lå ansvaret for disse utfordringene hos pasientens fastlege eller i spesialisthelsetjenesten, men nå er ansvaret i større grad gitt til kommunale helsetjenester.

– Ser ikke de eldre

Å etablere gode rutiner for å ivareta kommunens mottakere av hjemmetjenester eller tjenester ved korttidsavdelinger i sykehjem, som har eller er i risiko for skadelig legemiddel- eller alkoholbruk, er derfor et prosjektmål.

– Vi vil blant annet utarbeide en tiltaks- og behandlingspakke, med utgangspunkt i erfaringer som er gjort ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Hamar kommune og Nettverk Eldre og Rusbruk (NERO) i Oslo. Prosjektet har gitt oss en verdifull kunn-

«Vi ser at eldre personer som får hjemmetjeneste eller legges inn på sykehjem har rusrelaterte problemer.»



Elin Angen
Michaelsen

skapsstatus og et sterkt ønske om å få jobbe videre med dette. Vi trenger denne type forskning for å løfte problematikken, sier Michaelsen.

Temaet rus og psykiatri er ikke ukjent for norske kommuner; fortsatt finnes det ikke mye kompetanse på områdene i den generelle helsetjenesten.

– Hjemmetjenesten hjelper gjerne til, men det blir ofte med ad hoc-tiltak, uten at man klarer å videreføre erfaringene til forebyggende tiltak for flere. Problemstillingen berører i tillegg viktige etiske aspekter. Pasientene vi snakker om er ikke fratatt sin selvbestemmelse, vi har ingen rett til å utøve tvang. De nasjonale føringene er til god hjelp, men store individuelle forskjeller gir oss lokale utfordringer. Spesielt hvis personene vi skal hjelpe inntar både alkohol og medikamenter.

Skam- og tabubelagt tema

Etter samarbeidspartnerens mening bidrar ikke mediens omtale av alkohol positivt til eldres helse. Med bedret økonomi har eldre fått anledning til å drikke mer enn de gjorde før. Det ene glasset om dagen kan lett bli både to og tre. Temaet er både skam- og tabubelagt.

– Vi ser et skadelig forbruk hos mange eldre, men dette er det ikke alltid lett å ta opp med dem, sier Bergh.

Vegring til tross; Samtaleintervensjoner er et godt og forebyggende tiltak som hjelper den eldre til å se og forstå helheten.

– Forutsatt at de ansatte føler seg kompetente og trygge nok til å ta opp spørsmålene på en god måte, understreker Michaelsen.

Kartleggingen som nå gjennomføres har medført økt bevissthet, både hos brukeren av tjenester og hos personalet, mener hun:

– Ved å løfte temaet i inntaks- og innkomst-samtaler får vi bedre muligheter til å fange opp risikobrukerne, bedre helsetilstanden til brukere med et skadelig misbruk av alkohol og legemidler og ikke minst forebygge økt behov for helsetjenester og/eller tiltak. For å få dette til må også de ulike tjenestene samarbeide bedre.

– Ivaretas ikke

Det er lett å anta at ensomhet først og fremst rammer enslige uten nær familie. Kartleggingen viser at dette bare stemmer til en viss grad.

– Ensomhet og angst oppleves også av dem som har pårørende. De kan ha barn i nærheten som de har jevnlig besøk fra, men føler seg likevel ensomme. Hjemmetjenesten har heller ikke tid til å sitte ned det kvarteret som trengs for å bøte på ensomheten. Mange evner fortsatt å komme seg ut på egen hånd, men det er langt

mellom tilbudene. Mens alderspsykiatrien bygges ned, viser de psykiske helseproblemene blant eldre økende tendens. Kommunehelsetjenesten har verken ressurser eller økonomi til å påta seg slikt ansvar. Derfor er det nødvendig å sette fokus på dette området, samstemmer deltakerne fra prosjektgruppen.

– Mye positivt skjer likevel i dagens tilbud til eldre brukere, føyer Sverre til; – Spesielt på demensområdet. Et godt eksempel er det man har fått til av samarbeid og hjelp gjennom Samhandling mellom Alderspsykiatrisk avdeling og kommunale sykehjem (SAM-AKS). Det samme burde man kanskje få til innen rus og psykiatri?

– Trenger et løft

– Vi trenger et løft på disse områdene nå, og hvis vi jobber godt, vil det om noen år finnes kommunale team som jobber særlig opp mot eldre som har utfordringer innen rus eller psykiatri. Å ha fokus på de eldre er litt annerledes enn for yngre grupper. I praksis følger ansvaret ofte tjenesten de mottar. Noen ting løses lokalt, andre må man ta med spesialisthelsetjenesten. Ved å dokumentere andel eldre med problemer og kompetansen hos de ansatte, slik vi nå gjør, ser man raskt at det er svære hull som må fylles. Det er bare ved å presentere status at vi klarer å rigge tjenestene slik at de passer virkeligheten.

En av utfordringene man møter når man forsøker å samarbeide med andre offentlige helse-tjenester, er datasystemene.

– Kommunikasjonen mellom sykehus, hjemmetjenester og sykehjem kan bli bedre, fastslår Michaelsen.



Terje Knutheim, Fred Rune Rahm

Aldring og rusmidler **Utviklingstrekk, sykdom,** **medikamenter, alkoholbruk**

KoRus – sør,
Borgestadklinikk 2016

ISBN 978-82-999733-6-6

Ikke-anklagende om eldres rusmiddelbruk

Samfunnets omsorgsbyrde forventes økt i takt med en stadig større eldreandel i befolkningen. Et av svarene på denne utfordringen er i Norge å utvikle en generelt bedre folkehelse. Det er viktig vi alle holder oss friskest mulig så lenge som mulig. Dagens eldrebefolkning er selv interessert i å bevare sitt funksjonsnivå og klare seg selv. Ingen ønsker å bli pleietrengende før de må.

Sammenhengen mellom aldring, helse og bruk av rusmidler er kjent. Det samme gjelder medikamentbruk og bruk av rusmidler. Når eldrebefolkningens alkoholkonsum øker, vil virkningene på sikt utgjøre en trussel mot manges helse, funksjonsnivå og autonomi.

Borgestadklinikk har på oppdrag fra Helsedirektoratet undervist om temaet aldring og rusmidler i flere år. Nå deler de undervisningsmaterialet sitt med andre, slik at flere får anledning til å nyttiggjøre seg deres kompetanse.

– Helsepersonell må sikres kompetanse til å informere de eldre om mulige konsekvenser av de eldre alkoholkonsum, knyttet opp mot subjektive og individuelle forhold hos den det gjelder. «Det er et mål at tilnærmingen gjøres på en ikke-anklagende måte, som ikke øker den psykologiske belastningen for den som blir eldre, og som gir økt selvrådrett og kontroll over eget liv», sies det i bokens forord.

Håndboken er bygget på forelesninger av Terje Knutheim og Fred Rune Rahm, på artikler av Terje Knutheim, samt mange eksterne referanser.

Boken kan lastes ned gratis fra <http://www.korus-sor.no/publikasjoner/aldring-og-rus/>

Omtalt av Bente Wallander



Marit Tveito



Feil i navn i D&A 2-2017

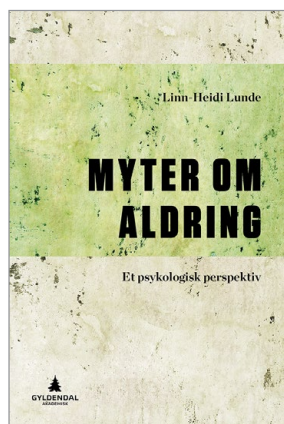
I vår omtale av ferske doktorander i forrige nummer av Demens & Alderspsykiatri, kom vi i skade for å gi Marit Tveito feil navn. Vi beklager.

Linn-Heidi Lunde

MYTER OM ALDRING**Et psykologisk perspektiv**

Gyldendal Akademisk 2017

ISBN 978-82-05-49836-5



Kunnskap mot alderisme og aldersforakt

Eldres livsutfoldelse og livskvalitet kan forringes av seiglivede myter om ensidig forfall og svekkelse i alderdommen. Det mener Linn-Heidi Lunde, som med sin bok *Myter om aldring. Et psykologisk perspektiv* tar et oppgjør med hvordan vi i dagens samfunn oppfatter eldre.

«Ved å betrakte og behandle eldre mennesker som mindre kompetente enn yngre, og frata dem muligheten til å bidra på ulike samfunnsarenaer, går vi som samfunn glipp av de verdifulle erfaringene og ressursene eldre besitter», sies det i vaskeseddelen.

Kunnskap må til for å motvirke og bekjempe alderisme og aldersforakt, mener forfatteren, som ved å vise til forskning som nyanserer hva det innebærer å bli eldre utfordrer utbredte oppfatninger om aldring og alderdom.

Boka er en videreføring av *Alder ingen hindring. Vekst og utvikling hele livet* (2012), som hadde hovedfokus på hva hver og en av oss kan gjøre for å takle de utfordringene det å bli eldre kan innebære. Budskapet var at det er mulig å påvirke egen aldring. Med den nye boka ønsker forfatteren å heve tematikken opp på et høyere politisk og samfunnsmessig nivå, samtidig som hun går mer i dybden på utvalgte problemstillinger.

Omtalt av Bente Wallander

Per Gunnar Disch, Gro Lorentzen,
Anders Midtsundstad (red.)**Aktiv omsorg.****Samspill mellom kultur, aktiviteter og trivsel**

Fagbokforlaget 2017

ISBN 978-82-450-1879-0



Kultur- og fritidsaktivitet i omsorgssektoren

Det satses for tida mye på aktiv omsorg, et begrep som første gang ble presentert i St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. I meldingen vektlegges kultur, aktivitet og trivsel som helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud.

I boka tar man utgangspunkt i erfaringer fra det nasjonale opplæringsprogrammet i aktiv omsorg, som Senter for omsorgsforskning – Sør, ved Høgskolen i Sørøst-Norge fikk ansvaret for å tilby.

Aktiv omsorg er skrevet av forfattere som selv arbeider med aktiviteter og tiltak på feltet. De beskriver hvordan en overfor mennesker i alle aldersgrupper kan tilrettelegge tjenester som kan styrke arbeidet med aktiv omsorg i frivillig og offentlig sektor. De legger vekt på at mennesker med ulike utfordringer skal ta i bruk sine ressurser og muligheter, og at deltakelse i aktiviteter skal skje med utgangspunkt i egne ønsker og behov.

Innholdet i boka er relevant både for studenter i ulike kultur-, helse- og sosialfaglige utdanninger og for praksisfeltet.

Omtalt av Bente Wallander

Arild Stegen

Lindringens ABC

Forlaget Aldring og helse 2017

ISBN: 978-82-8061-335-6



Ny ABC-opplæring om kreft hos eldre, lindrende behandling, pleie og omsorg ved livets slutt

Et økende antall eldre i åra framover gir utfordringer i eldreomsorgen. Nye oppgaver stiller krav til økt kompetanse hos helsearbeidere i kommunehelsetjenesten. Sykehjemmene skal være i stand til å gi faglig god behandling og omsorg til alvorlig syke pasienter, inkludert god lindrende behandling og omsorg ved livet slutt.

Avgjørende for hvor det er best å dø, er hvor pasienten kan få den pleie, omsorg og behandling som best ivaretar livskvalitet og verdighet ved livets avslutning. I dagens situasjon dør om lag 40 prosent på sykehjem, 40 prosent på sykehus, og 15 til 20 prosent i eget hjem.

De tre temaheftene i permen *Lindringens ABC* er en del av *Eldreomsorgens ABC*, fordypningsperm *Geriatrici*. Men lindrende behandling og omsorg ved livets slutt er et tema som etterspørres i stadig større grad. De tre heftene kan derfor også bestilles som en egen vare, uten at man har fulgt resten av ABC-opplæringen.

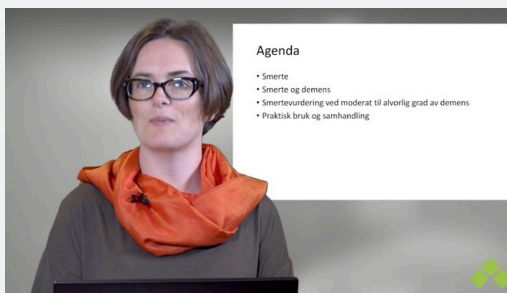
Målgruppe for opplæring med *Lindringens ABC* er alle ansatte i kommunens pleie- og omsorgstjeneste som har kontakt med pasienter som er på slutten av livet. Målet er at økt kompetanse skal bidra til at pasienter og pårørende opplever å bli møtt med verdighet og respekt, samtidig som den faglige innsatsen for å lindre smerte og tilrettelegge for en god livsavslutning, blir bedre.

Omtalt av Bente Wallander

Se flere foredrag på www.psykit.no



Eldre og alkoholbruk - Hva vet vi?
Foreleser er seniorforsker Anne Helvik



Smerte hos personer med demens
Foreleser er Reidun K.N.M. Sandvik, PhD

Populær videoundervisning

Psyk-IT er en foredragsserie som hver måned tar for seg et nytt emne. Videoene med forelesninger legges ut på nett, slik at de som er interessert kan velge om de vil følge forelesningene direkte eller i opptak. Hvert foredrag varer i cirka 20 minutter, og det er nye temaer hver gang. Deltakelse i Psyk-IT er gratis.

Interessen for foredragene har økt etter at man gikk over til å formidle dem ved hjelp av video. Nær 500 personer har nå registrert seg for å få varsel om når foredragene blir tilgjengelig. Det er 200 flere enn de som mottok slike varsler for et år siden.

Gro Selås holdt høstens første foredrag om Alderspsykiatri i DPS. Se det på nettsiden www.psykit.no. Videre temaer for høsten blir:

- Personlighetsforstyrrelser hos eldre, v/Tom Borza (12. september)
- ECT i behandling av alvorlig depresjon hos eldre pasienter v/Tor Magne Bjølseth (10. oktober)
- PLT (Problemløsningsterapi) v/Gro Strømnes (7. november)
- Selvmord blant eldre v/Gudrun Austad (5. desember)

Ved å melde deg på foredragsserien vil du få invitasjon via e-post. På nettsiden psykit.no finner du informasjon om dette. Her får du også tilgang til de ti videoforedragene som allerede er publisert.

Støttekontakttjenesten i demensomsorgen; et viktig individualiserende tilbud

Personer med demens er – som mennesker flest – opptatt av å bevare selvfølelsen, delta og være i aktivitet. Etter hvert som sykdommen utvikler seg er personer med demens ofte avhengig av andre for å kunne opprettholde slike behov (1).

Å bevare holdepunkter og forankringer til omgivelsene og andre mennesker er noe av kjernen i det som skaper meningsfullhet i menneskers liv (2). En livssituasjon uten holdepunkter og denne type forankring vil virke inn negativt på så vel psykisk som fysisk helse, og vil påvirke de andre familiemedlemmene (3, 4).

Selv om demenssykdommen har mange av de samme kjennetegn uansett alder, vil den berøre individers livssituasjon og livsplaner på ulike måter (5). Personer midt i livet, som er i arbeid og eventuelt har omsorgsansvar for hjemmeboende barn (6), har andre behov for støtte enn pensjonister i åttiårene.

En oversiktsartikkel av Spreadbury og Kipps (7) gjennomgår kvalitative studier basert på fortellinger om 'levde erfaringer' fra yngre personer med demens (diagnose før 65 år) og deres pårørende (8). Personen med demens endrer identitet og personlighet (7, 8). Begge parter kan oppleve at relasjonen endrer seg, og føle sorg og isolasjon.

I et helsefremmende perspektiv kan støttekontaktordningen være en verdifull tjeneste i kombinasjon med andre tilbud for å motvirke opplevelsen av tilbaketrekning, aktivitetstap, isolasjon og stigmatisering. Støttekontaktene omtales og defineres gjerne som personer som befinner seg i skjæringspunktene mellom formelle og uformelle støtte- og omsorgsrelasjoner (1, 9, 10, 11). De har vært omtalt som «betalte venner», og kan på enkelte måter sammenlignes med frivillige (1, 11) – men vesentlige forskjeller er lønn og formaliserte arbeidsavtaler.

Ifølge Helsenorge (12) (24.01.2017), er en støttekontakt en som «hjelper en annen person gjennom sosialt samvær og ulike aktiviteter». Tiltaket «rettes mot barn og voksne som har behov for å få hjelp til å ha et sosialt liv og en meningsfull fritid». Alle kommuner har plikt til

å ha en støttekontaktordning. Det brukes noe ulike begreper; støttekontakt, fritidskontakt, tilrettelegger med flere. Tjenesten er hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (9), og støttekontaktene er engasjert på deltid av kommunen og lønnes av det offentlige.

I Demensplan 2020 (13) sies det at avlastning i større grad må bli gitt fleksibelt og differensiert, og være en del av kommunenes hjemmetjenestetilbud (s. 31). En rekke kommuner mangler et fullverdig aktivitetstilbud som gir avlastning for pårørende (14). Støttekontakttjeneste kan være en viktig del av et slikt tilbud.

I denne artikkelen vil vi presentere og utdype hva vi vet om erfaringer med støttekontakttjenesten til personer med demens og deres familier ut fra en studie av hvordan de pårørende har opplevd at den fungerer (15).

De pårørendes erfaringer med støttekontakttjenesten

En kvalitativ studie undersøkte hvilke erfaringer 16 av de nærmeste pårørende til yngre personer med demens hadde med støttekontakttjenesten (15). I alt deltok ni ektefeller/samboere, fire døtre og en sønn, og to søsken i undersøkelsen. (Se 15 for en nærmere beskrivelse av utvalg og metode). Studien belyser både hvordan de pårørende opplever at tjenesten fungerer for personen med demens og hvordan den innvirker på omsorgsgivernes eget liv. Deres livssituasjon er sterkt berørt av livskvaliteten, utfordringene og funksjonsevnen til personen med demens.

«En god match»

Et sentralt grunnlag for at tjenesten fungerer bra, slik de pårørende ser det, er at det er et godt forhold mellom partene. Personene må

SKREVET AV
Kirsten Thorsen,
seniorforsker, cand. psychol.,
dr. philos, professor II,
Nasjonal kompetansetjeneste
for aldring og helse
Aud Johannessen,
førsteamanuensis, postdoktor,
Høgskolen i Sørøst-Norge,
Nasjonal kompetansetjeneste
for aldring og helse



Et godt forhold mellom partene er en viktig forutsetning.

«En høyt verdsatt
egenskap var
fleksibilitet.»

«passe sammen», trives sammen, ha noe til felles. En vesentlig forutsetning for trivelig samvær med støttekontakten sammenfattes ved personlighetsegenskaper. Varm, snill, god, hyggelig og blid er adjektiver som går igjen når de pårørende beskriver støttekontakter som de selv verdsetter og som de ser deres familie-medlem med demens trives med. Andre egenskaper som ble nevnt ved en god støttekontakt var å være rolig, tålmodig og trygg, noen nevnte også erfaring og modenhet. En sammenfatning av hva de pårørende syntes var viktig, var at støttekontakten var «et godt menneske.»

Personligheten til støttekontakten skal helst «matche» den til personen med demens, slik en av de pårørende formulerer det, for at støttekontakten skal bli engasjert i oppgaven. En datter nevner at støttekontakten veldig raskt fikk en slags nærhet til moren, at de to hadde en hyggelig måte å forstå hverandre på. Støttekontakten opplevde allerede ved første møte at oppgaven virket interessant, selv om hun aldri hadde vært støttekontakt før. «Det var full klaff med en gang.»

En høyt verdsatt egenskap var *fleksibilitet* – støttekontaktens evne og muligheter til å tilpasse sine reaksjoner, opplegg og aktiviteter til ønsker og interesser hos personen med demens og eventuelt familiens behov. «Hvis det kom opp noe som så interessant ut, kunne de si: «OK, da dropper vi avtalen på torsdag, og møtes på tirsdag istedenfor.»

Noen få hadde hatt negative erfaringer med støttekontakten. Det ble nevnt upålitelighet – vedkommende kom ikke til avtalt tid – manglende fleksibilitet, engasjement, uten evne til å tilpasse seg progresjonen i demenssykdommen, eller simpelthen at de ikke «passet sammen.»

Støttekontaktens *kjønn* og *alder* var forhold som ble nevnt. Alle støttekontaktene hadde samme kjønn som personen med demens, bortsett fra en mann som hadde en kvinnelig støttekontakt. Flere nevnte at alder og kjønn ikke var avgjørende, men noen indirekte aspekter var likevel vesentlige. Høyere alder og mer livserfaring ga større muligheter for felles interesser og samtaletemaer. En ektefelle som hadde hatt negative erfaringer med unge støttekontakter, sa: «Han trenger en voksen person, helst en mann som han kan gjøre sånne voksne guttegreier sammen med.»

En vennskapslignende relasjon

Mange av de pårørende beskrev relasjonen med begreper fra uformelle personlige relasjoner, og pekte på mange kvaliteter som også kjennetegner *vennskap*. Partene snakker åpent til hverandre om personlige temaer, har tillit til hverandre, en felles forståelse, og de liker hverandre. Formuleringer som «de er glade i hverandre», brukes også. I samtalen partene imellom blir det en form for likeverdig utveksling – og ved det også større likhet. En datter reflekterer over forholdet: «Det ligner – kanskje er det galt å bruke ordet – en vennskapsrelasjon (...). Hun (støttekontakten) deler informasjon om sin familie, og mor om sin. Hun er ikke der som helsepersonale. Hun er mer et medmenneske. Jeg synes det er en veldig positiv side. Det er ordentlige samtaler som ikke er konstruerte. Jeg tenker at det utfyller noen mangler (i helse-tjenesten).»

Som datteren videre formulerer det: «Hvis du bare treffer folk som kommer med piller eller gir deg praktisk hjelp, så har du ikke den samme sosiale delen. Det blir ikke det samme forholdet.» Datteren – og andre med henne – understreker betydningen av at det er samme person som kommer over lengre tid. Relasjonen har kontinuitet, forholdet til støttekontakten er til samme person og består over lengre tid. Den er personlig, trygg og forutsigbar, svært viktige

aspekter som pårørende synes offentlige omsorgstjenester ofte mangler.

Innholdet i møtene

Noen av møtene mellom støttekontakten og personen med demens konsentrerte seg om en aktivitet, slik som to menn som alltid gikk til bowlinghallen. Andre hadde varierte aktiviteter, som vanligvis foregikk utenfor hjemmet. En hovedsak, slik de pårørende så det, var å skape variasjon i hverdagen, gjerne ved det «å komme ut». Innholdet er vanligvis tilpasset personen interesser. «Ja, hun er veldig glad i å gå tur, så det var utgangspunktet. Hun og støttekontakten går kortere eller lengre turer hver dag, avhengig av været og dagsformen.»

I relasjonen til støttekontakten kan endatil personen med demens være den givende part, en spesialist som har noe å lære bort. En datter forteller at moren og støttekontakten kan sitte sammen flere timer om kveldene og strikke. «Og kvinnen (fra annet land) lærer strikking av mor.» Samværet rundt strikkingen har understøttet morens selvfølelse og selvtillit. Ved juletider var det støttekontakten som hjalp henne med å pakke pakker.

Som vi ser er kontakt og aktiviteter innpasset i hverdagslivet, og gir struktur til dagene og ukene. En datter sier: «Mor vet at støttekontakten kommer på fredager. Hun ser fram til det, og etterpå lever hun litt på det. Hun har noen som besøker seg. Jeg tror det er en viktig del.» Å få et personlig besøk av støttekontakten gjør at personen føler seg mer verdsatt. Det er annerledes enn å være hjelpetrengende og få besøk av en hjemmesykepleier.

De pårørende setter pris på støttekontakter som kan endre tilnærming og aktiviteter etter som demenssykdommen utvikler seg. At kontakten har en fortid, gjør at personen er kjent fra mer velfungerende dager. Når språket forvitrer, kan støttekontakten tolke ordløse signaler og stemninger. Å kjenne personen godt, og føle personlig omsorg og omtanke, kan gjøre at kontakten opprettholdes lengre. Datteren forteller om hvordan støttekontakten taktfullt og tålmodig håndterte det når moren måtte beskyttes mot seg selv, og skjermes mot andre.

Lettelser for de pårørende

Lettelser som støttekontaktene ga, var på mange plan. Emosjonelt innebar kontakten «mer fred i sinnet», færre bekymringer og mindre angst og uro for hvordan personen med demens hadde det. «Når støttekontaktene er der blir bekymringene borte. Da slapper jeg av», sier en datter. Særlig for pårørende som bor sammen, innebærer støttekontakten at pårørende kan få fri,

få en pause fra omsorgen og tid for seg selv – enten det er for å slappe av eller for å gjøre andre ting. For personer som er i jobb, kan støttekontakter bety bedre muligheter til å fortsette i arbeidet, eller til å ha personen hjemme lenger. En mann hadde fått et fleksibelt opplegg med støttekontakt slik at han slapp å avbryte jobbreiser på grunn av problemer på hjemmebane. Når støttekontakttjenesten fungerte godt – slik nesten alle gjorde – var flere timer det de pårørende ønsket seg aller mest.

Koordinering

Alle de pårørende var involvert i familiens koordinering av støttekontakten. Deres erfaringer med administrasjonen varierte mye, fra enkel, velfungerende og støttende kontakt og en tilpasset tjeneste, til rigid, regelstyrt og uengasjert kontakt. I tiden før diagnosen var satt, var det vanligvis meget vanskelig å få slik bistand. I noen tilfeller ble det etter diagnostisering laget en «pakke» med ulike tiltak – hjemmehjelp, hjemmesykepleie, dagsenteropphold og støttekontakt. De pårørende verdsatte at administrasjonens personale var lett tilgjengelig, åpne og fleksible, og ga støttekontakten anledning til å være det. Når støttekontakten og personen med demens kunne avtale opplegget seg imellom, lettet det de pårørende for detaljplanlegging.

I ett tilfelle hadde administrasjonen endret tilbudet fra hjemmesykepleie til støttekontakt, «for at det ikke skulle være for mange personer som besøkte henne.» Andre rapporterte om negative erfaringer med administrasjonen. En ektemann fortalte at han hadde fått beskjed om at støttekontakten ikke kunne være en bekjent, og at tjenesten kun skulle brukes til kulturelle aktiviteter. De hadde forsøkt med tilsyn fra hjemmesykepleien mens han var på jobb, men da hadde over 20 forskjellige personer vært innom henne, «oftest bare noen minutter, for å se om hun var på benene.» Hun ble fullstendig forvirret, og til sist nektet hun å ta imot besøk av hjemmesykepleiere. Han klarte etter mye argumentering å få overtalt administrasjonen til at støttekontakten kunne besøke konen i hjemmet «slik at hun får noe stimulering fra andre enn meg. Så kan jeg gå på kino, eller på en tur!»

Konklusjon

En hovedkonklusjon fra undersøkelsen er at støttekontakt kan være en meget verdifull og kjærkommen tjeneste både for personen med demens og for de pårørende. Dette gjelder særlig i de tidlige fasene av demensutviklingen, når personen fremdeles opplever deltakelse og samvær som meningsfylt. Men organiseringen

«I relasjonen til støttekontakten kan endatil personen med demens være den givende part, en spesialist som har noe å lære bort.»

og oppfølgingen av tjenesten må bli langt bedre, noe også andre studier viser (16, 17).

Støttekontaktene gir personen med demens en personlig, individuell relasjon som er tilpasset hans eller hennes særegne interesser, livssituasjon og sykdomsbilde. Kontakten er varig, stabil over tid – noe som gir tillit og trygghet. Tjenesten er tilrettelagt og gir personen med demens støtte til å delta i verdsette aktiviteter, og til å leve et mest mulig vanlig hverdagsliv. Slik skaper støttekontakten forbindelseslinjer mellom dagen i dag og fortiden, og bidrar til å opprettholde kontinuitet (18). Samtidig som tjenesten er «fast» og forutsigbar, og gir hverdagen mer struktur, kan den også være fleksibel og tilpasses vekslende behov. En undersøkelse av støttekontaktens erfaringer med tjenesten viser at også de setter stor pris på fleksibiliteten i arbeidet (17). Den personlige, individualiserte kontinuerlige kontakten gir personen med demens noe som er helt vesentlig under sykdomsutviklingen, men lite ivarettatt i hjemmesykepleien og det øvrige spesialiserte hjelpeapparatet, nemlig støtte til å bevare identitet, selvfølelse og selvrespekt (15). For pårørende gir tjenesten helt nødvendig avlastning i en meget krevende livssituasjon, og anledning til å bevare mer av egen identitet, livsutfoldelse og aktivitet (19).

Administrasjonen i kommunene vet imidlertid lite om tjenesten eller lovgrunnlaget, og er ofte uvitende om at tilbudet kan gis til eldre eller til personer med demens (17). Gjevjon (20) understreker at det trengs nye modeller i hjemmesykepleien for å sikre kontinuitet, forutsigbarhet og god helse- og sosialfaglig oppfølging. Derfor blir den personlige, individualiserte og stabile støttekontakttjenesten så viktig for personer med demens. Støttekontakt kan ved behov kombineres med andre tilbud, som dagsenter (21), hjemmesykepleie, hjemmehjelp og avlastningsopphold – inntil sykehjem blir nødvendig.

Det er mulig at støttekontakttjenesten vil bli styrket ved Demensplan 2020 (14). Det er stort behov for støttekontakt blant pårørende til personer med demens, som slik får bistand til å fungere bedre i hverdagen og delta mer sosialt. Sentralt er at støttekontakttjenesten bidrar til at personer med demens blir sett og bekreftet individuelt, som de særegne personer de er. Administrasjonen må legge bedre og mer systematisk til rette for at langt flere personer med demens kan få nytte av støttekontakttjeneste. Tjenesten må samordnes med andre tiltak som er nødvendig for å få til en god demensomsorg.

■ kirsten.thorsen@aldringoghelse.no

REFERANSER

1. Johannessen A. Dementia and Public Health – with focus on access to society; Nordic School of Public Health NHV. Göteborg: 6: 2012.
2. Buber M. Jeg og du (2.utg.), Oslo: Cappelen, 1992.
3. Brorsson A, Öhman A, Lundberg S, Nygård L. Accessibility in public space as perceived by people with Alzheimer's disease. *Dementia*, 2012; 10, 587-602.
4. Holley UA. Social isolation: a practical guide for nurses assisting clients with chronic illness. *Rehabilitation Nursing*, 2007; 32, 51-6.
5. Engedal K, Haugen, PK. Demens. Fakta og utfordringer. Lærebok. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2009.
6. Haugen PK. Demens før 65 år. Fakta, utfordringer og anbefalinger. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2012.
7. Spreadbury JH, Kipps C. Measuring younger onset dementia: What the qualitative literature reveals about the 'lived experiences' for patients and caregivers. *Dementia*, 2017; DOI:10.1177/14713012216684401.
8. Johannessen A, Engedal K, Thorsen K. Coping efforts and resilience among adult children growing up with a parent with young-onset dementia: A qualitative follow up study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2016; 11, 30535.
9. Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011.
10. Gjøre L, Kirkevold Ø, Eek A. Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2014. Demensplan 2015. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2015.
11. Westergård BE. Støttekontaktarbeid, Oslo: Gyldendal, 1999.
12. Helsenorge, <https://helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunen/stottekontakt>, 2017.
13. Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2015.
14. Jessen JT. Kommunale avlastningstilbud. NOVA-rapport 12/14. Oslo: NOVA. Høgskolen i Oslo og Akershus, 2014.
15. Johannessen A, Engedal K, & Thorsen K. (2016). Family Carers of People with Young-Onset Dementia: Their Experiences with the Supporter Service. *Geriatrics*, 2016; 1, 28
16. Johannessen A, Hallberg U, Möller, A. Motivating and discouraging factors with being a support contact in the dementia care sector: A grounded theory study. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 2013; 15, 70-81.
17. Johannessen A, Möller A. Why do administrators employ or not employ support contacts? A qualitative study. *Nordic Journal of Social Research*, 2013; 3, 1-15.
18. Atchley R. Continuity and Adaptation in Aging. London: The Johns Hopkins University Press, 1999.
19. Ducharme F, Kergoat M-J, Antoine P, Pasquier F, Coulombe R. The unique experiences of spouses in early-onset dementia. *Am. J. Alzheimer's Dis. Other Dement*, 2013; 28, 634-641.
20. Gjevjon ER. Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2015; 1, 18-26.
21. Trettetig S, Vatne S, Rokstad AM. The influence of day care centres for people with dementia on family caregivers: an integrative review of the literature. *Aging Mental Health*, 2016; 20, 450-462. doi:10.1080/13607863.2015.1023765

Nytt kartleggingsverktøy for angst hos personer med demens

Rating Anxiety in Dementia (RAID) er et kartleggingsverktøy for angst hos personer med demens som nylig er oversatt til norsk (RAID-N). I denne fagartikkelen beskriver vi hvordan RAID-N har vist seg nyttig for kartlegging av angst hos personer med demens i norske sykehjem.

Artikkelens hovedbudskap

- Kartleggingsverktøyet Rating Anxiety in Dementia (RAID-N) er mulig å benytte for å oppdage og dermed behandle angst hos personer med demens.
- Angst er utbredt hos eldre personer med demens.
- Angst ved demens er assosiert med økt forekomst av nevropsykiatriske symptomer (NPS).

Bakgrunn

Angst forekommer hyppigere hos personer med demens enn hos personer uten demens, med en forekomst fra fem til 21 prosent for angstlidelser, hovedsakelig generalisert angstlidelse (GAD), og fra åtte til 71 prosent for angstsymptomer (1). Angst reduserer funksjonen i daglige aktiviteter (2), øker avhengighet (3), er forbundet med flere nevropsykiatriske symptomer ved demens (NPS), gir større risiko for sykehjemsinnleggelse uavhengig av kognitiv status (4, 5), reduserer livskvalitet (6), og medfører ekstra belastning for individet og dets omsorgspersoner (7). Til tross for den høye forekomsten av angst og de negative påvirkninger hos personer med demens, har angst ved demens fått liten oppmerksomhet, både i nasjonal og internasjonal forskning.

Om lag 40 prosent av personer med demens i Norge bor på institusjon, hovedsakelig på sykehjem (8). Angst hos personer med demens er underrapportert og underdiagnostisert. Det

kan være mange årsaker til dette, som for eksempel manglende kunnskap om angst og angstsymptomer ved demens. I klinisk praksis er det en tendens til å vurdere angstsymptomer og angstlidelse som en del av selve demenssykdommen. Andre årsaker til uoppdaget angst hos personer med demens kan være at det er vanskelig å skille angstsymptomer fra demens, depresjon og somatiske sykdommer hos eldre fordi symptomene kan ligne hverandre. Personer med demens kan også ha vansker med å uttrykke sin angst på grunn av nedsatt hukommelse og språk. Sist, men ikke minst, kan manglende kunnskap om kartleggingsverktøy for angst hos personer med demens være en årsak til at deres angst forblir uoppdaget og utilstrekkelig behandlet.

Kartleggingsverktøy for å oppdage angst hos personer med demens

De fleste kartleggingsverktøy for angst er utviklet og validert for yngre voksne. Opplevelsen og presentasjonen av angst hos eldre personer med demens kan være annerledes enn hos yngre voksne og eldre uten demens (9). Svært få kartleggingsverktøy er utviklet spesielt for angst hos eldre med demens, og enda færre inkluderer den subjektive opplevelsen av angst hos personer med demens.

Verktøy som kartlegger angst hos personer med demens fra et bredere perspektiv og som egner seg for å benyttes i alle grader av demens, har vært mangelvare på norsk. Verktøyet *Rating Anxiety in Dementia* (RAID) er utviklet for å

SKREVET AV

Alka R. Goyal, R.N., MSc, stipendiat, Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet HF; Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Sverre Bergh, cand.med., PhD, forskningsleder, Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet HF; Forsker, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Knut Engedal, professor emeritus, dr. med., seniorforsker, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Øyvind Kirkevold, PhD, professor, Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet HF; NTNU i Gjøvik, Institutt for helsevitenskap i Gjøvik; Ass forskningssjef, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

kartlegge angst hos personer med alle grader av demens (10). RAID har 20 punkter, 18 av disse skåres fra null (fraværende) til tre (alvorlig) eller U (symptomet ikke lar seg vurdere). Punktene kartlegger pasientens bekymringer, engstelse, motorisk anspenhet og somatiske symptomer ved angst. De to siste punktene kartlegger fobier og panikkanfall, og er ikke inkludert i den totale poengsummen. Informasjon om punktene på RAID hentes fra en omsorgsperson som kjenner pasienten godt, fra kliniske observasjoner, miljørapporter og pasienten selv. RAID kartlegger symptomer de siste to ukene. Basert på all tilgjengelig informasjon gis en poengsum for hvert punkt. Totalpoengsummen fås ved å summere skåren på de 18 første punktene. Minimum skåre er null, og maksimal 54. RAID er ikke et diagnostisk verktøy, men en sumskåre på 11 og høyere (engelsk studie med blandingsutvalg av inneliggende og dagsenterpasienter) kan brukes for å identifisere klinisk signifikant angst hos personer med demens (10). RAID har vært brukt i flere studier av angst ved demens, men få studier har rapportert validerings- og reliabilitetsegenskaper ved kartleggingsverktøyet (10-12).

Norsk versjon av RAID (RAID-N)

Etter tillatelse fra RAID's forfatter ble verktøyet oversatt til norsk (RAID-N) i henhold til internasjonal standard (13). Olav Aga, Susan Juell, Oskar Sommer og Alka Goyal bidro til oversettelsen. RAID-N ble testet ut i en studie med 101 sykehjemsbeboere (validitetsstudie) fra syv sykehjem i Sørøst-Norge (14).

Deltakere i studien var kvinner og menn, 65 år og eldre, som oppfylte DSM-5 kriteriene for demens (15). Beboere som var terminalsyke, hadde en schizofrenidiagnose eller hadde dårlige norskkunnskaper ble ikke inkludert i studien. Deltakernes gjennomsnittsalder var 86 år, 78,2 prosent var kvinner og 69,3 prosent av deltakerne hadde Alzheimers sykdom (AD).

Personalet fra deltakende sykehjem fikk opplæring i utfylling og administrasjon av RAID-N. For å teste om skåre på RAID-N samsvarer med pasientens angstsykdom, ble deltakerne i studien undersøkt av legespesialist og diagnostisert for angst (GAD eller annen angstlidelse) og depresjon, samtidig som deltakerne ble kartlagt med RAID-N. Legespesialisten hadde ikke kjennskap til deltakernes utfall på RAID-N. Til sammen hadde 32 av deltakerne (31,7 prosent) en angstlidelse, hvorav 28 (27,7 prosent) av disse hadde GAD. Med andre ord, nesten hver tredje deltaker hadde en angstlidelse, noe som er høyt. En grenseverdi på sumskåre 12 og mer på RAID-N viste seg å skille

deltakerne med angst (GAD) fra deltakerne uten angst med demens (14).

En undergruppe med 53 deltakere fra validitetsstudien (14), ble kartlagt med RAID-N av to uavhengige kartleggere. Det viste seg at skåren ved disse kartleggingene var sammenfallende, med sterkest sammenfall for punktet «rastløshet» på RAID-N. Funnet er på linje med den opprinnelige studien av skalaen RAID (10), og indikerer at rastløshet kanskje er et av de viktigste og mest observerbare symptomene ved angst hos personer med demens.

Videre viste resultatene fra studien at skåre på RAID-N var sammenfallende med skåre på NPI og Cornell skala, og indikerer høy forekomst av andre NPS når angsten opptrer hos personer med demens. Et annet interessant funn ved studien var at 20 av deltakerne med angstlidelse (62,5 prosent) ikke hadde depresjon, kun tre av 15 deltakere (20 prosent) med depresjon hadde ikke angst og 12 deltakere (80 prosent) hadde både depresjon og angst. Dette var et overraskende funn da man tidligere har ment at angst oftest opptrer samtidig med depresjon. Det trengs mer forskning for å undersøke det komplekse forholdet mellom angst og depresjon ved demens.

Selv om nedsatt hukommelse og språkvansker hos personer med demens kan hemme deres uttrykk for angstsymptomer, viser erfaringene fra denne studien at å intervju eller snakke med deltakerne er viktig i kartleggingen av angst. Spesielt viktig er å kartlegge deres bekymringer for familiemedlemmer og egen fysiske helse, noe som ikke alltid meddeles personalet. Etter vårt syn er det viktig å samle informasjon både fra pasienter, deres omsorgspersoner og miljønotatene for å få et helhetlig bilde av angst hos personer med demens. Det er et tankekors at informasjonen om deltakernes følelsesliv og opplevelser var fraværende i miljønotatene, et viktig ledd i kartleggingen av angst hos personer med demens.

Administrering av kartleggingsverktøyet RAID-N

Retningslinjene for utfylling og administrering av RAID-N er blitt utarbeidet av studiens medarbeidere (Appendiks). Retningslinjene er basert på den opprinnelige studien av RAID (10), studien av strukturert intervjuguide for administrering av RAID (RAID-SI) (11) og erfaringer fra pilottesting av RAID-N (14).

Konklusjon

Angst er hyppig forekommende hos sykehjemsbeboere med demens og er forbundet med høy forekomst av andre typer NPS ved demens.

«Spesielt viktig er å kartlegge deres bekymringer for familiemedlemmer og egen fysiske helse.»

RAID-N har vist seg å være et nyttig verktøy for å identifisere klinisk signifikant angst hos personer med demens, og dermed bidra til å iverksette hensiktsmessige tiltak for behandlingen av angst hos denne sårbare gruppen. Flere studier kan være nødvendig for å undersøke optimal grenseverdi for kartleggingsverktøyet RAID-N i andre settinger, som alderspsykiatriske avdelinger eller hos hjemmeboende.

Forfatterne takker deltakere, deres pårørende og personalet for støtte og bidrag til studien. Studien er finansiert av Alderspsykiatrisk forskningssenter (AFS), Sykehuset Innlandet og støttet av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Appendiks

- Kartleggingsverktøy RAID-N
- Retningslinjer for administrering av RAID-N

■ alkgoy@sykehuset-innlandet.no

«RAID-N har vist seg å være et nyttig verktøy for å identifisere klinisk signifikant angst hos personer med demens.»

4. Gibbons LE, Teri L, Logsdon R, McCurry SM, Kukull W, Bowen J, et al. Anxiety symptoms as predictors of nursing home placement in patients with Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Geropsychology* 2002; 8(4):335-42.
5. Ownby RL, Harwood DG, Barker WW, Duara R. Predictors of anxiety in patients with Alzheimer's disease. *Depression and Anxiety* 2000; 11(1):38-42.
6. Selwood A, Thorgrimsen L, Orrell M. Quality of life in dementia—a one-year follow-up study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2005; 20(3):232-7.
7. Cooper C, Balamurali TBS, Livingston G. A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. *International Psychogeriatrics* 2007; 19(2):175-96.
8. Engedal K, Haugen PK. Demens : fakta og utfordringer : en lærebok. 5. utg. Tønsberg: Aldring og helse, 2009.
9. Nordhus IH. Manifestations of Depression and Anxiety in Older Adults. *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*: 2utg. UK: John Wiley & Sons, 2008: 95-110.
10. Shankar K, Walker M, Frost D, Orrell M. The development of a valid and reliable scale for rating anxiety in dementia (RAID). *Aging & Mental Health* 1999; 3(1):39-49.
11. Snow AL, Huddleston C, Robinson C, Kunik ME, Bush AL, Wilson N, et al. Psychometric properties of a structured interview guide for the rating for anxiety in dementia. *Aging & Mental Health* 2012; 16(5):592-602.
12. Twelftree H, Qazi A. Relationship between anxiety and agitation in dementia. *Aging & Mental Health* 2006; 10(4):362-7.
13. Maneesriwongul W, Dixon JK. Instrument translation process: a methods review. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 48(2):175-86.
14. Goyal AR, Bergh S, Engedal K, Kirkevold M, Kirkevold Ø. Norwegian version of the rating anxiety in dementia scale (RAID-N): a validity and reliability study. *Aging & Mental Health* 2016:1-6.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

REFERANSER

1. Seignourel PJ, Kunik ME, Snow L, Wilson N, Stanley M. Anxiety in dementia: A critical review. *Clinical Psychology Review* 2008; 28(7):1071-82.
2. Teri L, Ferretti LE, Gibbons LE, Logsdon RG, McCurry SM, Kukull WA, et al. Anxiety in Alzheimer's disease: prevalence, and comorbidity. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 1999;54(7):M348-52.
3. Orrell M, Bebbington P. Psychosocial stress and anxiety in senile dementia. *Journal of Affective Disorders* 1996; 39(3):165-73.



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

FAGSKOLE

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

**DEMENSOMSORG
OG
ALDERSPSYKIATRI**



**UTVIKLINGSHEMNING
OG
ALDRING**

Nytt opptak starter 1. mars 2018

Studiet starter i august

Informasjon, opptakskriterier og søknadsskjema finnes på nettsidene våre:

www.aldringoghelse.no

Progresjon av demens og mild kognitiv svikt, og validitet av demensdiagnosen på dødsattesten: TRAIL-DEM-prosjektet¹

Det er mangel på studier angående demensprogresjon; fra symptom til diagnose, sykehjem og død. Risikofaktorer for progresjon av ulike demenslidelser er relativt lite beskrevet i litteraturen. TRAIL-DEM-prosjektet skal gi økt kunnskap på området.

Basert på en unik kobling av nasjonale registre og helseundersøkelser vil vi kunne identifisere effekten av påvirkbare risikofaktorer på utvikling av demens ved ulike demenssykdommer. Vi vil videre kunne vurdere om klinisk informasjon, både fra tiden før diagnose og på tidspunktet ved diagnose, enten den er demens eller mild kognitiv svikt, kan forutsi progresjon. En annen viktig del av prosjektet er å undersøke validiteten av demensdiagnosen på dødsattesten.

I TRAIL-DEM-prosjektet vil vi bruke kliniske og biologiske data som er samlet inn fra flere grupper: Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten (NorKog), en sykehjemsundersøkelse der personer blir inkludert ved innleggelse (REDIC-NH), og en undersøkelse av hjemmeboende tjenestemottakere over 70 år (CONSIC). Disse dataene vil bli koblet med informasjon i nasjonale helseregistre for sykehjemsinnleggelser (Folkeregisteret), sykелighet (Norsk pasientregister) og dødelighet (Dødsårsaksregisteret). Vi vil også innhente oppfølgingsdata fra personer inkludert i NorKog for å identifisere bestemte gruppers forløp av demenssykdom og kognitiv svikt, og undersøke hvilke faktorer som er assosiert med forløpet. Prosjektet vil gi økt kunnskap om årsaker og forløp av demens og kognitiv svikt. Det vil også gi kunnskap om hvor stor andel av de med diagnosen lett kognitiv svikt som konverterer til demens, og hvilke faktorer som påvirker en slik overgang. Bedret

kunnskap om prosessene bak kognitiv svikt og demens vil hjelpe pasienter og deres familier, samt bidra til at beslutningstakere kan utvikle målrettet og effektiv politikk for et samfunn som består av flere og flere eldre.

Demens – et økende folkehelseproblem: Demens kan forårsakes av ulike hjernesykdommer, først og fremst nevrodegenerative og vaskulære hjernesykdommer, eller kombinasjoner av begge typer. Alzheimers sykdom er den hyppigste årsak til demens (60 prosent), fulgt av cerebrovaskulær sykdom (15 prosent) og Lewy legeme sykdom (10-15 prosent) (1). I de aller fleste tilfeller progredierer demenssykdommen slik at det gradvis blir vanskelig å klare seg i dagliglivet. Demens er mest vanlig blant de eldste, og antall nye tilfeller doubles om lag hvert sjette år fra 3.9 tilfeller per 1 000 personer per år blant 60–64 åringer til 104.8 tilfeller per 1 000 personer per år for aldersgruppen 90+ (1). Forekomsten av demens i Norge er ukjent, men basert på tall fra andre land er det estimert at det er 70 000-78 000 personer i Norge som har demens, og at det årlig er 10 000 nye demens-tilfeller (2, 3). På verdensbasis er det estimert at 46.8 millioner mennesker har demens, og det er forventet at dette tallet vil doubles hvert 20 år på grunn av flere eldre (1).

Demensprogresjon lite studert: Det er mangel på studier som ser på demensprogresjon; fra symptom til diagnose, til innleggelse i sykehjem og død. Risikofaktorer for demensprogresjon av ulike demenslidelser er relativt lite beskrevet i litteraturen. Resultater fra små

SKREVET AV
Bjørn Heine Strand,
seniorforsker/førsteamanuensis,
Aldring og helse/
Folkehelseinstituttet/UiO
Rachel Amland, ph.d.-student,
Aldring og helse
Trine Holt Edwin, ph.d.-student,
Aldring og helse
Sverre Bergh, psykiater,
Sykehuset Innlandet
Espen Bjertness, professor,
UiO
Marit Mjørud, forsker,
Aldring og helse
Anne-Brita Knapskog, geriater,
Hukommelsesklinikken OUS
Knut Engedal, professor em,
Aldring og helse
Geir Selbæk, professor og
forskningssjef,
Aldring og helse

1. TRAIL-DEM=Trajectories in Real Life and Risk Factors of Dementia

Tabell 1. Beskrivelse av studiekohorter

Variabler	NorKog (n=5 500)	REDIC (n=696)	CONSID (n=1 001)
Demografi	Alder, kjønn, utdanning, ekteskapelig status, tjenestebruk	Alder, kjønn, utdanning, ekteskapelig status	Alder, kjønn, ekteskapelig status
Kognisjon/Grad av demens	MMSE, CDT, Ten-Word test, TMT A and B, COWA, Figure-copying, BNT, CDR	MMSE, CDT, SIB, CDR	MMSE, CDR
Nevropsykiatriske symptomer	NPI, CSDD, MADRS	NPI, CSDD	NPI, CSDD
Diagnose	Demenstype og MCI i henhold til standardiserte kriteria	Demenstype og MCI i henhold til standardiserte kriteria	Demenstype og MCI i henhold til standardiserte kriteria
Fysisk fungering	Lawtons IADL og PSMS	Lawtons IADL og PSMS	Lawtons IADL og PSMS
Livskvalitet		QUALID, QoL-AD	QoL-AD
Komorbiditet	Komorbiditetsskala	CCI, GMHR	GMHR
Medisiner	ATC-koder og daglige doser	ATC-koder og daglige doser	ATC-koder og daglige doser
Rapport fra pleier	RSS, IQ-kode	IQ-kode	IQ-kode
Biobank	Blod (n=2000), Serum (n=1600) DNA (n=2000), CSF (n=400)	Spytt for DNA-ekstraksjon (n=800)	
Kobling til registre	NPR, DÅR, Folkeregisteret	NPR, DÅR	DÅR

Forkortelser: MMSE: Mini-Mental-State Examination, CDT: Clock-Drawing Test, SIB: Severe Impairment Battery, TMT: Trail Making Test, COWA: Controlled Word Association, BNT: Boston Naming Test, CDR: Clinical Dementia Rating Scale, NPI: Neuropsychiatric Inventory, CSDD: Cornell Scale for Depression in Dementia, MADRS: Montgomery and Aasberg Depression Rating Scale; MCI: Minimal Cognitive Impairment, IADL: Instrumental Activities of Daily Living, PSMS: Physical Self-Maintenance Scale, QUALID: Quality of Life in Late-stage Dementia, QoL-AD: Quality of Life in Alzheimer's disease, CCI: Charlson Comorbidity Index, GMHR: General Medical Health Rating Scale, ATC: Anatomical Therapeutic Chemical, RSS: Relatives' Stress Scale, IQ-code: Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly, NPR: Norsk pasientregister, DÅR: Dødsårsaksregisteret.

kliniske forløpsstudier indikerer at personer med Lewy legeme sykdom og vaskulær demens har en raskere progresjon enn personer med Alzheimers sykdom (4). Vi har også kunnskap om at genotypen ApoE ε4 påvirker livslengden negativt og at aleneboende eldre eller eldre med atferdsproblemer vil øke risikoen for innleggelse i sykehjem tidligere i forløpet av demens (5). Betydning av andre sykdommer for prognosen er lite kjent. Vi ser derfor et behov for å få økt kunnskap om prognostiske faktorer for ulike forløp ved demens. Dette ønsker vi å oppnå ved å studere en stor gruppe pasienter som har vært utredet i spesialisthelsetjenesten i et tidlig stadium av demenssykdommen for så følge dem via data fra ulike offentlige registre og data fra senere kontakt med helsevesenet, fram til innleggelse i sykehjem og død.

Datakilder i TRAIL-DEM: Studiepopulasjonen i TRAIL-DEM består av innsamlet datamateriale for om lag 7 500 personer fra tre kliniske kohorter, hvorav 5 500 er hentet fra Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten (www.NorKog.no). Om lag 1 700 personer er fra sykehjemskohorten REDIC-NH og hjemmehjelpsmottakerkohorten CONSID. De tre kliniske kohortene har brukt like kartleggingsverktøy

for kognisjon, grad av demens, funksjonsnivå, nevropsykiatriske symptomer og komorbiditet (Tabell 1). I tillegg er medikamentbruk registrert. NorKog og REDIC-NH inkluderer også biologiske data. Personer som er inkludert i NorKog og senere innlagt i sykehjem, vil bli fulgt opp i sykehjem med kartlegging av grad av demens, funksjonsnivå, nevropsykiatriske symptomer og medikamentbruk. Så langt det er mulig vil informasjon innhentes fra journal, men ved mangelfull journal vil vi foreta en kartlegging gjennom et intervju av pårørende.

NorKog ble etablert som et forsknings- og kvalitetsregister i 2009 under navnet Hukommelsesklinikkregisteret. Opprinnelig var sju poliklinikker i Sør-Norge med i registeret, men det er senere utvidet til å omfatte 27 poliklinikker. Av NorKog-pasientene som er registrert per 1. juli 2015 hadde 41 prosent en demensdiagnose ved førstegangsundersøkelse, 28 prosent hadde diagnosen mild kognitiv svikt, og 31 prosent hadde andre diagnoser inklusiv observasjonsdiagnose. Vi antar at om lag 800 av NorKog-pasientene vil være døde og at 600 vil ha vært, eller er innlagt i sykehjem når koblingene gjøres i 2017.

I REDIC-NH er 696 pasienter inkludert ved innleggelse på sykehjem i Hedmark, Oppland, Nord-Trøndelag og Bergen. Inklusjonen foregikk mellom mars 2012 og november 2014.

NorKog ble etablert som et forsknings- og kvalitetsregister i 2009 under navnet Hukommelsesklinikkregisteret.

Tabell 2. Register som skal kobles til studiepopulasjonen

Variabler	NorKog (n=5 500)
Norsk pasientregister (NPR)	Data fra NPR vil være kliniske diagnose, og for hver diagnose: innleggelsestidspunkt og lengde på innleggelse
Folkeregisteret	Ved å koble adresselister på studiedeltakerne med adresseliste over norske sykehjem vil vi være i stand til å vite om deltaker bor på sykehjem eller har dødd i løpet av oppfølgingstiden, og i så fall når de døde og når de flyttet på sykehjem.
Dødsårsaksregisteret (DÅR)	Dødsårsak og dødstidspunkt vil bli registrert, og vi vil benytte både underliggende og medvirkende dødsårsak, i følge ICD-10 klassifiseringssystemet. Alder ved død vil brukes.

Ved innleggelse på sykehjem var pasientene 84,5 år og 64 prosent var kvinner. Når det gjelder kognitiv svikt hadde 84 prosent demens, 14 prosent hadde MCI og to prosent hadde ingen kognitiv svikt.

I CONSID ble 1001 pasienter med hjemmetjenester inkludert. Deltakerne var fra små og store kommuner, og en blanding av personer med nylig tildelte tjenester og lengre tid med behov for tjenester. Inkludert pågikk mellom august 2008 og desember 2012. Gjennomsnittsalder var 83,4 år, 68 prosent var kvinner, og 41 prosent hadde demens.

Studiepopulasjonen vil kobles med registerinformasjon (Tabell 2). Koblinger mot de ulike registerne skjer i 2017 og 2021.

Validere demens på dødsattesten: I TRAIL-DEM vil vi kunne validere de spesifikke demensdiagnosene, slik som Alzheimers sykdom, som er satt på norske dødsattester. Antall personer med demensrelaterte diagnoser i dødsårsaksregisteret er økende, og de nyeste tallene fra Sykdomsbyrdeprosjektet fra 2013 viser at Alzheimers sykdom var dødsårsak nummer to med 4 126 dødsfall, etter hjerteinfarkt med 7 290 dødsfall. Med validerte demensdiagnoser på dødsattesten kan Dødsårsaksregisteret kunne benyttes i enda større grad som endepunktregister i epidemiologisk forskning om risikofaktorer for demens.

Videreføre dødsattestkoblinger fra tidligere prosjekt: I TRAIL-DEM vil vi benytte data fra GENIDEM-prosjektet (6), hvor fylkesundersøkelsene som ble gjennomført i perioden 1974-1988 (7) og Cohort of Norway (CONOR) (8) er koblet med Dødsårsaksregisteret og data fra Statistisk sentralbyrå. Fram til nå har vi kun studert risikofaktorer for total demens i GENIDEM, og ikke hatt mulighet til å studere undergrupper av demens (9-17). Vi har i den forbindelse basert oss på en liten valideringsstudie fra døde ved norske sykehjem fra tidlig på 1990-tallet, som bør oppdateres og inkludere større antall for å dekke ulike demensdiagnosegrupper (18). Studiepopulasjonen i GENIDEM

teller 278 722 deltakere og per januar 2015 var 66 543 av disse døde, hvorav 5 083 hadde demens, enten som underliggende eller medvirkende dødsårsak. Dette tallet vil stige betydelig de kommende årene, og gi oss statistisk styrke til å studere demensdødelighet brutt ned på spesifikke demensdiagnoser, slik som Alzheimers sykdom og vaskulær demens.

Oppfølging av kliniske data fra NorKog kohorten: Vi vil samle inn oppfølgingsdata fra personer inkludert i NorKog. Disse oppfølgingsdataene vil være kliniske og biologiske data fra polikliniske kontroller og fra sykehusinnleggelser. Basert på klinisk informasjon før og etter diagnosetidspunktet av demens/kognitiv svikt vil vi kunne se på hvordan modifiserbare risikofaktorer vil kunne påvirke forløpet for disse gruppene. Vi håper å kunne identifisere distinkte grupper med ulikt forløp av demenssykdom og kognitiv svikt, samt undersøke hvilke faktorer som er assosiert med gruppetilhørighet.

Tidsplan for TRAIL-DEM: Oppstart 1. mars 2017, og varighet i tre år fram til 1. mars 2020.

TRAIL-DEM prosjektgruppe: Ansvarlig for prosjektet er Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (NKAH) (som også drifter NorKog) ved administrativ leder Kari Midtbø Kristiansen. Professor Geir Selbæk er fag- og forskningssjef ved NKAH, og er faglig ansvarlig for prosjektet. Medarbeidere fra NKAH og Hukommelsesklinikken på Oslo universitetssykehus er overlege PhD Anne-Brita Knapskog og PhD-stipendiat Karin Persson. Medarbeider fra Hukommelsesklinikken på Sykehuset Innlandet er lege PhD Sverre Bergh. Øvrige prosjektmedarbeidere er seniorforsker PhD Bjørn Heine Strand, Aldring og helse / Folkehelseinstituttet / Universitetet i Oslo; professor Espen Bjertness, Universitetet i Oslo; professor emeritus dr.med. Knut Engedal (NKAH); Marit Mjørud, sykepleier, PhD (NKAH). Prosjektet har to PhD-studenter: Trine Holt Edwin og Rachel Amland.

«... Alzheimers sykdom var dødsårsak nummer to med 4 126 dødsfall.»



PhD-studentene
Trine Holt Edwin (t.v.)
og Rachel Amland
arbeider med
TRAIL-DEM-prosjektet.

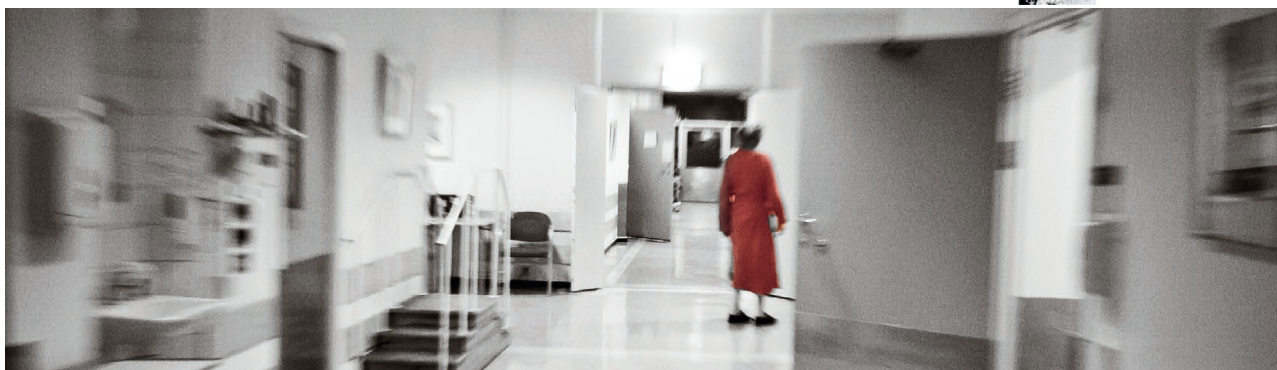
Etiske og juridiske forhold

Prosjektet er godkjent av REK, og støttet av midler fra TV-aksjonen i 2013 via Nasjonalforeningen for folkehelsen i perioden 2017-2020.

■ BjornHeine.Strand@fhi.no

REFERANSER

- Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali G, Wu Y, Prina M. World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London, United Kingdom: Alzheimer's Disease International (ADI). 2015.
- SHDir. Glemsk, men ikke glemt. Om dagens situasjon og fremtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet: 2007. Report No.
- Ott A, Breteler MM, van HF, Claus JJ, van der Cammen TJ, Grobbee DE, et al. Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study. BMJ. 1995;310(6985):970-3.
- Jimenez G. [Symptoms of Lewy body dementia and clinical course compared with Alzheimer's disease]. Revista española de geriatría y gerontología. 2011;46 Suppl 1:19-23.
- Wergeland JN, Selbaek G, Bergh S, Soederhamn U, Kirkevold O. Predictors for Nursing Home Admission and Death among Community-Dwelling People 70 Years and Older Who Receive Domiciliary Care. Dement Geriatr Cogn Dis Extra. 2015;5(3):320-9.
- Strand BH, Rosness TA, Bjertness E. Interaksjon av gener og miljø ved demens – GENIDEM-prosjektet. Demens & Alderspsykiatri 2015;19(2):9-11.
- Bjartveit K. The Cardiovascular Disease Study in Norwegian Counties. Oslo: 1983. Report No.
- Naess O, Sogaard AJ, Arnesen E, Beckstrom AC, Bjertness E, Engeland A, et al. Cohort profile: cohort of Norway (CONOR). Int J Epidemiol. 2008;37(3):481-5.
- Strand BH, Wills AK, Langballe EM, Rosness TA, Engedal K, Bjertness E. Weight Change in Midlife and Risk of Mortality From Dementia up to 35 Years Later. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2016.
- Rosness TA, Engedal K, Bjertness E, Strand BH. Association Between Random Measured Glucose Levels in Middle and Old Age and Risk of Dementia-Related Death. J Am Geriatr Soc. 2016;64(1):156-61.
- Rosness TA, Strand BH, Bergem AL, Engedal K, Bjertness E. Associations between Physical Activity in Old Age and Dementia-Related Mortality: A Population-Based Cohort Study. Dement Geriatr Cogn Dis Extra. 2014;4(3):410-8.
- Strand BH, Langballe EM, Rosness TA, Engedal K, Bjertness E. Does midlife obesity really lower dementia risk? The lancet Diabetes & endocrinology. 2015; 3(7):498-9.
- Strand BH, Rosness TA, Engedal K, Magnus P, Bergem AL, Schirmer H, et al. Interaction of Apolipoprotein E Genotypes, Lifestyle Factors and Future Risk of Dementia-Related Mortality: The Cohort of Norway (CONOR). Dementia and geriatric cognitive disorders. 2015;40(3-4):137-47.
- Rosness TA, Strand BH, Bergem AL, Nafstad P, Langballe EM, Engedal K, et al. Association of psychological distress late in life and dementia-related mortality. Aging Ment Health. 2015;1-8.
- Ormstad H, Rosness TA, Bergem AL, Bjertness E, Strand BH. Alcohol consumption in the elderly and risk of dementia related death - a Norwegian prospective study with a 17-year follow-up. The International journal of neuroscience. 2016;126(2):135-44.
- Strand BH, Langballe EM, Rosness TA, Bergem AL, Engedal K, Nafstad P, et al. Age, education and dementia related deaths. The Norwegian Counties Study and The Cohort of Norway. J Neurol Sci. 2014.
- Strand BH, Langballe EM, Hjellvik V, Handal M, Naess O, Knudsen GP, et al. Midlife vascular risk factors and their association with dementia deaths: Results from a Norwegian prospective study followed up for 35 years. J Neurol Sci. 2013;324(1-2):124-30.
- Bjertness E, Torvik A, Ince PG, Edwardson JA. Validation of Norwegian death certificates on dementia in residents of nursing homes. Epidemiology. 1998; 9(5):584-6.



November 16th - 17th 2017

12th ANNUAL MEETING OF THE EUROPEAN DELIRIUM ASSOCIATION

Hotel Bristol, Oslo, Norway

www.eda2017.com

KEYNOTE SPEAKERS

Henrik Zetterberg: Biomarkers for the Vulnerable Brain

MD, PhD, Professor of Neurochemistry, University of Gothenburg, Sweden and UCL, UK

Karin Neufeld: Delirium Management and Prevention

Associate Professor, Psychiatry and Behavioral Sciences, Johns Hopkins University School of Medicine, USA

Konferansen er godkjent av Norsk Sykepleierforbund (NSF) og Norsk Ergoterapeutforbund som meritterende med totalt 16 timer.



INTERNASJONAL KONGRESS I OSLO

Den 24. nordiske kongressen i gerontologi skal gå av stabelen i Oslo kongress-senter den 2.-4. mai 2018.

Temaet for kongressen er «Lessons of a life time». Kongressen organiseres av Norsk geriatrisk forening, Norsk selskap for aldersforskning, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA, samt Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

FRISTER OG INFORMASJON

Frist for innlevering til kongressens symposier er 15. november, mens fristen for innsending av abstrakter er 15. desember 2017. Påmelding og informasjon: <https://24nkg.no>



Leon Jarners Forskningspris 2017

Leon Jarners Minnefond deler hvert år ut en forskningspris. Prisen er på kr 75.000 og skal gå til et forskningsprosjekt om demenssykdommer, personer med demens eller pårørende, som er utført eller er under utførelse i Norge. Tidligere prisvinnere kan også søke. Prisen deles ut i forbindelse med Demensdagene 2017, som arrangeres i Oslo 5.-6. desember.

Søknad sendes innen 15. oktober 2017 som e-post til toril.utne@aldringoghelse.no

Les mer på www.alzheimerforskning.no

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.

Meld deg på Norges største
konferanse innen demensfeltet

DEMENS DAGENE

Oslo Kongressenter 5.-6. desember 2017



Aldring og helse

Nasjonal kompetansetjeneste

For mer informasjon og påmelding se www.aldringoghelse.no/demensdagene

*Demensdagene er godkjent av NSF som meritterende med totalt 15 timer i henhold til kurstimekravet
i NSFs godkjenningsordning klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie*

NYE BØKER FRA



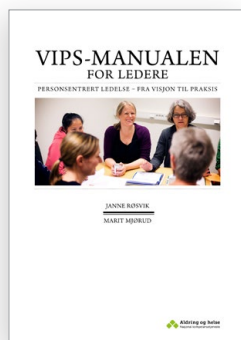
Aldring og helse

Nasjonal kompetansetjeneste

ISBN 978-82-8061-338-7

68 sider

kr 100,-



Janne Røsvik og Marit Mjørud

VIPS-manualen for ledere

Personsentrert ledelse – fra visjon til praksis

VIPS-manualen for ledere fokuserer på lederperspektivet i implementeringen av personsentrert omsorg ved hjelp av VIPS praksismodell (VPM). I fagmøtet i VPM brukes strukturert teamarbeid, opplæring, veiledning og støttende ledelse til å utvikle en personsentrert omsorgskultur. I fagmøtet er de ansatte aktivt med på å gjøre verdiene i personsentrert omsorg om til praktisk virkelighet.

NY LÆREBOK

ISBN 978-82-8061-260-1

512 sider

kr 590,-



Signe Tretteteig (red.)

Demensboka

Lærebok for helse- og omsorgspersonell

Forlaget Aldring og helse tilbyr en ny lærebok for fagskolestudenter, helse- og sosialfaglige bachelor- og masterstudenter og ansatte i helse- og omsorgstjenestene. Stoffet bygger på *Demensboka – Lærebok for pleie- og omsorgspersonell* fra 2008, men er omfattende revidert, har fått ny struktur og en bredere faglig tilnærming.

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



Kurs og konferanser høst 2017

Kursperiode	Tema	Sted	Påmeld. frist
Demens			
19.-21. sept.	Basiskurs i demens (1)	ÅLESUND	17. aug.
10.-12. okt.	Basiskurs i demens (2)	FREDRIKSTAD	7. sept.
10.-11. okt. + 22. nov.	Lær å bruke DCM	OSLO	10. sept.
18.-19. okt.	Tiltak for hjemmeboende personer med demens og deres pårørende (2)	MOLDE	14. sept.
25. okt.	Reviderte kognitive tester (2)	BERGEN	24. sept.
15.-16. nov.	Utredning av demens i kommunehelsetjenesten (2)	OSLO	12. okt.
5.-6. des.	Demensdagene 2017	OSLO	1. nov.
7. des.	Erfaringssamling DCM	OSLO	6. nov.
Alderspsykiatri			
20.-21. sept.	Psykisk sykdom hos eldre (2)	BODØ	17. aug.
25.-26. sept.	Nordic Memory Clinic Conference (2)	OSLO	10. sept.
2. nov.	Legkurs – Alderspsykiatri i praksis (2)	OSLO	1. okt.
7. nov.	Rus og legemiddelavhengighet hos eldre	OSLO	8. okt.
Geriatry			
25. okt.	Balansetrening og fallforebygging	OSLO	25. sept.
26.-27. okt.	Legkurs – Smerter og palliasjon hos eldre	OSLO	25. sept.

Se også
kurskatalog
på nettet!



Se nettsiden for oppdatert liste og kursoversikt for 2018

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



SKANN RETT TIL NETTSIDEN

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

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



Sykehuset i Vestfold



HELSE SØR-ØST



Oslo universitetssykehus

Abonnér på
Demens & Alderspsykiatri
– et uavhengig fagtidsskrift

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

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

Abonnementet gjelder fram til det sies opp skriftlig.



Skriv for demens & alderspsykiatri

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

Fagartikler i D&A

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

Vitenskapelige artikler i D&A

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

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

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

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

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

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

Referanser

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

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

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



PRESSENS
FAGLIGE UTVALG

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

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

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

presse.no

REDAKTØR

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

REDAKSJONSSEKRETÆR

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

VITENSKAPELIG REDAKSJON

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

ANSVARLIG REDAKSJONSKOMITÉ

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

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

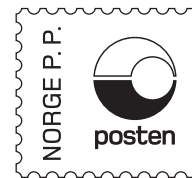
Harald A. Nygaard, *prof. emeritus, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen*

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

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

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

www.demensogalderspsykiatri.no



Et liv med rus

Les mer om livet på den unike avdelingen ved Stovnerskogen sykehjem på side 20 i denne utgaven av D&A.

Foto: Martin Lundsvoll

Det lille ekstra

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

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

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

www.demensogalderspsykiatri.no
tidsskriftet@aldringoghelse.no

Aldring og helse, Postboks 2136, 3103 TØNSBERG