



Demens&Alderspsykiatri

vol. 16 • nr. 4 • 2012



s 4

Demensdame og
pionér



s 33

Søkte et
pasientperspektiv



s 37

Margit Ellinor
– glemte bilder

Redaktør:

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

Redaksjonssekretær:

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

Ansvarlig redaksjonskomité:

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

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

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

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

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

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

Faglige medarbeidere:

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

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

Abonnement:

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

Demens&Alderspsykiatri
utkommer fire ganger i året.

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

Utgiver

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

Layout/trykk

BK Grafisk, Sandefjord (TAa)

Det redaksjonelle arbeidet er
avsluttet 19. november 2012.

Fagpressen



Demens&Alderspsykiatri

vol. 16 • nr. 4 • 2012

- 4 Marit Gausel Blom
– Direktoratets demensdirigent
- 8 Psykiatrisk sykkelighet i somatisk sykehus
– en nødvendig nisje for alderspsykiatrien?
Eivind Aakhus og Rachid Ayati
- 12 Fjernundervisning i geriatri og alderspsykiatri
– Bruk av IT for å utveksle kunnskaper
og erfaringer
Leiv Otto Watne og Aud Johannessen
- 13 «Den som forventer noe godt, forventer
ikke forgive!»
Martin Bystad, Fredrik Pedersen og Ole Grønli
- 16 Det hellige i medisin og omsorgsfag
Eivind Meland
- 20 Omsorg for personer med
minoritetsbakgrunn og demens
– Slik vi gjør det på Grünerløkka
- 23 Biomarkører ved Alzheimers sykdom
Per Selnes
- 27 Brobygging i København
- 30 Samhandling på tvers av tjenestenivåene
*Stein-Arne Hval, Kari Midtbø Kristiansen og
Bernhard Lorentzen*
- 33 Demens sett fra innsiden
Disputas, Kjersti Wogn-Henriksen
- 36 Tilbud til unge med demenssyke foreldre
- 37 Margit Ellinor – glemte bilder
Fotografier Bente Geving
- 40 Personsentrert omsorg i praksis
«Här är ditt liv, Greta Pettersson»
Anmeldt av Anita Ellefsen
- 41 Film om unge og demens
– nå også på dvd



Forsiden:
Faisal og Mimi Nasser,
Grünerløkka sykehjem.
Foto: Bente Wallander





Flere gode øyeblikk – helt til det siste

Regjeringens forslag til statsbudsjett er spennende lesning for alle som er opptatt av god omsorg. Det er her premissene for neste års aktiviteter legges. Førsteintrykket av politikernes utkast til budsjett for 2013 er positivt. Tre hovedområder løftes frem i den nylig reviderte Demensplan 2015: Flere tilpassede botilbud, øke dagaktivitetstilbudet og sikre økt kunnskap og kompetanse.

Samlet foreslås bevilget nær 300 millioner kroner til neste års arbeid for å oppfylle Demensplan 2015. Dette muliggjør videreføring av en rekke viktige satsinger, som spredning av tilbud om pårørendeskoler og samtalegrupper i kommunene, implementering av opplæringspakker om demens for personell, frivillige og pårørende, drift av erfaringsbank om demens (demensinfo.no), spredning av gode modeller for miljøbehandling og miljøterapi, videreføring av satsingen på yngre personer med demens og deres pårørende, og videreføring av arbeidet med opprettelse av demensteam i kommunene. Arbeidet med utredning av samfunnsøkonomiske konsekvenser av demens går også videre.

Regjeringen har også foreslått å øke det øremerkede tilskuddet til kommuner som vil etablere dagaktivitetstilbud for personer med demens, fra inneværende års pott på 150 millioner kroner til 250 millioner kroner i 2013. At stimuleringsmidlene økes er bra. Under ti prosent av norske hjemmeboende personer med demens har et slikt tilbud i dag. Men er gulroten god nok? Regjeringen sier at de vil lovfeste kommunenes plikt til å levere dagaktivitetstiltak til hjemmeboende personer med demens når tilbudet er bygget videre ut. At mange, deriblant Nasjonalforeningen for folkehelsen, synes at utbyggingen går for langsomt er likevel forståelig. De ber om at tilbud om dagaktiviteter må bli en individuell rettighet for alle som har demens, uansett hvor man bor. Dette med bakgrunn i tall som viser at det, av årets stimuleringstilskudd på 150 millioner kroner, bare var fordelt 40 millioner kroner den 1. september. Dette vil ifølge regjeringens budsjettforslag gi 500 nye dagaktivetetsplasser. At de ubrukte midlene foreslås overført til 2013 er fint, men det er et drøyt stykke igjen før regjeringen har nådd fjorårets mål om tilrettelagte dagaktiviteter for 5 000 flere personer med demens en eller flere dager i uken.

Bente Wallander

bente.wallander@aldringoghelse.no



STOR FREMGANG: Når Marit Blom kikker seg tilbake ser hun at det har skjedd mye i norsk demensomsorg de siste årene.
– Men fortsatt kan noe gjøres bedre!

Bente Wallander (tekst og foto)

Direktoratets demensdirigent

Marit Blom har vært en pionér for boligbasert omsorg, Sosialdepartementets sekretær for FNs eldreår i Norge og leder i dag Helsedirektoratets demensinnsats. Sin første lekse i demensomsorg fikk hun av en ekskaptein og hans bydende kommentar: – Ingen kvinne i min lugar!

Det har blitt mange demensleksjoner på Marit Blom siden debuten hun fikk som elev ved Røde Kors Sykepleie-skole i Stavanger på 60-tallet. Men kapteinens replikk sitter fortsatt som spikret i hukommelsen.

– Jeg var ung og svært nervøs da jeg fikk beskjed om å gå inn til den gamle kapteinen som bodde på sykehjemmet der jeg hadde praksis. I ny-strøket forkle og med stivet hette, banket jeg forsiktig på døren og gikk inn. Jeg glemmer aldri den overraskelsen jeg følte ved kapteinens kommando, den var jo så treffende. Jeg møtte noe jeg først trodde var mannens humor. Men det var jo et møte med demenssykdommen!

Navn Marit Gausel Blom
 Alder 66 år
 Bosted Oslo
 Familie Gift. To voksne barn, to svigerbarn og fire barnebarn
 Stilling Prosjektleder, Avdeling omsorgstjenester, Helsedirektoratet

Bloms besøk i bushen

Marit Bloms vei fra kapteinens «lugar» til det nåværende kontoret i Helsedirektoratet har medført mye læring og mange opplevelser. Etter å ha gjort unna pliktåret sitt i Stavanger pakket hun kofferten og reiste til Oslo. Her begynte hun på Aker sykehus, der hun ble i seks år, og i løpet av denne tiden tok hun spesialutdannelse i anestesi. I 1971 reiste hun så til Nigeria for å bidra til oppbyggingen av det krigsherjede landet etter Biafra-krigen. Arbeidsgiver var Norges Røde Kors, og oppgavene besto i å gi narkose ved kirurgiske inngrep på et sykehus i en liten landsby i bushen, drevet av irske nonner.

– Det var som å komme til barndomens bilde av et afrikaland og forholdene var svært primitive. Det var litt av en utfordring å stå der ute i bushen og skulle gjøre jobben som anestesisykepleier. Jeg måtte klare meg selv.

Marit hadde mange oppgaver i Biafra, deriblant å vaksinere barn.

– Jeg kom så nær folk, og var blant annet med hjem til en kvinne som studerte til lærer. Det er imponerende å gjennomføre en utdannelse under så kummerlige forhold. Det var jo som å bli satt hundre år tilbake i tid! Jeg håper virkelig at det har skjedd en positiv utvikling på dette området siden den gang.

Hva jeg lærte av turen? At man må involvere lokalbefolkningen på en helt annen måte enn det som var vanlig den gang. Det går ikke an å komme med en masse penger til et land som trenger hjelp og bare fortelle dem hvordan alt skal være. Det må skapes en plattform, og en enighet om det man skal utvikle. Først da har man en sjanse til å lykkes.

Med godt fotfeste i kommunens helsetjenester

Vel hjemme i Norge fant Marit tiden inne for familieliv og barn. Etter å ha gjennomført helsesøsterskolen begynte hun

som helsesøster i Lier kommune. Her fikk hun noen år senere sin første jobb innen eldreomsorgen. Det ble ni år som sykepleiesjef og etter hvert pleie- og omsorgssjef i Lier kommune.

– Dette var på 90-tallet og Lier var en foregangskommune i utbygging av omsorgsboliger med døgnbemanning. Velferdsmeldinga ble lagt frem i 1995 og den bante vei for endringer fra institusjonsbasert omsorg til boligbaserte tjenester. Til mine oppgaver hørte det å forklare politikere, pårørende og ansatte at tjenestene er det viktigste, ikke stedet eller huset hvor tjenestene gis.

– Å få lagt fram budskapet på en måte som kunne forstås og aksepteres på en god måte var svært vanskelig. Troen på at sykehjemmet er løsningen sitter godt forankret i den norske folkesjela. Det ble unektelig en del oppstyr omkring endringene i media, og jeg innrømmer gjerne at jeg fikk en skrekk for journalister.

20 år senere minnes Marit også sin første konfrontasjon med daværende Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens: – Kompetansesenteret hadde størst tro på at institusjonsbaserte tjenester var den beste løsningen for personer med demens.

Kleppas røde penn

Lier kommunes satsing på boligbasering av omsorgstjenestene og på utbygging av omsorgsboliger ble lagt merke til og det kom etter hvert mange delegasjoner på besøk, både fra departementet og andre kommuner.

– Det bidro vel til at Sosialdepartementet, da jeg siden søkte jobb der, åpnet dørene og mulighetene for meg, som allerede den gang var en gammel dame, humrer hun. Marit Blom fikk i 1998 oppgaver knyttet til blant annet den norske gjennomføringen av FNs internasjonale eldreår (1999).

– Jeg hadde jo lenge vært i lederposisjon, men da jeg begynte i departementet husker jeg at jeg sukket lett oppgitt for meg selv: «Nå har du nok fått en stilling som er halvannet nummer for stor for deg, Marit.» Det var et sjokk å komme fra kommunen til statsforvaltningen.

Marit Blom husker fortsatt noen av utfordringene dette innebar. Hun skulle blant annet jobbe i tett kontakt med daværende sosialminister, Magnhild Meltveit Kleppa.

– Hun hadde nynorsk som sitt mål og som forhenværende lærer hadde hun fortsatt en rød penn. Den ble flittig brukt, kan du vel si!

Med demens i ryggsekken

– Da jeg begynte i departementet hadde jeg fortsatt med den forundringen jeg opplevde etter å ha lest Stortingsmelding 50 (1996–1997) *Handlingsplan for eldreomsorgen*. De store utfordringene pleie- og omsorgstjenesten knyttet til demens hadde fått svært liten oppmerksomhet og alderspsykiatrien var ikke nevnt i en linje. Som pleie- og omsorgssjef hadde jeg i Lier kommune vært pådriver for å bygge opp tilbudene for personer med demens, og kunne rett og slett ikke forstå at man kunne lage en stortingsmelding om eldreomsorg fri for de utfordringene som var knyttet til demens. Og det er vel dét som siden har blitt min ryggsekk, tror Marit Blom. Å få folk til å forstå at, hvis du snakker om eldreomsorg må du også snakke om demens.

Mange har nok fått gnagsår i ørene av meg. Men jeg må jo si at det gleder meg grenseløst når noen i dag snakker om ernæring, sier: «Å ja, og så må vi få med utfordringer knyttet til ernæring og demens, snakk med Marit.» Det samme gjelder utfordringer på temaområder som for eksempel smertelindring og tannhelse. Det har helt åpenbart kommet til en endring og demens er satt på sakskartet over viktige utfordringer som må tas på alvor for helse- og omsorgstjenestene.

Fag i fokus

Da Helsedirektoratet ble opprettet i 2002 valgte Marit Blom å forlate departementet.

– Jeg ville tilbake til faget, for å være så nær oppgavene som mulig. Da St melding nr 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer omsorgsmeldingen kom, hadde vi allerede satt mye fokus på demens her i huset.

Direktoratets fagrapport *Glemsk, men ikke glemt* (1) var allerede under arbeid, og i omsorgsmeldingen fikk vi tydeliggjort behovet for økt kapasitet og bedre kvalitet i tjenestetilbudene til personer med demens. Temaet utgjør faktisk en vesentlig del av meldingen. I 2007 vedtok så regjeringen, med Sylvia Brustad

som helse- og omsorgsminister, som første land i verden å legge fram en egen demensplan, Demensplan 2015 *Den gode dagen* (2). Demensplanen er en helt unik plan, blant annet på grunn av alle Skal-ene. Å ha en demensplan som gir klare føringer er en styrke for utvikling av tjenestetilbudene, først og fremst i kommunene. Våre erfaringer er at planen er godt mottatt og det har skjedd utrolig mye positivt i løpet av planens første planperiode, mener Marit Blom.

Å gjøre hverandre bedre.

Budskap nummer én

– Det er få som brenner så sterkt for demenssaken som deg. Har du aldri hatt lyst til å forlate byråkratiet til fordel for politikken?

– Nei, fristelsen for meg har ligget i å få de som bevilger til å se nødvendigheten og investeringen i å bevilge litt mer. Når jeg tenker på politikerne – det er jo utrolig hva som skjer! Jeg møter utrolig faglig dyktige og positive mennesker som jobber innen dette feltet. At vi klarer å engasjere bredt i demensplanens satsingsområder er en nøkkel

for å lykkes. Det sikrer at budskapene når ut og det sikrer god implementering. Arbeidet med demens har gjort noe med meg selv og det har gjort noe med familien min. Alle har gått i voksenopp-læring om demens, og jeg tror både mann og barn vet hva de skal gjøre og hvor de skal henvende seg hvis behovet for hjelp oppstår. Og jeg må innrømme at episoder fra år tilbake sitter godt bevart og gjør meg stolt og glad. Som da sønnen vår ringte meg etter å ha sett filmen *En sang for Martin* med følgende replikk: «Nå skjønner jeg godt hva du jobber med, mor!» Eller da vår datter forkynte at hun hadde truffet en person som etter hennes vurdering var blitt dement og det var viktig at jeg tok kontakt for å høre om de trengte hjelp.

Hjemmeboende og pårørendes behov

Marit Blom kan, når hun kikker seg tilbake, se at det har skjedd mye i norsk demensomsorg de siste årene. Men noe må gjøres bedre.

– Nå må vi se på situasjonen til dem som bor hjemme, og spesielt de som

bor alene. Vi må se på hvordan vi kan organisere tjenestene slik at de oppleves som trygge både for brukerne og pårørende.

Til hjertesakene hører også avlastning og veiledning av pårørende.

– Vi må lære dem at de må ta i mot hjelp. Det er så mange som lider av dårlig samvittighet. Men det hjelper jo ingen at omsorgen får to kunder i stedet for én! Pårørende til personer med demens har en omsorgsoppgave som varer hele døgnet. Det er viktig å gi dem støtte, informasjon og tilbud om noen sårt tiltrengte friminutter. Jeg husker min fars frustrasjon og opplevelser, etter at mor hadde fått demenssykdom. Mor kunne for eksempel si at hun var så glad for at hun fortsatt fikk være klar, og at hun fortsatt laget maten. Far visste jo at det var han som hadde ansvaret for alle oppgaver i hjemmet og i tillegg måtte være på vakt hele døgnet.

Det er fortsatt behov for å løfte frem hvor viktig det er med åpenhet rundt sykdommene. Jeg tror de aller fleste en eller annen gang vil bli berørt, enten som familie, nabo eller gjennom arbeidslivet.



KULTURINTERESSERT: Marit er en ivrig kinogjenger, går gjerne på konserter, teater og i Operaen.

De som får en demenssykdom og deres pårørende trenger forståelse for sin situasjon slik at de ikke blir isolert, men fortsatt kan delta i sosiale aktiviteter. Pårørende er mange, det er barnebarn, ungdommer og voksne barn. Vi har behov for at mange instanser engasjerer seg; kulturlivet, skole, barnehager og arbeidslivet. Jeg pleier å si det slik: Alle må kunne noe om demens, noen må kunne mer!

Alle topper tatt

– Hva gjør du når du ikke er på jobb?

– Jaha.....! Nei, si det? Men jeg er et fysisk menneske og drar ofte på tur. Med sykkel, til fots og på ski. Vi har hytte ved Hallingskarvet, og du må jo ha god helse for å ha hytte et slikt sted. Jeg er i hvert fall ingen sydenturist. For meg er det om å gjøre å ha besteget alle toppene.

– Har du gjort det?

– I vårt område? Å ja, både en og to ganger. Til fots og med ski!

Marit er en ivrig kinogjenger, går gjerne på konserter, teater og i Operaen.

– Jeg ønsker å bruke mer tid fremover på kulturaktiviteter og hobbysysler.

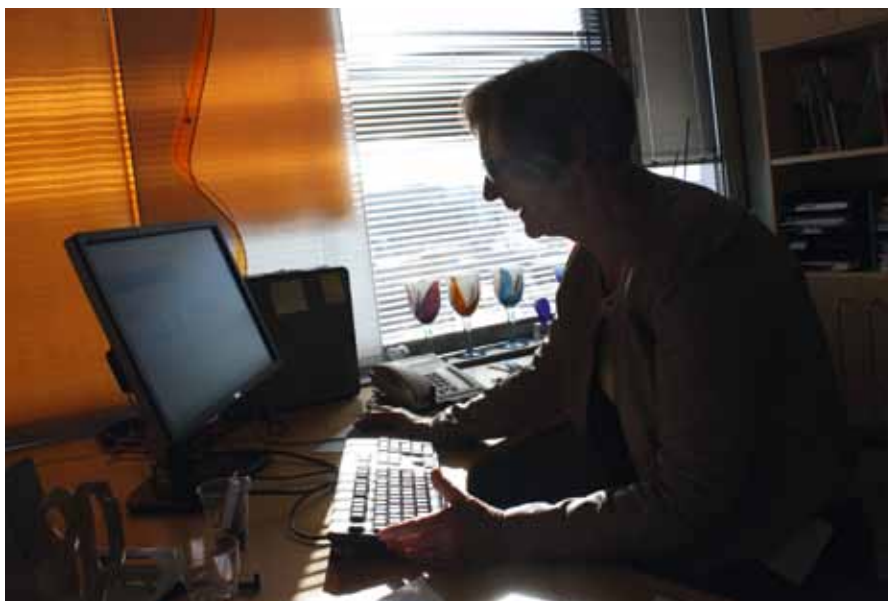
I kontorvinduet står det fargerike selvmalte glass som er ett av eksemplene på behovet for kreativ utfoldelse.

– Det har vært så mange sakspapirer gjennom årene at det er godt til å koble av med praktisk arbeid, så kan jo tankene surre om løsninger på nye utfordringer. Det blir brukt mye tid i vårt hjem på å forberede måltider og jeg setter min ære i å samle familie og venner til sammenkomster med god mat og god drikke.

– Hva drømmer du om for fagfeltet i årene som kommer? Og hvilke føringer vil du gi for fremtidig omsorgssatsing?

– Det første vi må huske er at veksten i omsorgstjenestene ikke bare vil dreie seg om en økning av antallet eldre – vi blir jo bare friskere og friskere. Omsorgstjenestenes brukere består av personer i alle aldre som har et behov for individuelle tilrettede tjenestetilbud for å mestre livet og hverdagen.

Viktig er det også å erkjenne at det er store utfordringer, som på områdene fritid, arbeid og aktivitet. Jeg mener bestemt at kommunehelsetjenesten ikke har den oppmerksomhet den fortjener som en viktig aktør i det norske helsevesen. Kommunens helsetjenester må fungere, skal de aktivt forhindre eller



GLAD I JOBBEN: Marit Gausel Blom.

følge opp behandling etter sykehusinnleggelser. Det krever god ledelse, faglig dyktige ansatte og et godt arbeidsmiljø. Samhandlingsreformen er i så måte en riktig vei å gå. Utfordringen ligger vel i hvordan små kommuner skal klare det de nå pålegges. Men kommunene har vist at de vil og de får det til på mange områder, slik at de finner nok løsningsene også på disse utfordringene.

– Drømmen er å løse demensgåten. Først og fremst av hensyn til dem som blir syke og deres nærmeste. Men tenk også på hvilke unike muligheter det ville ha gitt oss. Vi ville få frigjort store helseressurser bare ved å kunne utsette sykdomsforløpet i ett år.

– Har vært en opptur

For sin egen pensjonisttilværelse, som i følge Marit Blom inntreier neste år, har hun foreløpig ikke de store vyer.

– Vi skal ha en lang og god ferie, med litt reise, kultur og matopplevelser, mye fysisk aktivitet og tid til barnebarn. Jeg ønsker å investere i barnebarna ved å gi noe av det foreldrene kanskje ikke rekker eller kan prioritere i hverdagen. Men jeg ønsker å være bestemor på mine premisser.

– Du virker ikke helt klar til å gå av?

– Hmm... Der ble jeg litt svar skyldig. Det er riktig at jeg er veldig glad i jobben min. Den sosiale kontakten betyr mye, og følelsen av å være med på noe betydningsfullt. Noe du kan strekke deg

etter. Men som jeg pleier å si: Hadde det ikke vært meg, hadde det vært en annen som satte temaet demens på dagsordenen. I kommunene så vel som politisk. Det som har skjedd de siste årene har likevel vært en stor opptur, og jeg vet at jeg vil savne arbeidet. Mitt håp for årene som kommer er at jeg får beholde og bruke mitt engasjement.

HENVISNINGER

1. Glemsk, men ikke glemt: Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007.
2. Demensplan 2015: «Den gode dagen». Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2007.

Eivind Aakhus, overlege Avdeling for alderspsykiatri,
Sykehuset Innlandet HF og stipendiat/seniorrådgiver Nasjonalt
kunnskapssenter for helsetjenesten

Rachid Ayati, overlege Avdeling for alderspsykiatri,
Sykehuset Innlandet HF



Psykiatrisk sykелighet i somatisk sykehus – en nødvendig nisje for alderspsykiateren?

Jo eldre en person blir, jo større risiko er det for å utvikle psykiatrisk sykdom. Dette, kombinert med økt somatisk sykелighet med økende alder, gjør at psykiatrisk sykелighet er vanlig blant eldre i somatiske sykehus. Hva gjør sykehusene for å møte dette?

Bakgrunn

Tilsynspsykiatri, eller konsultasjons-liaison psykiatri (ofte forkortet CL-psykiatri), har solide kliniske tradisjoner i Norge. Internasjonalt har faget vært beskrevet siden 1930-tallet (1) og enkelte europeiske land har godkjent CL-psykiatri som egen subspesialitet (2). I Norsk psykiatrisk forening er det et eget utvalg som jobber spesielt med feltet. Ved store sykehus er det ikke uvanlig at psykiatere er ansatt i somatikken eller psykiatrien for å utføre psykiatriske tjenester overfor de somatiske avdelingene. For øvrig har de fleste somatiske sykehus en eller annen form for samarbeidsavtale med nærliggende psykiatriske avdelinger. CL-psykiatere eller -team utfører ofte tilsyn på eldre inneliggende pasienter, ifølge Utvalg for CL-psykiatri (3). Samarbeidsformen kan variere, fra enkle telefonkonsultasjoner til tverrfaglige team som vurderer den inneliggende pasienten.

«Konsultasjons-liaison»-begrepet innebærer at det er to ulike typer aktiviteter knyttet til begrepet. En konsultasjon er en (ofte) begrenset vurdering og drøfting omkring en problemstilling. Liaison-begrepet, derimot, omfatter i større grad en samhandling mellom grupper eller

personer. En enkeltstående vurdering av en pasient på en post vil derfor være et eksempel på en konsultasjon. Dersom denne vurderingen inngår i en videre prosess, med samhandling med andre yrkesgrupper eller tjenesteområder, som kommunal hjemmetjeneste, sykehjem eller geriatrik team, vil dette være eksempel på en liaison-tjeneste.

Eldre pasienter utgjør den største gruppen i somatiske sykehus. Nærmere 50 prosent av pasientene er over 70 år. Nærmere 30 prosent av pasientene er over 80 år. Risikoen for psykisk lidelse øker med alderen (4). Årsakene til dette er antakelig mange, som psykologisk belastning ved somatisk lidelse, nevrobiologisk effekt av sentralnervøs sykdom (hjerneslag og demens), nevrobiologiske forandringer knyttet til alderdom, polyfarmasi, ensomhet og redusert livskvalitet. Når et menneske rammes av alvorlig somatisk sykdom, øker sannsynligheten også for at personen utvikler depresjon (5). Selv om prevalensdata er beheftet med usikkerhet, kan man anta at forekomsten av depresjon ligger på rundt 30 prosent i somatiske sykehusavdelinger, dog med store variasjoner avhengig av hvilken somatisk avdeling det er snakk om og hvilken målemetode som har blitt benyttet (6). Andre lidelser med psykiske symptomer er også vanlige; en oversikt som ble presentert av britiske Royal College of Psychiatrists fant at forekomsten av delirium var på cirka 20 prosent (konfidensintervall, KI, mellom 7 og 61 prosent), og demens på 31 prosent (KI 5 – 45 prosent) (7).

Vi har ganske gode holdepunkter for å kunne si at psykiatrisk samsykелighet hos pasienter med somatiske lidelser gjør prognosen for bedring dårligere. Dette gjelder både i forhold til varighet

av opphold og risiko for institusjonalisering (8) samt død (9). Nightingale og kolleger viste med tydelighet i en toårs oppfølgingsstudie hvordan psykiatrisk sykелighet (delirium, demens eller depresjon) ved innkomst forverret prognosen for overlevelse etter lårhalsbrudd (10).

Selv om det, så vidt vi kjenner til, ikke foreligger noen beskrivelse av alderspsykiatriske tilsyn i Norge, har feltet fått en del omtale i internasjonal litteratur. Det synes å være en tendens til at der det foreligger et tilbud om alderspsykiatrisk CL-tjeneste, øker antall henvisninger med årene, og de som henvises blir eldre (11). Tjenesten organiseres på en rekke forskjellige måter, med enkeltkonsultasjoner, team-konsultasjoner, poliklinikker eller ambulante tjenester, utført av psykiatere og/eller sykepleiere. Det overordnede inntrykket i en britisk spørreskjemaundersøkelse, var at de fleste som var involvert i tjenesten var misfornøyd med den tjenesten de tilbød (71 prosent), og bare én prosent mente at de hadde en utmerket tjeneste (12). En oversiktsartikkel konkluderte med at tilsynstjenester var mer effektive om de var utviklet etter liaison-modellen enn om de var basert på enkeltstående konsultasjoner (13).

I en tid der pasientpopulasjonen i somatiske sykehus blir eldre, og liggetiden kortere, står sykehusvesenet foran store utfordringer. Det er fornuftig å tenke at alderspsykiatrien burde ha en sentral plass. Vi vil gjennomgå hvordan norsk alderspsykiatri organiserer sine tilsyn overfor de somatiske sykehusene, vi vil gi et eksempel på hvordan slike tilsyn kan organiseres, gi en beskrivelse av kunnskapsgrunnlaget for effekten av CL-tjenester overfor eldre og, til slutt, fore-

Tabell 1

Organisering av alderspsykiatriske tilsyn i Norge. Resultater fra alderspsykiatriske avdelinger i 15 fylker

Helseforetak	Lokalisering	Alders psykiatriske tilsyn	Beskrivelse av arbeidsmåte	Ansvarlig for tilsyn	Tilrettelegging fra somatikken for undersøkelsen			Antall tilsyn/mnd	Geriatrisk tilsyn ved AP
					Av pasienten	Kontorarbeid	Muntlig tilbakemelding		
Helse Sør-Øst	Adskilt	Ja	Som del av C/L-team	Psykiater	Alltid	Alltid	Noen ganger	15-20	Ja, ved behov
Helse Sør-Øst	Adskilt	Ja	Etter henvendelse	Psykiater/sykepleier	Ikke besvart	Ikke besvart	Alltid	10	Annet: Tilsatt egen indremedisiner
Helse Sør-Øst	Adskilt	Ja	Som del av C/L-team	Psykiater	Alltid	På AP avd	Alltid	1-2	Nei
Helse Sør-Øst	Adskilt	Nei		Ja; på innlagte pas på Somatikk					
Helse Sør-Øst	Adskilt	Nei		Nei					
Helse Sør-Øst	Adskilt	Ja	Fast besøksdag	Psykiater	Noen ganger	Alltid	Noen ganger	8	Fast besøksdag
Helse Sør-Øst	Adskilt	Nei		Nei					
Helse Sør-Øst	Adskilt	Nei		Ja, ved behov					
Helse Sør-Øst	Adskilt	Lite	Etter henvendelse	Lege og sykepleier	Noen ganger	Aldri	Noen ganger	0-1	Nei
Helse Sør-Øst	Samlokalisert	Ja	Etter henvendelse	Psykiater	Ikke besvart	Ikke besvart	Ikke besvart	Ikke besvart	Ja, ved behov
Helse Sør-Øst	Samlokalisert	Ja	Etter henvendelse	Psykiater	Noen ganger	Alltid	Alltid	2	Nei
Helse Sør-Øst	Samlokalisert	Ja	Etter henvendelse	Psykiater	Noen ganger	Alltid	Noen ganger	>20	Nei
Helse Vest	Samlokalisert (poliklinikk)	Ja	Etter henvendelse	Psykiater	Alltid	Aldri	Noen ganger	3-4	Nei
Helse Vest	Samlokalisert	Nei		Ja, ved behov					
Helse Vest	Samlokalisert	Nei	Som del av C/L-team		Nei				
Helse Vest	Samlokalisert	Ja	Etter henvendelse	Psykiater	Alltid		Noen ganger	0-1	Ja, ved behov
Helse Vest	Samlokalisert	Nei		Ja, ved behov					
Helse Midt	Samlokalisert	Ja	Etter henvendelse	Psykiater	Noen ganger	Noen ganger	Noen ganger	ca 15	Ja, ved behov
Helse Midt	Samlokalisert	Ja	Etter henvendelse	Psykiater	Noen ganger	Aldri	Noen ganger	0-10	Ja, ved behov
Helse Nord	Adskilt	Ja	Etter henvendelse	Psykiater	Noen ganger	Noen ganger	Noen ganger	3-4	Nei

FORKLARING: *Lokalisering* – Om avdelingen er samlokalisert med det somatiske sykehuset. *Alderspsykiatriske tilsyn* – Om alderspsykiatriske tilsyn utføres. *Beskrivelse av arbeidsmåte* – Om tilsyn skjer etter henvisning eller på faste besøksdager. *Ansvarlig for tilsyn* – Hvem utfører tilsynet? *Tilrettelegging fra somatikken* – Om det somatiske sykehuset legger til rette for undersøkelse av pasienten, nødvendig kontorarbeid etter undersøkelsen og muligheten for muntlig tilbakemelding til somatisk enhet der pasienten behandles. *Geriatrisk tilsyn ved AP* – Utføres det geriatriske tilsyn for alderspsykiatriske pasienter?

slå noen grep som kan sikre en robust og troverdig tjeneste basert på litteraturgjennomgang og vår egen erfaring.

Alderspsykiatriske tilsyn

Vi foretok i år en enkel kartlegging av alderspsykiatriske tilsyn i Norge. Det ble samlet inn informasjon fra 20 alderspsykiatriske enheter i 15 fylker (tabell 1).

De fleste alderspsykiatriske avdelinger som er lokalisert sammen med somatiske sykehus tilbyr tilsyn, mens fire av ti som er atskilt ikke gjør det. Kun én avdeling hadde faste besøksdager, ellers skjer tilsyn etter henvisning ved behov. Dette synes ikke å påvirke antall henvisninger, som varierer fra null til over 20 i måneden. Den vanligste arbeidsformen

er at psykiater gjør sine vurderinger alene, og det er varierende hvor gode muligheter den som utfører tilsynet har for å vurdere pasienten og gi tilbakemeldinger til posten etter tilsynet. Muligheten for å få en kontorplass til nødvendig etterarbeid synes mer ivaretatt, spesielt når alderspsykiatrien er adskilt fra somatikken. Tilbakemeldinger fra flere

av kollegaene som besvarte skjemaet var at tjenesten kunne vært bedre, men dette ble ikke systematisk undersøkt i undersøkelsen. Noen ga også uttrykk for at det ikke var skille mellom alderspsykiatri og akuttpsykiatriske tilsyn på somatiske avdelinger; der alderspsykiatrien ikke gjennomfører tilsyn eller kun i begrenset grad, er det naturlig at det ordinære tilsynstilbudet også gjelder eldre.

Alderspsykiatriske tilsyn på Gjøvik – et eksempel på organisering

Alderspsykiatrisk avdeling, Sykehuset Innlandet (SI), avdeling Reinsvoll, og geriatrisk team, SI Gjøvik, innledet i 2003 et samarbeid med gjensidig utveksling av tjenester. Avtalen innebærer at alderspsykiatrisk avdeling stiller psykiater til disposisjon for geriatrisk team en halv dag i uken. Tilbudet er et supplement til psykiatriske tilsyn som utføres av psykiatrisk avdeling, SI Gjøvik. Geriatrisk team, ved geriater, geriatrisk sykepleier og ergoterapeut, er ansvarlig for å sette opp psykiaterens program. Det kan dreie seg om tilsyn på en av de somatiske postene, vanligvis på medisinsk avdeling, eller polikliniske konsultasjoner. Sistnevnte kan ha blitt satt opp, enten med bakgrunn i vurdering av henvisning til geriatrisk team, som resultat av en tidligere poliklinisk geriatrisk vurdering eller som oppfølging av pasienter som har blitt skrevet ut fra medisinsk avdeling før til-

synet kunne finne sted. Teamet stiller undersøkelseskontor til rådighet for polikliniske konsultasjoner, og har også skaffet bakgrunnsinformasjon om inneliggende pasienter som trenger tilsyn. Fram til 2008 ble tilsynsoppgavene fordelt mellom tre-fire psykiatere, men etter dette har tilsynene blitt utført av en psykiater (RA). Medisinsk avdeling stiller geriater til disposisjon for alderspsykiatrisk avdeling en halv dag hver 14. dag. Avtalen har ingen økonomiske betingelser, noe vi finner avgjørende for kontinuiteten. Dette dreier seg derfor utelukkende om en faglig utveksling

I 2006 gjennomførte vi en retrospektiv undersøkelse av 55 alderspsykiatriske tilsyn utført på medisinsk avdeling, SI Gjøvik. Tabell 2 viser diagnostiske vurderinger ved tilsynene. I hovedtrekk beskriver nok dette situasjonen slik den er i dag også. Dog har tilsynene i de siste årene inneholdt vurdering av mer komplekse affektive lidelser, der for eksempel depressiv stupor blir en differensialdiagnose til somatiske diagnoser som nedsatt bevissthet eller coma.

18 pasienter (33 prosent) ble henvist til andre deler av spesialisthelsetjenesten (figur 1). 25 pasienter (45 prosent) ble anbefalt psykososiale tiltak i kommunen, hovedsakelig i form av sykehjem (17 pasienter). 18 pasienter ble anbefalt dosereduksjon av aktuelle medisiner, først og fremst for antipsykotika (9 pasienter), mens drøyt halvparten (31 pasienter) ble anbefalt ny medikasjon, først og fremst antidepressiver.

Det utføres mellom 100 og 120 tilsyn på medisinsk avdeling gjennom denne avtalen. Figur 1 illustrerer med tydelighet at alderspsykiatriske tilsyn genererer

arbeidsoppgaver for alderspsykiatrien, enten i form av innleggelser eller poliklinisk henvisning. Over halvparten av pasientene anbefales slik kontakt, mens 1/3 anbefales oppfølging av geriatrisk team. Tabell 2 viser at det er i skjæringspunktet mellom depresjon og demens at medisinsk avdeling følger behov for alderspsykiatrisk kompetanse. Delirium utgjør en relativt liten andel av tilsynene, sammenliknet med forventet forekomst i somatiske avdelinger.

Er tilsyn effektivt?

Effekten av alderspsykiatriske tilsyn er omdiskutert. Forsøk på å systematisere dokumentasjonen for tiltakets effekt har kunnet vise, i beste fall, moderat effekt (13). Noen studier kan indikere at liaisonbaserte tilsyn er mer effektive enn ordinære konsultasjonstilsyn (14). Forsøk på å demonstrere effekt av sykepleierledete alderspsykiatriske team har kun hatt begrenset suksess (15). En nederlandske studie (16) viser at fastlegene i stor grad følger opp de anbefalingene som alderspsykiatriske tilsyn gir.

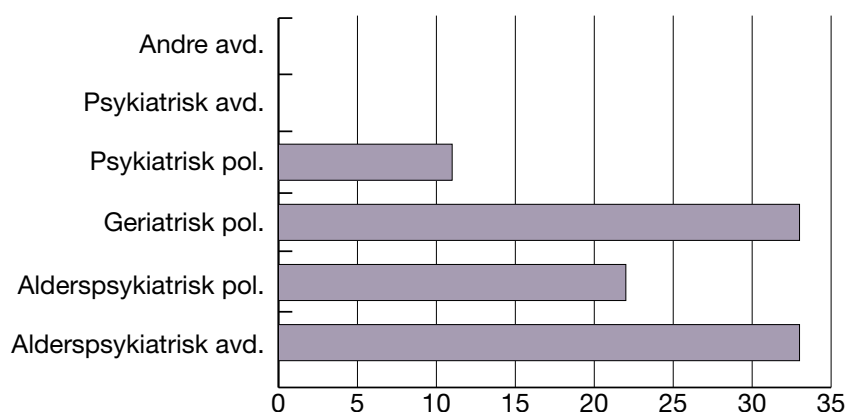
Det kan være ulike årsaker til at det er så vanskelig å dokumentere en tydelig effekt av et tilbud som virker åpenbart fornuftig. En årsak kan selvfølgelig være at tiltaket ikke er virksomt. En annen årsak kan være at eventuelle positive endringer er vanskelig å måle. Mange av studiene har brukt varighet av oppholdet, overføring til sykehjem eller re-innleggelser som mål for effekt. Man kunne tenke seg at å måle forekomst av psykiatrisk sykdom etter utskrivelse, sosialt nettverk, trivsel og livskvalitet i større grad ville vært egnet for å kunne måle effekten.

Tabell 2

Karakteristika ved 55 alderspsykiatriske tilsyn, SI Gjøvik

<i>Diagnostiserte pasienter = 55</i>	<i>Antall</i>
Demens	11
Moderat-ålvorlig demens med depresjon	9
Mild demens m/depresjon	7
Depresjon	11
Schizofreni + Depresjon	2
Schizofreni + Depresjon + Demens	1
Schizofreni	1
Delirium + Demens	5
Angstlidelser	2
Personlighetsforstyrrelse	2
Observasjon v/mistanke om psykiske lidelser	4

Figur 1. Resultat av tilsyn - henvisning til 2. linjetjenesten (%)



Anbefalinger for organisering

The Royal College of Psychiatrists (7) anbefaler blant annet følgende tiltak for en fungerende CL-tjeneste for eldre:

Somatiske sykehus

1. bør støtte opprettelsen av CL-tjenester for eldre,
2. må tilby fasiliteter som gjør det mulig for CL-tjenesten å utføre sitt arbeid med base i det somatiske sykehuset,
3. bør vurdere å ta lederen for CL-tjenesten inn i de nødvendige fora, for å understøtte en koordinert respons til de behov, mål og prioriteringer som identifiseres.

Psykiatrisk divisjon

1. bør forsikre seg om at CL-tjenester for eldre er en prioritet i den planlagte aktiviteten,
2. bør oppnevne en CL-psykiater med ansvar for tjenesten overfor eldre, og med nødvendig tid avsatt til å utføre oppgaven,
3. bør basere tjenesten mer på liaison enn konsultasjon,
4. må utvikle CL-tjeneste for eldre som en tverrfaglig tjeneste.

Basert på vår erfaring og litteraturgjennomgang, vil vi presisere noen forutsetninger for at tilsynsordningen skal fungere (tabell 3).

Vi mener at fysisk tilstedeværelse er en forutsetning for en vellykket samhandling. Synlighet bevisstgjør de somatiske postene om tilsynets eksistens, noe som er avgjørende for at tilbudet blir brukt. Regelmessig deltakelse på avdelingens morgenmøter kan være en effektiv måte å oppnå dette på. I den tidlige fasen av vårt samarbeid med medisinsk avdeling var det også et prinsipp å møte, selv om det ikke forelå noen formelle henvisninger. Dette kan virke som sløsing med våre ressurser, men vi erfarte at henvisninger ikke ble skrevet, fordi bevisstheten om tilsynets eksistens ikke var tilstrekkelig etablert blant klinikerne i postene. Når vi likevel møtte opp, var det så å si alltid oppgaver som dukket opp. Vi har også erfart at bevisstheten om tilbudet varierer, og er spesielt sårbar i ferieperioder eller når det er utskiftinger av leger i postene.

Tabell 3

Forutsetninger for en vellykket tilsynsordning

Synlighet	Alderspsykiateren/teamet bør inngå et forpliktende samarbeid med avtalt tilstedeværelse, uansett om det foreligger henvisning eller ikke
Tilgjengelighet	Det må foreligge klare henvisningsrutiner med klar adresse for henvisningen. Programmet for tilsynet bør administreres av personell i somatikken
Forutsigbarhet	Alderspsykiateren/teamet må møte til avtalte tider, og erstatte må skaffes ved forfall.
Kommunikasjon	Alderspsykiateren/teamet og personell i somatikken må legge til rette for at konklusjonene fra tilsynet kan deles med oppfølgende personell. Ansvar for oppfølgingen tydeliggjøres.
Oppfølging	Kommunikasjon med primærhelsetjenesten må avklares (Hvem mottar kopi av tilsynet? Hvordan inngår konklusjonene fra tilsynet i den tverrfaglige rapporten fra somatisk avdeling?)

Konklusjon

Dokumentasjon for effekt av psykiatriske tilsyn i Norge mangler. Dagens organisering av alderspsykiatriske tilsyn i Norge varierer i stor grad ved de ulike sykehusene. Den er, etter vår oppfatning, pragmatisk, basert på klinisk etterspørsel og erkjennelse av at psykisk helse er en viktig komponent i en helhetlig tilnærming til eldre somatiske pasienter. I de færreste tilfeller er det satt av spesifikke ressurser til alderspsykiatriske tilsyn og mange steder er det allmennpsykiatrien som har ansvar for tilsyn, også for eldre. Alderspsykiatriske tilsynstjenester har neppe noen integrert plass i behandlingsskjeden mellom sykehuset og kommunene. Dersom det skal oppnås, må antakelig dette initiativet komme fra alderspsykiatrien selv, og de nødvendige ressurser for å drifte en robust tilsynstjeneste må prioriteres.

■ eivind.aakhus@gmail.com
ayatirachid@gmail.com

REFERANSER

1. Billings EG, McNary WS et al. Financial importance of general hospital psychiatry to hospital administrator. *Hospitals* 1937; 15: 30-4.
2. Söllner W, Creed F. European guidelines for training in consultation-liaison psychiatry and psychosomatics: report of the EACLP Workgroup on Training in Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics. *Journal of Psychosomatic Research* 2007; 62: 501-509.
3. Christensen Ø. Tilbakemelding fra Utvalg for CL-psykiatri. 27-6-2012. Personlig meddelelse.
4. Skoog I. Psychiatric epidemiology of old age: the H70 study—the NAPE lecture 2003. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; 109: 4-18.
5. Birrer RB, Vemuri SP. Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. *American Family Physician* 2004; 69: 2375-2382.
6. Rosenvinge BH, Rosenvinge JH. Forekomst av Depresjon hos eldre – systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990-2001. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2003; 123: 928-929.
7. Royal College of Psychiatrists. Who Cares Wins – Improving the outcome for older people admitted to the general hospital. London, UK: Royal College of Psychiatrists; 2005.
8. O'Keeffe S, Lavan J. The prognostic significance of delirium in older hospital patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 1997; 45: 174-178.
9. Pompei P, Foreman M et al. Delirium in hospitalized older persons: outcomes and predictors. *Journal of the American Geriatrics Society* 1994; 42: 809-815.
10. Nightingale S, Holmes J et al. Psychiatric illness and mortality after hip fracture. *Lancet* 2001; 357: 1264-1265.
11. Anderson D, Nortcliffe M et al. The rising demand for consultation-liaison psychiatry for older people: comparisons within Liverpool and the literature across time. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2011; 26: 1231-1235.
12. Holmes J, Bentley K et al. A UK survey of psychiatric services for older people in general hospitals. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2003; 18: 716-721.
13. Draper B. The effectiveness of old age psychiatry services. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2000; 15: 687-703.
14. Anderson D, Holmes J. Liaison psychiatry for older people – an overlooked opportunity. *Age & Ageing* 2005; 34: 205-207.
15. Mukaetova-Ladinska EB. The case for liaison psychiatry for older adults. *Journal of Psychosomatic Research* 2007; 62: 107-108.
16. Wolfs CA, Verhey FR et al. GP concordance with advice for treatment following a multidisciplinary psychogeriatric assessment. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2007; 22: 233-240.

Stipendiat, lege Leiv Otto Watne Ullevål universitetssykehus og
DrPH Aud Johannessen, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Fjernundervisning i geriatri og alderspsykiatri – Bruk av IT for å utveksle kunnskaper og erfaringer



FJERNUNDERVISNING:

Artikkelforfatterne Leiv Otto Watne (over) og Aud Johannessen har gode erfaringer med den telefonbaserte undervisningen i geriatri og alderspsykiatri.

Geriatriske IT-tjenester (GerIT) ble opprettet i 1997, med formål å styrke kommunikasjonen og samarbeidet mellom de som driver helsetjenester for eldre i Norge, å heve kvaliteten på norsk geriatri, og å gi offentligheten informasjon om geriatrisk virksomhet. I 2002 ble det etablert et tilsvarende tilbud innen det alderspsykiatriske miljøet (PsykiT).

I GerITs regi har det helt siden starten foregått internettbasert fjernundervisning. Det geriatriske miljøet var først ute og i 2002 ble det etablert et tilsvarende tilbud innen det alderspsykiatriske miljøet (PsykiT). Alle deltakerne (sykehusavdelingene, sykehjem eller enkeltpersoner) kobles sammen i et telefonmøte, hvor deltakerne kan stille spørsmål etter en forelesning eller foredrag. Plansjer knyttet til foredraget kan lastes ned fra Norsk geriatrisk forenings hjemmeside (<http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-geriatrisk-forening/>).

Hver tirsdag er det undervisning kl. 14.30–15.30 (geriatriundervisning i partallsuker og alderspsykiatri i oddetallsuker). De geriatriske og alderspsykiatriske fagmiljøene kan dessuten delta på hverandres undervisning og erfaringsutveksling. Undervisningen er tverrfaglig og de ulike faggruppene er representert både med deltakelse og med foredrag. Undervisningen er basert på dugnadsånd der foredragsholderne bidrar uten økonomisk kompensasjon. Deltakerne betaler således kun for telefontilknytningen, som er svært lav sammenliknet med kostnader forbundet med annen fagutvikling (for tiden cirka to kroner per minutt). De enkelte enhetene må selv ringe opp telefonmøtene, og be om å bli tilkoblet undervisningsmøtet. Denne organiseringen gjør det mulig for deltakerne å velge når de ønsker å delta, og på hva. Det medfører samtidig lite administrasjon for den som tilrettelegger undervisningen. I utgangspunktet vurderte man overgang til videokonferanse, men med økende antall deltakere konkluderte man raskt med at det var for store tekniske utfordringer knyttet til en slik løsning. Derfor har vi fortsatt med å benytte tele-

fon til denne undervisningen og erfaringsutvekslingen.

Oppslutningen er god, og tilbakemeldingene fra deltakerne levner liten tvil om at de ser fjernundervisningen som et viktig virkemiddel både for å heve kompetansen i spesialiteten og for å gjøre spesialiteten attraktiv. Trettiåtte enheter over hele landet deltar i fjernundervisningen i geriatri, og antall tilstedeværende per undervisningsseanse er 80–100 personer. Om lag to tredeler er leger, de øvrige i hovedsak sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter. I alderspsykiatri er oppslutningen noe mindre, og det er mer tverrfaglig sammensetning blant tilhørerne.

I tillegg til plansjene til fjernundervisningen kan man på nettsidene finne en rekke geriatriske prosedyrer og behandlingsanbefalinger. Disse distribueres og vedlikeholdes i samarbeid med kvalitetsutvalget i Norsk geriatrisk forening. I tillegg representerer nettstedet et arkiv over alle presentasjonene som har vært brukt i fjernundervisningen helt siden oppstarten i 1997.



Martin Bystad, psykolog, Fredrik Pedersen, psykologspesialist og Ole Grønli, overlege, Alderspsykiatrisk avdeling, Universitets-sykehuset i Nord-Norge.

«Den som forventer noe godt, forventer ikke forgjeves!»

Forventninger om et positivt eller negativt resultat kan påvirke resultatet (1). Dette ser vi også i behandlingen av eldre pasienter. Denne artikkelen skal se nærmere på hvordan positive forventninger kan forsterke effekten av behandling ved lidelser som er utbredt hos eldre. Det handler om å utnytte de eldres ressurser og behandlingspotensial i størst mulig grad.

Forventningseffekten

Placeboeffekten har ofte vært brukt om narremedisin, altså medisin som ikke har noen effekt (2). Å gi narremedisin i terapeutisk sammenheng er ikke tillatt, men i kliniske legemiddelstudier er det vanlig å kontrollere effekten av virksom medisin opp mot effekten av narremedisin. For at en placeboeffekt skal oppstå er det viktig med en forventning om at behandlingen virker (3–5). Jo sterkere forventning, jo større vil ofte placeboeffekten være (5).

Dersom en pasient forventer at en behandling eller prosedyre vil forverre symptomene, kalles dette en noceboeffekt. Dette er det motsatte av placeboeffekten (6). Det er funnet at negativ informasjon om et medikament kan redusere effekten av medikamentet (6) og dessuten fremkalle bivirkninger som ikke kan forklares av farmakologiske mekanismer (7).

Siden forventninger er helt sentralt for at en placeboeffekt skal oppstå, har vi i denne artikkelen valgt å omtale placeboeffekten som «forventningseffekten». Vi vil også fokusere på positive forventninger, det vil si forventningseffekten når en pasient forventer bedring/symptomlette. Forventningseffekten har vært godt dokumentert i en rekke studier og ved flere lidelser som ofte sees hos eldre,

deriblant depresjon, smerter og Parkinsons sykdom (6).

I en studie av Flaten (8) fikk forsøksdeltakerne informasjon om at preparatet de inntok var avslappende, oppkvikkende eller uten noen virkning. Alle forsøksdeltakerne fikk et uvirksomt preparat. Resultatet viste autonome responser, aktivering og stress økte hos de deltakerne som fikk informasjon om at preparatet hadde en oppkvikkende effekt. Dette viser at informasjon om effektene til et legemiddel kan gi subjektive og fysiologiske responser.

Ved hjelp av psykofysiologiske målemetoder kan man nå påvise at forventningseffekten er en reell effekt som påvirker fysiologiske prosesser i kroppen og hjernen. Eksempler på slike metoder er funksjonell MR (9) og elektroencefalografi (EEG) (10). Slike metoder har gitt nye muligheter for å utforske forventningseffekten.

Forventninger kan både påvirkes av verbal informasjon og hvordan informasjonen blir gitt, kontekstuelle forhold (som for eksempel utseende på pillene), interaksjonen mellom pasient og helsepersonell samt pasientens tidligere erfaringer (6). Det er altså lite sannsynlig at forventninger oppstår ene og alene, uten noen form for ytre påvirkning.

Forventningseffekten ved ulike lidelser hos eldre

Depresjon: Depresjon er en lidelse som sees hyppig hos eldre (11). Eldre pasienter behandles ofte med anti-depressive medisiner (12). Det finnes mye dokumentasjon på at forventninger kan påvirke behandlingen av depresjon (6). Dette gjelder også for eldre pasienter (13).

I en studie (14) med depressive eldre pasienter (65–85 år) fant man at pasientene opplevde færre depressive plager når de inntok et uvirksomt medikament som de trodde var antidepressiv medisin (SSRI). Det er også funnet en høy korrelasjon (sterk sammenheng) mellom pasientens forventede effekt av behandling med antidepressiva (SSRI), og den endelige effekten av behandlingen (15).

Det har vært antatt at forventninger om symptomreduksjon ved depresjon utgjør en del av behandlingseffekten ved medikamentell behandling av depresjon. I en meta-analyse (16) ble det funnet at hele 75 prosent av virkningen fra antidepressiver skyldes pasientens forventninger. At en så høy prosentandel av virkningen fra antidepressiver skyldes forventninger har vært omdiskutert, og tallene er trolig en god del lavere (17). Individuelle forskjeller kan

spille en rolle. Nøyaktig hvor stor andel av den antidepressive behandling som skyldes forventninger er svært vanskelig å fastlå, og er dessuten mindre vesentlig. Det viktige er å understreke at forventninger påvirker effekten av antidepressive medisiner.

Forventningseffekten ved depresjon skyldes trolig at positive forventninger gir samme endringer i hjerneaktivitet som antidepressive medisiner (6). Forventninger påvirker hjernekjemiske prosesser, deriblant utskillelse av dopamin og serotonin (6). En annen forklaring kan være at positive forventninger motvirker grubling og negative tanker.

Smerter: Kroniske smerter forekommer ofte hos eldre (18). Ved smerter har forventningseffekten vært grundig utforsket (6). En rekke studier har funnet at dersom en person forventer at en medisin har en smertereduserende effekt, vil smerteopplevelsen reduseres. Ved hjelp av hjerneavbildning er det også funnet at aktiviteten i de smertesensitive områdene i hjernen reduseres som følge av forventninger om smertereduksjon (9).

At forventninger påvirker analgetisk behandling skyldes trolig utskillelse av endorfiner, kroppens eget «morfin». Det har nemlig vært funnet at nalaxon (som reduserer endorfiner) demper forventningseffekten ved smerter (6). Som det fremgår av det ovennevnte, er det rimelig å påstå at forventninger om redusert smerte vil være smertedepende.

Kognitiv svikt: Ved demens og kognitiv svikt finnes det få studier om forventningseffekten.

Demens og redusert hukommelse er utbredt hos eldre (12). Hos eldre ikke-demente har man imidlertid funnet at dersom en pasient forventer at et medikament gir bedre hukommelse, vil prestasjoner på hukommelsestester forbedres (19).

Forventningseffekten kan muligens forklare hvorfor enkelte eldre merker bedre hukommelse av ekstraktet «ginkgo biloba», til tross for at det er usikkert om dette ekstraktet har noen tydelig virkning på hukommelsesfunksjon hos eldre (20).

For pasienter med Alzheimers sykdom er forventningseffekten vanskelig å indusere (21). Dette gjelder spesielt dersom pasientens eksekutive funksjoner

(det vil si evne til planlegging, arbeidsminne, impulskontroll) er alvorlig svekket. Svak forventningseffekt hos demente kan skyldes at en pasient med demens har vansker med å huske og å bearbeide informasjonen som blir gitt, samt at de har svekket evne til å danne seg spesifikke forventninger.

Parkinsons sykdom: Parkinsons sykdom er en sykdom som ofte rammer eldre og som gir betydelige motoriske forstyrrelser. Hos denne pasientgruppen er det funnet at forventningseffekten kan påvirke den motoriske funksjonen (22). Pasientene med Parkinson som trodde de fikk virksom behandling med hjernestimulering viste stor bedring i sin motoriske funksjon, til tross for at behandlingen var uvirksom (22). Noe av årsaken til at forventningseffekten er fremtredende ved Parkinsons sykdom er trolig at forventninger påvirker dopaminerge baner i hjernen (6).

Forventningseffekten som en tilleggseffekt til virksom behandling

Vi har i denne artikkelen vist at effekten av forventninger ved behandling er godt dokumentert. Denne effekten kan man dra nytte av i behandlingen av eldre pasienter.

Det handler ikke om å drive med «lureri» eller lyve til pasientene. Derimot handler det om å gi informasjon på en slik måte at pasientenes positive forventninger påvirkes. En enkel formel kan illustrere hvordan virksom behandling og forventninger påvirker behandlingsresultatet:

$$\begin{array}{l} \text{Virksom behandling} \\ + \text{forventningseffekt} \\ = \text{endelig behandlingseffekt} \end{array}$$

Forventningseffekten kan altså fungere som en viktig «tilleggseffekt». En måte å påvirke og forsterke effekten av behandling på er å henvise til dokumentasjon som viser at den aktuelle behandlingen har effekt (23). Slik informasjon må selvsagt gis på en nøktern måte og må kunne dokumenteres. Det handler altså om å øke effekten av ethvert medisinsk tiltak, enten dette gjelder medikamentelle tiltak eller samtalerterapi (24). Å gi uttrykk for optimisme og håp overfor pasienten kan ofte være viktig. Det hører

naturligvis også med å informere om bivirkninger av behandlingen på en riktig og balansert måte. For noen pasienter vil nok frykten for bivirkninger kunne bidra til å dempe forventningseffekten.

Forutsatt at det ikke foreligger alvorlig grad av demens, er det ingen grunn til å tro at eldre har mindre nytte av forventningseffekten enn yngre personer (13). Det kan heller tenkes at forventningseffekten er spesielt aktuell for eldre pasienter, da vi ofte observerer at denne pasientgruppen sliter med manglende håp og optimisme.

Konklusjon

Som det fremkommer av de overnevnte studiene er ikke forventningseffekten begrenset til endring av subjektiv opplevelse, men påvirker også fysiologiske responser. Forventningseffekten kan, sammen med virksom behandling, forsterke den endelige effekten av behandlingen. Det endelige resultatet av enhver dokumentert behandlingsform vil avhenge av om også forventningseffekten inntreffer.

Det kan altså lønne seg å fortelle pasienten hvorfor man tror behandlingen vil være effektiv. Både leger, sykepleiere og andre helsearbeidere kan utnytte en slik effekt. Dette er på ingen måte uetisk, så lenge man baserer seg på realisme og trekker pasientens ønsker med i behandlingen. Det handler om å vekke håp og optimisme hos pasienten, slik at man drar nytte av ethvert helbredende potensial.

■ matbys@yahoo.no

REFERANSER

1. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. Cambridge University Press, 1997.
2. Brodal P. Sentralnervesystemet. Oslo: Universitetsforlaget, 2007.
3. Goffaux PR et al. Descending analgesia – When the spine echoes what the brain expects. Pain 130: 137-143, 2007.
4. Montgomery GH & Kirsch I. Classical conditioning and the placebo effect. Pain 72: 107-113, 2012.
5. Kirsch I. Response expectancy. American Psychological Association, 1999.
6. Benedetti F. Placebo effects. Oxford University Press, 2008.
7. Barsky AJ. Non-specific side-effects and the nocebo phenomenon. JAMA 287: 622-627, 2002.

8. Flaten MA. Information about drug effect modify arousal. An investigation of the placebo effect. *Nordic Journal of Psychiatry*, 1997.
9. Wager T et al. Placebo-Induced changes in fMRI in the anticipation and experience of pain. *Science* 303: 1162-1167, 2004.
10. Aslaksen PM, Bystad M, Vambheim S, Flaten MA. Gender differences in placebo analgesia: event-related potentials and emotional modulation. *Psychosomatic Medicine* 73: 193-199, 2011.
11. Rosenvinge BH, Rosenvinge JH. Forekomst av depresjon hos eldre – systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990-2001. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 123: 928-929, 2003.
12. Engedal K. Alderspsykiatri i praksis. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2008.
13. Cherniack EP. Would the elderly be better off if they were given more placebos? *Geriatrics and Gerontology International*, 10, 131-137, 2010.
14. Alexopoulos GS et al. Placebo response and antidepressant response. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 149-158, 2007.
15. Krell HV et al. Subject expectation of treatment effectiveness and outcome of treatment with an experimental anti-depressant. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65: 1174-1179, 2012.
16. Kirsch I, Sapirstein G. Listening to Prozac, but hearing placebo. *Prevention and Treatment*, 1998. Kan hentes på <http://psycnet.apa.org/>.
17. Enserink M. Can the placebo be the cure? *Science*, 284, 238-240, 1998.
18. Gibson SJ. Pain and aging: a comparison of the pain experience over the adult life span. *Proceedings of the 10th World Congress on pain. Progress in pain research and management* 24: 767-790, 2003.
19. Oken BS et al. Expectancy effect: impact of pill administration on cognitive performance in healthy seniors. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology* 30: 7-17, 2008.
20. Snitz BE. Ginko biloba for preventing cognitive decline in older adults: a randomized trial. *JAMA* 302: 2663-2670, 2009.
21. Benedetti F, et al. Loss of expectation related mechanisms in Alzheimer's disease makes analgesic therapy less effective. *Pain*, 121, 133-144, 2006.
22. Pollo A et al. Expectation modulates the response to subthalamic nucleus stimulation in Parkinsonian patients. *NeuroReport* 13: 1383-1386, 2002.
23. Stewart-Williams S et al. The placebo effect: Dissolving the expectancy versus conditioning debate. *Psychological Bulletin*, 40, 324-340, 2004.
24. Kringlen E, Finset A. *Den kliniske samtalen*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag, 2006.

Nye bøker



Forlaget Aldring og helse
206 sider
ISBN 978-82-8061-188-8
Pris kr **200,-**

Anne Marie Mork Rokstad (red)

Bedre hverdag for personer med demens

Rapporten er resultat av et konsortiumsarbeide bestående av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus og Alderspsykiatrisk forskningssenter ved Sykehuset Innlandet HF. Arbeidet var på oppdrag fra Helsedirektoratet i forbindelse med nasjonalt utviklingsprogram for miljøbehandling (Miljøprogrammet) 2009-2011.

I denne rapporten gjengis erfaringer fra de ulike delene av utviklingsprogrammet. Målet med rapporten er å formidle erfaringer som kan være til nytte i arbeidet med å implementere peronsentrert miljøbehandlingstilnærming i behandling og omsorg for personer med demens i norske kommuner.



Forlaget Aldring og helse
26 sider
ISBN 978-82-8061-185-7
Pris kr **60,-**

Grethe Berg

Måltider er mer enn mat Personer med demens i dagaktivitetstilbud

Dette temaheftet er laget for å gi gode ideer til hvordan måltidene kan tilrettelegges i dagaktivitetstilbud for personer med demens.

Dagaktivitetstilbud skal bidra til en meningsfull hverdag med fokus på aktivitet, opplevelse av mestring, trygghet og sosialt samvær.

Måltidet er et tiltak uten store kostnader som kan være med på å fremme og tilrettelegge for en positiv atmosfære som kan smitte over på miljøet i dagaktivitetstilbudet generelt.

Et av satsingsområdene i Demensplan 2015 er etablering av dagaktivitetstilbud tilrettelagt for personer med demens.



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

For bestilling:

www.aldringoghelse.no
33 34 19 50 – post@aldringoghelse.no



Det hellige i medisin og omsorgsfag¹

Denne kronikken handler om at «møtet med det hellige» hører til hverdagserfaringer i medisin og omsorgsykker. Kronikken tar utgangspunkt i en slik hverdagserfaring, og drøfter hvordan bevisstheten om det hellige kan rehabiliteres i vår yrkespraksis og vår selvforståelse.

Kronikken antyder at den sekulære endimensjonalitet er et mangelfullt faglig ståsted for medisin og helsefag. Den ensidige vektlegging av den formålsstyrte fornuften og prosedyrekunnskap gjør helsetjenesten til en bjørnetjeneste med umettelige behov, og til en tjeneste som mangler ærefrykt og bevissthet om integritet og selvbestemmelse. Kronikken foreslår at vi gir «det hellige» plass som en motvekt eller alternativ polaritet i forhold til den ensidige forankringen i kunnskap og prosedyrer som våre praksiser nå så ensidig knyttes til. Kronikken gir eksempler på hvordan en slik ny selvforståelse kan få følger for klinisk praksis.

En kvinne på 83 var på mitt kontor og fortalte opprørt om hva som var hendt henne siden hun hadde uteblitt fra konsultasjoner de siste måneder. Hun brakk lårhalsen for seks måneder siden, fikk satt inn en hemiprotese og har vært til rehabiliteringsopphold ved to ulike institusjoner i Bergensregionen. Hun ble i den forbindelse henvist til MR av hodet og demensutredning ved en sykehuspoliklinikk, og «Pleie og omsorgs» oppsøkende team har besøkt henne hjemme

i hennes leilighet like før. I konsultasjonen fortalte hun: «Jeg har avbestilt utredningen på sykehusavdelingen! Demens! Jeg? Nei, jeg har klart å lære meg programvalgene på den nye vaskemaskinen og den nye flatskjermen, og jeg har ingen grunn til å møte opp til slike undersøkelser. Sykepleierne som var hjemme hos meg var elskverdige nok, men de satt bare og snakket om hva jeg hadde behov for: knotter og oppbygninger både her og der. Dosete-forhøyning og håndtak, ny stol med katapult og jeg vet ikke hva. Dagen før var det en mann hjemme hos meg og monterte en alarm på komfyren. Jeg hadde ikke bedt om det. Da de hadde holdt på slik en stund, sa jeg til dem: Hør her. Dere er nå i mitt hjem, og her er det jeg som bestemmer. Den dagen jeg må krype til korset skal dere få beskjed, men det er ikke nå. Jeg klarer meg utmerket. Når dere går kan dere også ta med alarmen på komfyren». Jeg anerkjente henne med et «Bravo!», men da så hun bare ned og sa stille: «Det er ikke krenkelsen og mitt forsvar som er poenget. På institusjonene som jeg har vært på i det siste har jeg erfart at alle de andre finner seg i slik behandling. Det er ingen som protesterer. Det er det jeg synes er så skremmende.»

[Historien er gjengitt med pasientens tillatelse.]

¹) Kronikken bygger på en artikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening 2012; 132: 1252-1254.

«Where angels fear to tread,

fools rush in» heter det i et kjent ordtak. Vi har hentet overskriften i avsnittet fra en bok der far og datter Bateson utviklet en grunnlagsforståelse (epistemologi) for «det hellige», forstått som et nødvendig og komplementært element i alle økologiske systemer (1). Historien over illustrerer hvordan terapeuter og omsorgspersoner ensidig stoler på sin prosedyrekunnskap, hvordan de derved gjør grunnleggende feil ved at de forutsetter at slik kunnskap er tilstrekkelig, og trækker over grenser som er hellige i alle menneskers liv. Kvinnen tar seg nær av de systemiske følger det får når prosedyrer og forhåndsbestemte oppfatninger styrer behandlingsrelasjoner og konsekvensene det får når «alle finner seg i det». Historien illustrerer samtidig at «det hellige» ikke er totalt avsondret fra fornuftens og vitenskapens krav til kunnskap og prosedyrer. Kvinnen anerkjenner at hun engang i fremtiden kan bli avhengig av slik kunnskap og slik praksis.

Historien er på ingen måte enestående. Ingen er vaksinert mot å trække over integritetsgrenser i helse- og omsorgsfag. Det ligger i disse fagenes natur å arbeide i et spenningsfelt mellom teknikk og prosedyrer på den ene siden og eksistensielle utfordringer på den annen side. I slike fag er det derfor nødvendig å utvikle sensitivitet og refleksjon om hvordan vi kan begå feil både ved overdreven tro på prosedyrer, men også ved å unnlate å anvende teknikk og prosedyrer der det er berettiget. Derfor er det en mangel ved en tjeneste som ser det som selvsagt og a priori berettiget å overta medisineringsansvaret for pasienter som er (delvis) beslutningskompetente, og som henviser på automatikk til utredninger og tester uten bevissthet om at vi samtidig gjør noe med medmenneskers selvforståelse og identitetsfølelse. I medisin og helsefag arbeider vi nemlig med «lim på fingrene». Det var dette kvinnen i eksemplet over, henviser til når hun opplevde at andre pasienter bøyde seg for en overmakt basert på gode intensjoner, men som samtidig stjål selvrespekten og selvomsorgsevnen fra medmennesker. Ved å rehabilitere «det hellige» og respekten for det hellige ser jeg for meg at ærefrykten for vår nestes integritet vil styrkes. Faren er at en slik ærefrykt utvikles til et dogme

med et tabuisert forhold til utredninger og behandlinger.

«Det hellige» assosieres gjerne med trosmessig identitet. Jeg bruker imidlertid begrepet slik at det kan gjenkjennes av dem som er sekulært og allmennreligiøst innstilt. «Det hellige» kan forstås som det som er gitt av livet, de spontane livsytringer og vår tilhørighet til natur og skaperverk (2). Religionsfilosofen Espen Dahl omtaler det som «en gest mot en religiøs horisont» (3). Jeg assosierer begrepet med tilhørighet i natur og fellesskap og med den naturlige kreativitet som vi alle erfarer i våre liv, men som ikke kan betvinges av formålsrettet rasjonalitet. Det opprørende i historien over er fra et sekulært ståsted bruddet på integritetens grenser, men i mitt perspektiv er det også et hellighetsbrudd ved at det krenker kvinnens mulighet for spontan mestring av sin hverdag, og vanskeliggjør livets spontane helbredskrefter. Det vanskeliggjør livets evne til spontane «åpenbaringer» som gir oss mestringsevne på måter som vi ikke kan planlegge eller tvinge frem med vår rasjonalitet.

Den terapeutiske kultur

Det senmoderne menneskets opptatthet av fysisk og psykisk velvære kan knyttes til «en terapeutisk vending» i den vestlige kultur ved inngangen til det 20. århundret der den protestantiske etikken, hvis mål var å leve livet på en måte som sikret etterlivet, ble omgjort til en terapeutisk etikk der fokus ble lagt på størst mulig fysisk og psykisk velvære her og nå (4). Kort sagt: Helse erstatter frelse. Denne vendingen signaliserer et viktig skifte i autoriteten. Det historisk nye med den terapeutiske etikken er at Selvet gjøres til den fremste moralske autoriteten på bekostning av ytre autoriteter som for eksempel Gud (5). Dermed skapes det behov for en terapeutisk ekspertise som kan tjene som fortolkere og veiledere av Selvet i dets identitetssøken når selvrealiseringsprosjektet møter motstand og gir seg utslag i identitetshavari eller i psykiske lidelser som angst og depresjon. Den nye profesjonen som først og fremst kommer til å erstatte prestens støttende funksjon er psykologen, men også andre helsedisipliner og livsstilsekspert (6, 7). Den identitetsgivende funksjon for Selvet i den nye kulturen er vel så viktig for tera-



Eivind Melands kronikk er inspirert av hans bok «Det hellige som kilde til helse», utgitt av Eide forlag.

apeutene. Hjelp blir omfortolket til tjenester og intervensjoner, og i et umettelig system av behovstilfredsstillelse og offerforklaring sykner både offeret og hjelperen inn i en grenseløs kultur av (selv)beundring (hos hjelperen) og hjelpeløshet (hos offeret).

I medisinen brukes begrepet «medikalisering» om disse fenomenene. Vi snakker også om «sykeliggjøring» når det gjelder individet. Helsevesenet tilkjemper seg et stadig økende mandat for å diagnostisere, forebygge og behandle sykdommer. Sykdomsbegrepene blir gjenstand for inflasjon og en voksende del av befolkningen blir sykeliggjort for tilstander som tidligere var normalvariasjon, eller blir syke av falsk positive testresultater eller behandlet for pseudosykdom (for eksempel kreftformer som diagnostiseres men som ikke ville ført til sykdom hos den enkelte) (8, 9). Utviklingen er selvforsterkende ved at den usikkerhet som genereres gir opphav til psykiske og kroppslige symptomer, som må utredes, og slik utredning bidrar ytterligere til lidelser knyttet til falsk positive funn, pseudosykdom og sykdomsidentiteter. I alders- og sykehjemsmedisin og i omsorg for eldre vet vi at raske og effektive tjenester lett fører til utarming av selvomsorgsevnen. Rehabiliterende og mestringsfremmende innsats er ofte mer ressurskrevende også ved at det krever en omstilling i måten å gi omsorg og hjelp på.

En vedvarende bekymring i sosiologisk og filosofisk litteratur har vært at den terapeutiske kultur i realiteten er en kulturell oppskrift for en oppblomstring av psykiske lidelser og følelsesmessig avhengighet da dens radikale opphøyelse av selvet, tross historiske utfoldelsesmuligheter, allikevel fører til meningstap og relasjonsvansker for den enkelte (10). Denne kritikken kan tolkes dit hen at det senmoderne samfunn, utelukkende fundert på en blind tro på medisinen og psykologi, alene ikke gir rom for hellighets-erfaringer. Den amerikanske kulturkritikeren Philip Rieff sa i sin tid at den moderne helbreder ikke lenger har makten til å transformere mennesket, kun informere det om dets valg (11), et valg det ofte står alene med. Mennesket står tilbake etter sin reise til det senmoderne, sekulære samfunn ensomt og selvopptatt (12, 13).

Humanistene og de troende har et felles problem

«Humanistisk medisin» etterlyses med rette (14). Denne etterlysning må forstås som en appell om at humanismen ikke må utvikle seg til teknisk hovmod, der en tror at alle problemer kan løses bare vi blir kyndige nok og utvikler teknologien godt nok. Derfor er en ydmyk posisjon i det humanistiske prosjekt viktig. Samtidig bygger dette perspektivet gjerne på en underliggende forestilling om at det er mennesket selv som gjennom sin erkjennelseskraft vil utvikle et alternativ med verdighet i omsorg og behandlingsrelasjoner, men uten å gi innrømmelser til livets hellighetsdimensjon.

Det er imidlertid en misforståelse å hevde at naturvitenskapelig medisin og den teknologi den har frembrakt, ikke er en del av det humanistiske prosjekt som renessansen og opplysningstiden skapte (15). Vitenskapen og teknologiens utvikling i det moderne samfunn ville ikke vært mulig uten at kirkens erkjennelsesmonopol ble brutt. I overgangen mellom renessansen og opplysningstiden fødtes den moderne sekulære humanisme som et resultat av at naturen ble «renset» for det hellige, og samtidig ble troen og det hellige gjort om til et bekjennelses- og frelsesprosjekt med liten relevans for vår samhørighet med naturen (16, 17). På denne måten lå det en kilde til pervertering både for den sekulære huma-

nismen og for kristentroen allerede i senrenessansen.

Humanismen har utviklet seg til et prosjekt preget av teknologisk overmot, grenseløs konsum og overtro på vitenskapelige løsninger. Kirken og lekmannsbevegelsen har vært sammen om å overbetone troen som et erkjennelsesvalg, og har hatt vansker med å formidle tillitsdimensjonen og en kroppslig trygghets- og tilhørighetsdimensjon ved troen. Jesu syndsoffer og frelsesaspektet i kristentroen ble samtidig overdimensjonert og naturen ble en fremmed og irrelevant kulisser og et midlertidig oppholdssted på veien mot frelsen (18). De problemer og selvmotsigelser som den terapeutiske kultur skaper, må også fortolkes i et slikt lys. Det er nemlig ikke bare overmotet i den sekulære humanismen som har ført oss inn i den terapeutiske kultur, men også de pietistiske strømningene i kristentroen.

Og et felles ansvar

Derfor mener sosiologer (19) og filosofer (12) at de troende og de sekulære i den senmoderne og sekulære tidsalder har et felles ansvar for å finne frem til en dialog og en felles forståelse der tilhørigheten og det spontane i hellighetsdimensjonen aksepteres som grunnleggende i den måten vi forstår livet på. Det moderne prosjekt var preget av «avfortryllelse», mens det senmoderne preges av «refortryllelse». Tros- og tillitsdimensjonen ved livene våre kan ikke stues bort på mørkeloftet, men løftes nå frem i åpne og sårbare dialoger der den sekulære har noe å lære av den troende og omvendt (12, 19).

Derfor har det stor betydning de endringer som skjer i teologien og i kristenlivet med større fokus på skapelsesteologi og en anerkjennelse av slektskap med naturreligion. Vi ser en sterkere vektlegging på skapelses- og spontanitetsdimensjonen i livet vårt og på den kroppslige tilhørighetsdimensjonen i troen (18, 20, 21).

Samtidig er det åpenbart at den sekulære arroganse er i ferd med å «gå ut på dato». Legen og evolusjonsbiologen Stuart Kaufmann «avlyser» det moderne reduksjonistiske prosjekt. Han kaller forsøkene på å sette alle fenomener i kosmos på grunnleggende formler for en «Galileisk forbannelse». Han påviser at alle livsformer har et element av skap-

ende spontanitet og «emergens» (nydannelse av livs- og relasjonsformer) ved seg som er grunnleggende uforutsigbart. Derfor foreslår han at den sekulære må lære seg å ta ordet «hellig» i sin munn og endatil venne seg til å betegne det evig skapende og uforutsigbare i tilværelsen for «Gud» (22). Samtidig utfordres den liberale og sekulære praksis i omsorgsyrkene med at hjelpende virksomhet som er renset for åndelighet og hellighet, kan representere en distansert og likegyldig tjeneste ved at det som berører oss dypt på det menneskelige plan, erstattes av teknikk og rettigheter (23).

Det allmennreligiøse i terapien

Disse tidsstrømninger preger allerede medisin, psykologi, helsefag og den terapeutiske kultur i senmoderniteten. Jeg forsøker ikke å underslå at medisinen og psykologien utnytter det usikre og isolerte selvet med ytre og tekniske «løsninger» på umettelig døds- og sykdomsangst, men vi observerer at vår samtid også preges av strømninger som illustrerer at det allmennreligiøse allerede er på veg inn i fagene våre og i yrkesutfoldelsen.

Terapiformer som «kognitiv terapi» baserer seg på fenomenologiske kulturstrømninger der feilbarlighet, selvnåde og gledesnærver i livet er anerkjent som viktig for livsmestring (24). Slik terapi suppleres med Buddhistiske bønneritualer som i det sekulære språk kalles «oppmerksomhetstrening» eller «mindfulness» (25).

Samtalen og språket får en renessanse som en kilde til spontan kreativitet i møter der terapeutens oppgave er å være «tom», nærværende og fri for fordommer i det som i dag kalles «narrativ terapi» (26). Denne forståelsen er også tydelig i «systemisk» orientert terapi der man legger vekt på respekten for individet og på familien som system (27). Terapeutens oppgave er å være en fødselshjelper for mestring og løsninger som pasienten og de nærmeste allerede har eller som utvikles i respektfylte dialoger. Terapeutens posisjon er fordomsfri og lyttende med tillit til at vi som mennesker er skapt med ferdigheter og kompetanser som en del av vår natur. Det er østens visdom og det kristne ideal om tillit, kjærlighet og raushet i relasjoner som ligger til grunn for denne forståelsen.

En advarsel og en oppfordring

Denne kronikken er ingen oppfordring til å bruke helsevesenet som arena for å fremme terapeuters livssynsmessige og ideologiske preferanser. Jeg er også klar over at det hellige er blitt misbrukt til skinnhellighet og dogmatisk moralisme. Moralens tilstivning i moralisme og prinsipper for prinsippenes egen skyld og hellighetens pervertering til skinnhellighet har sin bakgrunn i at vi mangler forståelse av at moral og hellighet er deler av spenningsfylte og komplementære motsetningsforhold. Moralen kan ikke entydig defineres fordi den er nødt til å stå i et spenningsforhold til det som situasjonen spontant krever. Respekten for det hellige og for medmenneskers nærhets- og urørlighetssone må stå i spenningsforhold til talens frihet og den spontane og frimodige ytring.

I mange kunnskapstradisjoner og religiøse filosofier fremstilles slike enhetlige motsetningsforhold som religiøse symboler. Jeg tenker for eksempel på prairieindianernes «medicine wheels» og på taoismens «Yin og Yang». Vi må gjenoppdage betydningen av «komplementaritet» som viktig beskyttelse mot dogmatisk tilstivning og fundamentalisme.

Hvis vi klarer det kan vi med større frimodighet åpne for samtaler om hvordan vi skaper mening i livet, hvordan vi oppnår energi og livskraft, og hvordan vi utvikler ansvarlighet og takknemlighet. Slik jeg ser det er det å hjelpe hverandre til å leve i det hellige et omdreiningspunkt i helbredelse og helse og er like relevant for den troende som den sekulære rasjonalist.

■ eivind.meland@isf.uib.no

REFERANSER

1. Bateson G, Bateson MC. Angels fear. Towards an epistemology of the sacred. New York: MacMillan Publishing Company, 1987.
2. Løgstrup KE. Den etiske fordring. Oslo: Cap-pelens Forlag AS, 2000.
3. Dahl E. Det hellige. Perspektiver. Oslo: Universitetsforlaget, 2008.
4. Lears TJJ. From salvation to self-realization. Advertising and the therapeutic roots of the consumer culture, 1880-1930. In: Fox RW, Lears TJJ, editors. The Culture of Consumption: Critical Essays in American History 1880-1980. New York: Pantheon Books, 1983:1-38.
5. Nolan JL. The therapeutic state: justifying government at century's end. New York: New York University Press, 1998.
6. Madsen OJ. Den terapeutiske kultur. Oslo: Universitetsforlaget, 2010.
7. Abbott A. The System of Professions. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.
8. Fugelli P. O-visionen. Essays om helse og frihet. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
9. Brodersen J, Hovelius B, Hvas L. Skapar vården ohälsa? Allmänmedicinska reflektioner. Lund: Studentlitteratur, 2009.
10. Illouz E. Saving the modern soul: therapy, emotions, and the culture of self-help. Berkeley, CA: University of California Press, 2008.
11. Rieff P. The triumph of the therapeutic: Uses of faith after Freud (with a new preface). Chicago, IL: University of Chicago Press, 1987.
12. Taylor C. A secular age. Cambridge, Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University Press, 2007.
13. Madsen OJ. Den terapeutiske kultur. Oslo: Universitetsforlaget, 2010.
14. Schei E, Gulbrandsen A. Forstår du, doktor? Mot en humanistisk legeutdanning. Oslo: Tano Aschehoug, 2000.
15. Wifstad Å. Humanistisk medisin. Tidsskrift for Den norske legeforen 2007;127:2967-9.
16. Hoffmeyer J. Tro på tvil. Kritik av religiøs og videnskabelig ufornuft. Charlottenlund: Ries, 2009.
17. Jensen O. Historien om K.E. Løgstrup. København: Forlaget Anis, 2007.
18. Jensen O. Opphav og omgivelse. Løgstrup og naturen. In: Bugge D, Bøwadt PR, Sørensen PA, editors. Løgstrups mange ansigter. København: Forlaget Anis, 2005.
19. Habermas J. Religion in the Public Sphere: Habermasforum.dk/index.php?type=online-texts, 2010:22.
20. Løgstrup KE. Opgør med Kierkegaard. København: Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag AS, 1967.
21. Thelle NR. Kjære Siddhartha! Brev og samtaler i grenseland mellom øst og vest. Vikersund: Oriens Forlag, 2005.
22. Kaufmann SA. Reinventing the sacred. A new view of science, reason and religion. New York: Basic Books, 2008.
23. Johannessen KI. Åndelig eksponering i et offentlig perspektiv. In: Danbolt T, Nordhelle G, editors. Åndelighet – mening og tro. Utfordringer i profesjonell praksis. Oslo: Gyldendal akademisk, 2012:33-46.
24. Meichenbaum D. Cognitive behavior modification. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. Helping people change. A textbook of methods. 3. ed. New York: Pergamon Press, 1986:346-80.
25. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. J Consult Clin Psychol 2010;2(78):169-83.
26. Launer B. Narrative-based primary care, a practical guide. Abingdon: Radcliffe Medical Press Ltd, 2002.
27. Callé P. Én og én er tre. Oslo: Universitetsforlaget, 1992.

Den femte norske KONGRESS I GERIATRI arrangeres 22.-23. april 2013 i Gamle Logen, Oslo

For mer informasjon, ta kontakt med kongressekretariatet
v/Toril Utne toril.utne@aldringoghelse.no

Informasjon vil også bli lagt ut på hjemmesiden til Norsk geriatrisk forening og
www.aldringoghelse.no



GODT GRUNNLAG: – Vi er heldige her på Grünerløkka, som har så mange ansatte med en annen bakgrunn enn majoritetens. Det gir oss et bedre grunnlag når vi skal yte omsorg for personer med minoritetsbakgrunn, sier avdelingssykepleier Meenakshi Johar.

Bente Wallander (tekst og foto)

Omsorg for personer med minoritetsbakgrunn og demens – Slik vi gjør det på Grünerløkka

Grünerløkka sykehjem har til enhver tid minst fem brukere med minoritetsbakgrunn. Vi møter mange utfordringer og lærer mye. Med litt omtanke vekker vår omsorg også stor glede, sier avdelingssykepleier Meenakshi Johar.

Innvandrere utgjør en økende andel av befolkningen i Norge. Også tallet på eldre innvandrere øker, men det er store variasjoner i antall eldre innvandrere på landsbasis. Det er flest i enkelte bydeler i Oslo, men alle kommuner og bydeler må være forberedt på å kunne møte eldre mennesker med ulike språk, verdier og kulturbakgrunn. (Fra rapporten «Omsorg for eldre innvandrere», Reidun Ingebretsen, Nova 2010).

Hva gjøres på Grünerløkka sykehjem for å mestre språklige og kulturelle barrierer som de møter i sin omsorg for brukere med demens og deres pårørende? Avdelingssykepleier Meenakshi Johar deler gjerne med oss noen av erfaringene de ansatte på avdeling 4 har gjort seg:

– Vi er heldige her på Grünerløkka sykehjem, fordi vi har så mange ansatte med en annen bakgrunn enn majoriteten. Jeg sammenlikner oss gjerne med

en bukett blomster i ulike farger. Sammenstilling er så fint, og dette har hjulpet oss med å gi våre pasienter et bedre tilbud. For en tid tilbake hadde vi for eksempel utfordringer knyttet til en pasient med samisk bakgrunn. I den situasjonen ble en av våre ansatte med samme bakgrunn en stor ressurs. Hun kunne snakke med pasienten på dennes morsmål, hun hjalp oss til å huske samiske merkedager, hun kjøpte inn

tradisjonsmat ved spesielle anledninger og tok også kontakt med kirken da brukeren ønsket besøk av en prest, forteller Meenakshi.

Tonefølge

En bruker med innvandrerbakgrunn hadde langt kommet demens og forsto nå bare sitt eget morsmål.

– Pasienten var utagerende og vanskelig å håndtere. For å løse situasjonen innførte vi én-til-én-kontakt med en pleier som snakket samme språk. Mannen hadde vært en vandrør som fort kunne bli sint hvis han møtte brå bevegelser, eller ikke forsto hva andre mennesker sa, og det hadde oppstått flere uheldige episoder. Nå ble han skjermet mer fra de andre, og kontaktpleieren hans laget en liten bok, med noen enkle bilder og ord/fraser fra hans eget språk. På denne måten kunne flere av oss kommunisere litt med ham. Dette fungerte svært fint, vi lærte mye og løsningen ble positiv for hele miljøet. De ansatte fikk vite mer om hva han var interessert i, og brukte blant annet musikk fra hans hjemland aktivt i omsorgen.

– Han viste seg å være en religiøs person, med sterke åndelige behov til tross for sin demenssykdom. Vi lastet da ned bøkker fra Koranen via internett og spilte dem for ham fem ganger daglig. Han ble mye roligere og fra de pårørende fikk vi mange tilbakemeldinger på at vi fortsatte med å spille «deres» religiøse musikk i terminalfasen og ved hans dødsleie. De satte stor pris på slik omtanke.

Språk og kultur

Muligheter for kommunikasjon er viktig, også i kontakten med pårørende.

– Vi opplever det som trist og tungt når vi ikke finner ord for vår empati. Etter et dødsfall ønsker man for eksempel å kondolere familien. Vi har flere ganger oppsøkt nettbaserte oversettertjenester for å finne de riktige ordene i en slik sammenheng. Det har faktisk fungert fint. Man blir ingen språkekspert ved hjelp av Google, men å kunne si noen ord i en slik situasjon er tusen ganger bedre enn å tie. Man kan finne mange ordlister og oversatte uttrykk på nett. Piktogrammer og telefonapper er andre muligheter.

Flagg er sterke nasjonale symboler for de fleste av oss. På Meenakshi Johars

avdeling har man i flere år samlet på bordflagg fra ulike land. Pårørende har også blitt bedt om å ta med seg et flagg tilbake når de har vært på ferie i land de har tilknytning til.

– Vi setter opp flagg foran pasientene våre ved fødselsdager og høytidsdager. Det er en grei liten ting som vi kan gjøre, som både de og deres familie setter stor pris på.

Mat

For personer med demens kan maten være en god erindringshjelper og måltidene en arena for aktivitet og samtale. En grunnleggende forutsetning er at man får smake mat man kjenner igjen og liker.

– På dette området har vi kommet et lite stykke, men vi er fortsatt ikke helt fornøyd med situasjonen. Maten som kommer hit til sykehjemmet er laget til et stort antall brukere og den er, naturlig nok, først og fremst tilberedt med tanke på majoriteten av beboerne. Endringene som gjøres for å tilpasse måltidene til minoritetsgruppene er små, man bruker for eksempel halalkjøtt. Men maten blir aldri tilsatt ekstra smak, eller laget på andre måter enn den norske. Hvis det er fiskeboller på menyen så er det fiskeboller. Jeg har derfor, sammen med min husøkonom, foreslått at man en gang i måneden kunne ha laget noen retter for alle muslimske brukere i sykehjemsetaten. En annen type rett, som pakistansk mat i en pakistansk uke. Tenk hvor god stemning det blir på avdelingene når det kommer julekaker til jul. For pasienter med minoritetsbakgrunn skjer det aldri noe tilsvarende dersom pleierne ikke tar initiativ til det.

Noe kan likevel gjøres lokalt. Som et eksempel på det nevner Meenakshi Johar en bruker som var født i Uganda.

– Denne mannen var så veldig glad i kebab. Vi bestemte derfor at hver fredag skulle være kebabdag for ham. Hvis han var i form til det tok vi ham med til et kebabkjøkken rett over gata. Hvis ikke kjøpte vi med en kebab hjem til ham. Fredagene ble den rene høytidsstunden for denne mannen. Vi kjøpte i tillegg inn flere typer krydder, slik at vi kunne krydre den vanlige maten hans litt ekstra. Slike små handlinger koster oss ikke så mye, men innebærer stor glede for brukerne.

Fakta om innvandring og aldring

- ♦ Innvandrere i Norge består av personer med bakgrunn fra 219 ulike land og selvstyrte regioner. De har kommet hit som flyktninger, arbeidsinnvandrere, for å ta utdanning eller gjennom familierelasjoner.
- ♦ I dag er det omlag 655 000 personer bosatt i Norge som enten har innvandret selv (547 000) eller er født i Norge med to innvandrerforeldre (108 000). Til sammen utgjør disse gruppene 13,1 prosent av befolkningen.
- ♦ De største gruppene av innvandrere kommer fra Polen, Sverige, Pakistan, Irak, Somalia, Tyskland og Vietnam. Cirka halvparten har bakgrunn fra Asia, Afrika og Latin-Amerika.
- ♦ Innvandrerbefolkningen i Norge er fortsatt ung i forhold til majoritetsbefolkningen, men blant arbeidsinnvandrere og flyktninger som kom til landet fra 1970 og senere er det flere som begynner å bli relativt voksne. 1. januar 2012 bodde det 49 806 personer som selv har innvandrerbakgrunn eller er født i Norge med innvandrerforeldre i alderen 60 + i Norge.
- ♦ 30 prosent av innvandrere og norskfødte barn av innvandrere bor i Oslo, men også i flere større norske byer utgjør befolkningen med innvandrerbakgrunn rundt 20 prosent.

(Kilde: Statistisk Sentralbyrå – SSB)

Ritualer

Det er viktig å kjenne til rutiner og ritualer i forbindelse med dødsfall. Det er lett å trå feil i en slik situasjon. På Grünerløkka sykehjem har de derfor, i samarbeid med Helsedirektoratet, avholdt et seminar med ledende representanter for ulike religiøse trossamfunn.

– Temaene vi tok opp var flere, deriblant hvordan folk fra andre deler av verden ser på terminalfasen og hvilke forventninger man kan tenkes å ha til et sykehjem når livet går mot slutten. Hvilke tilbud kan og skal vi gi? Vi vet nå at det, for en troende muslim, er viktig at den døde ikke flyttes så mye, og at hodet skal være vendt mot Mekka. Hinduer for-



FORNØYD: Mimi Nasser setter stor pris på den individrettede omsorgen hennes far, Faisal Nasser, får på Grünerløkka sykehjem.

talte oss at vi skal legge deres døde i nord-sydendt retning, sier Meenakshi Johar.

I forbindelse med en planlagt ombygging av sykehjemmet har de ansatte foreslått bygging av et ikke-vigslet kapellrom der det kan holdes seremonier for mennesker av ulik religiøs bakgrunn.

– Vi ser for oss et i utgangspunktet nøytralt rom, som med enkle virkemidler kan tilpasses og brukes av alle. Vi ønsker oss også et rom der kroppen kan vaskes før den sendes til kirken, gjerne inne på avdelingen. På denne måten gjør vi klar for en fredeligere avskjed.

Personsentrert

– Det er et uttalt mål for oss å gi våre pasienter individuelt tilpasset omsorg. For å klare det må vi skaffe oss størst mulig kunnskap om hver enkelt pasient. Det starter med personopplysnings-skjemaet, der vi henter inn opplysninger om alt fra personens navn og fødselsdata til familieforhold, studier, hobbyer, yrke, sosiale og åndelige behov. Vi har 13-14 sider med spørsmål som vi gjerne vil ha svar på. Disse spørsmålene stiller

vi til flere pårørende, for den informasjonen en ektefelle gir er ikke alltid den samme som den vi får fra sønnen eller datteren. Svarene vi får brukes som et viktig redskap i hverdagen og jeg stresser stadig viktigheten av at de ansatte leser skjemaene godt før de går inn til en bruker for første gang. Vi oppfordrer også de pårørende til å lage et fotoalbum, og til å skrive inn navnene på personene som er avbildet og hvilken tilknytning de har til vår pasient. Vi ser på albumet sammen med brukerne og får hjelp av bildene til å hente frem gode minner. Albumene brukes både til validering og reminisens. Noen ganger bruker vi dem også i forbindelse med litt dødsorientering. Hvis du har sagt til en bruker at hans mor er død ti ganger, kan det hende at vedkommende aksepterer det. Da har du også kommet et skritt videre i din omsorg.

– Ved hjelp av alle disse tiltakene blir vi selv bedre i stand til å gi brukerne våre dager med innhold. Dersom vi får et til-litsforhold til pasienten og dennes pårørende går også alt mye lettere, mener Meenakshi Johar.

Fornøyde pårørende

At brukeren står i sentrum på Grünerløkka bekreftes av Mimi Nasser, som sammen med sin mann Hussein Younes har tatt turen fra Danmark for å besøke faren, Faisal Nasser.

– Familien kom til Norge fra Libanon i 1988. Jeg hadde på det tidspunktet allerede flyttet til Danmark, så jeg har aldri bodd her i landet. Men mine foreldre og min bror ble boende her, og har siden trivdes med sitt liv og arbeid i Norge.

At faren skulle få demens kom som et sjokk på hele familien.

– Han har jo alltid vært en så ressurssterk og oppegående mann. Han arbeidet som chief financial officer for Kuwait Oil Company og snakket fem forskjellige språk. Personalet kan i dag kommunisere litt med ham på engelsk og fransk, mens vi snakker med ham på arabisk, med libanesisk dialekt. Men når det først gikk slik er det viktig for oss at han har det så godt som mulig. Vi ser at de ansatte gjør mye for at han skal trives her på Grünerløkka sykehjem og setter stor pris på deres innsats, understreker Mimi Nasser.



Per Selnes, lege, ph.d., Nevroklipikken, Ahus

Biomarkører ved Alzheimers sykdom (AD)

Den endelige diagnosen Alzheimers sykdom kan kun stilles ved undersøkelse av hjernen etter døden. Klinisk kan man stille diagnosen sannsynlig Alzheimers sykdom, og denne diagnosen er ikke alltid riktig. Ved å benytte biomarkører kan man indirekte få informasjon om underliggende prosesser i hjernen og dermed øke den diagnostiske presisjonen.

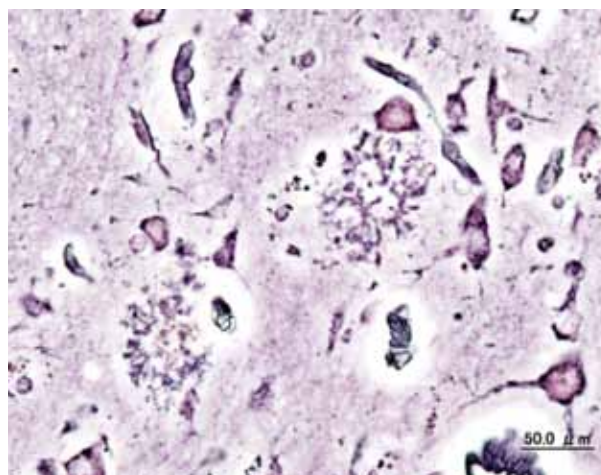
Introduksjon

En biomarkør er en målbar variabel av fysiologisk, biokjemisk eller anatomisk art som reflekterer en spesifikk fysiologisk eller patofysiologisk prosess. En god biomarkør bør avspeile endringer i organismen som er mest mulig spesifikke for den sykdommen eller tilstanden vi ønsker informasjon om. Biomarkørene velges ofte fordi de gir mest mulig informasjon samtidig som pasientene utsettes for minst mulig ubehag eller skade. Ved autopsi (undersøkelse av pasientens vev og organer etter at døden er inntruffet) kan man undersøke prøver av hjernevevet for resultatene av forskjellige nevrodegenerative prosesser (blant annet proteinavleiringer, celledød, åreforkalking). Sammenholdt med informasjon om pasientens tidligere funksjonsnivå, er dette gullstandarden innen diagnostikk av Alzheimers sykdom. I noen meget få tilfeller finner man det forsvarlig å ta en slik prøve av hjernevevet mens pasienten er i live, men dette er en risikofylt prosedyre som nødvendigvis ødelegger deler av hjernen. Derfor nyttiggjør man seg heller proteiner i cerebrospinalvæsken eller bildedannende teknikker, og disse biomarkørene får da funksjon av «vindu mot hjernen» som forskutterer informasjon man får ved undersøkelse etter døden. Denne måten å sanke informasjon om sykdomsprosesser kan også gjentas

med varierende hyppighet og med liten grad av bivirkninger for pasienten.

Diagnosen *demens* er per definisjon en klinisk diagnose. Demensdiagnosen fordrer ikke bare varig nedsatt kognisjonsnivå, men det skal også foreligge redusert funksjon i forhold til arbeid og på hjemmebane. Alzheimers sykdom (AD) er den vanligste årsaken til demens i høy alder. Tradisjonelle diagnosekriterier for Alzheimers sykdom krever demens, men den prekliniske fasen – tiden med sykdomsaktivitet, men før betydelige symptomer oppstår – er lang (1, 2). Allerede to tiår før kliniske symptomer, er det avdekket subtile fysiologiske forandringer i hjernen. Man har påvist forandringer i cellene i hjernestrukturer knyttet til hukommelse (3), og like tidlig kan man hos enkelte med AD se typiske

proteinavleiringer i hjernebarken (4). Biomarkørene blir vanligvis også patologiske før klinisk funksjonstap (2). Med håp om å avdekke prosesser som man kan påvirke (enten tidlig med livsstilsendring eller senere med medikamenter), fokuserer spennende forskning i dag på å avdekke de aller tidligste grunnleggende prosessene som har sammenheng med AD. Tradisjonelt har også den etiologiske diagnosen (den bakenforliggende årsaken til demens) blitt stillet på klinisk grunnlag. En klinisk etiologisk diagnose vil imidlertid være basert på sannsynlighet, mens en definitiv diagnose av AD er en klinikopatologisk dualitet: det kreves en viss sykdomspresentasjon og spesifikke forandringer i hjernen (5, 6). En klinisk AD-diagnose er således uspesifikk, og en



Histologisk snitt av hjernevev som viser et amyloid plakk og dystrofiske nevritter i hjernen til en pasient med Alzheimers sykdom. By User: KGH (User:KGH) [GFDL (<http://www.gnu.org/copyleft/fdl.html>) or CC-BY-SA-3.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/>)] via Wikimedia Commons

metaanalyse av de mye brukte kriteriene anbefalt av NINCDS-ADRDA konkluderte med en sensitivitet på 81 prosent og en spesifisitet på 70 prosent (7). Hvis man også inkluderer DSM-IV-kriteriene varierer spesifisiteten mellom 23 og 88 prosent, med en samlet diagnostisk nøyaktighet mellom 65 og 96 prosent (sammenholdt med neuropatologisk bekreftet AD) (8). En så lav spesifisitet innebærer at en betydelig andel pasienter som får diagnosen AD, i realiteten har en annen bakgrunnsforliggende årsak til sin kognitive svikt. Vi trenger derfor biomarkører som kan støtte den kliniske vurderingen og bedre den etiologiske diagnosen.

Grunnleggende hjerneforandringer ved Alzheimers sykdom

I sin forelesning fra 1906 og artikkel fra påfølgende år, beskrev Alois Alzheimer en middelaldrende kvinne med demens. Alzheimer hadde undersøkt snitt av hjernen til pasienten og beskrev egenartede intracellulære (i nervecellene) og ekstracellulære (utenfor nervecellene) forandringer han kunne se i mikroskopet. I ettertid har man nærmere karakterisert disse forandringene som man kaller ekstracellulære amyloide plakker og intracellulære neurofibrillære nøster. Etter hvert har man sett at et flertall pasienter som utvikler demens i høy alder også har slike forandringer i hjernen. Den økende graden av kognitiv svikt som utvikles på grunn av disse forandringene kalles eponymt Alzheimers sykdom, og tilstedeværelse av plakker og nøster er fortsatt regnet som ufravikelige krav for en sikker diagnose. Biomarkører som brukes i utredningen av Alzheimers sykdom bør således være så direkte som mulig knyttet til disse patologiske forandringene, og resultatene av dem. Det er derfor på sin plass å inndele biomarkørene som brukes ved etter om de reflekterer patologi i form av amyloide plakker eller neurofibrillære nøster.

Biomarkører i cerebrospinalvæsken

Blod-hjerne-barrieren begrenser nytten av biomarkører fra blodet. Cerebrospinalvæsken (CSF) er i nær kontakt med hjernen, og dens konsentrasjonen av forskjellige proteiner vil reflektere forhold i hjernevevet. De viktigste biomarkørene i CSF (ved demensdiagnostikk) er amyloid

beta-42 (A β 42) (relatert til amyloide plakker), samt inaktivert (ved hyperfosforisering) (P-tau) og total mengde (T-tau) av tau-proteinet (relatert til neurofibrillære nøster).

Kort om amyloid-beta og tau

Varianter av amyloid-beta dannes som ledd i nedbrytningen av såkalt amyloid prekursor-protein, eller APP. Man vet ikke sikkert hva den fysiologiske funksjonen til APP og dets nedbrytingsprodukter er, men man vet at det er viktig for å initiere forbindelser mellom nerveceller (synapser), og at nedbrytingsproduktene har en neuroprotektiv effekt (9). APP har to mulige nedbrytingsveier. Ved den ene, kuttet APP i første steg midt på det som ellers kunne blitt amyloid-beta, og dermed utelukkes dannelse av proteinet. Ved den såkalte amyloide nedbrytingsveien, spaltes proteinet slik at resultatet av neste spalting kan bli forskjellige varianter av amyloid- β . Av disse er det det 42 aminosyrer lange A β 42 som lettest aggregerer i plakker.

Tau-proteiner er knyttet til og stabiliserer mikrotubuli, som igjen er bestanddel i cellenes cytoskjelett og ansvarlig for axonal transport av viktige proteiner og andre substanser som trengs i synapsene (for eksempel APP). Tau reguleres gjennom varierende sammensetning av seks ulike isoformer, men viktigst i denne sammenhengen med fosforiseringsgrad. Når tau hyperfosforiseres blir det uvirksomt, mikrotubuli kollaberer, og nervecellen går til grunne fordi utløperne ikke får de byggesteinene som behøves. Neurofibrillære nøster er også nettopp aggregerer av fosforisert tau.

I cerebrospinalvæsken kan man måle nivåer av både A β 42 samt total mengde tau-protein (T-tau) og fosforisert tau-protein (P-tau). T-tau er en uspesifikk markør som slippes ut ved skade av nerveceller, ikke bare på grunn av Alzheimers sykdom. P-tau er mer spesifikk for Alzheimers sykdom. Forhøyede nivåer reflekterer økt inaktivering (eller fosforisering) av tau, og dermed en større grad av neurofibrillær patologi. Pussig nok ser man vanligvis ikke økte nivåer av P-tau i cerebrospinalvæsken ved andre såkalte tauopatii (neurodegenerative tilstander med neurofibrillær patologi, men uten amyloide plakker). Konsentrasjonen av A β 42 i cerebrospinalvæsken er omvendt sterkt korrelert med mengde og

tilstedeværelse av amyloide plakker (10). Tradisjonelt har man forklart den reduserte mengden i CSF med at A β 42 i stedet er avleiret i plakker, men dette er nok ikke hele forklaringen.

Relevansen til markørene i CSF er bekræftet gjennom tallrike studier. I en metaanalyse har sensitivitet og spesifisiteten blitt angitt som følger:

T-tau; spesifisitet 90 prosent, sensitivitet 81 prosent. (Her er det viktig å merke seg at normale konsentrasjoner ses ved flere differensialdiagnoser, også tauopatii.) A β 42; spesifisitet 90 prosent, sensitivitet 86 prosent. P-tau; spesifisitet 92 prosent, sensitivitet 80 prosent (11).

Markørene er også nyttige for å forutsi forverring (til demens) hos pasienter med kun milde kognitive vansker (MCI): Økt CSF T-tau og redusert CSF A β 42; sensitivitet 95 prosent, spesifisitet 83 prosent (12). I en sammenligning av pasienter med milde hukommelsesvansker (aMCI) med og uten økt ratio av CSF A β 42/tau ratio hadde pasientene med økt ratio, en odds ratio på 26.8 for progresjon til AD (13). Videre peker data i retning av at normale, men synkende nivåer av CSF A β 42 indikerer fremtidige amyloide plakker (14).

Sammenhengen mellom A β 42 og tau er ikke klarlagt. Man vet at løselig A β 42 er skadelig for celler in vitro, og alle mutasjonene som fører til arvelig Alzheimers sykdom påvirker mengden av amyloid- β , eller gjør at proteinet i større grad aggregerer og danner plakker. Dermed er det vanskelig å tenke seg at amyloid ikke skulle være sentral i patogenesen ved AD. På den annen side vet man at grad av kognitiv svikt er tettere knyttet til graden av tau- eller neurofibrillær patologi, mens pasienter kan ha amyloide plakker i hjernen opptil en til to tiår før de får alvorlige symptomer. Fokus i forskningen har de siste tiårene i aller størst grad vært på amyloid og mindre på tau. For øvrig er det flere demens-tilstander som skyldes tauopatologi i fravær amyloide avleiringer. I dyreforsøk har man også funnet indisier på at løselig amyloid kan indusere tauopatologi (15).

Hukommelsestesting

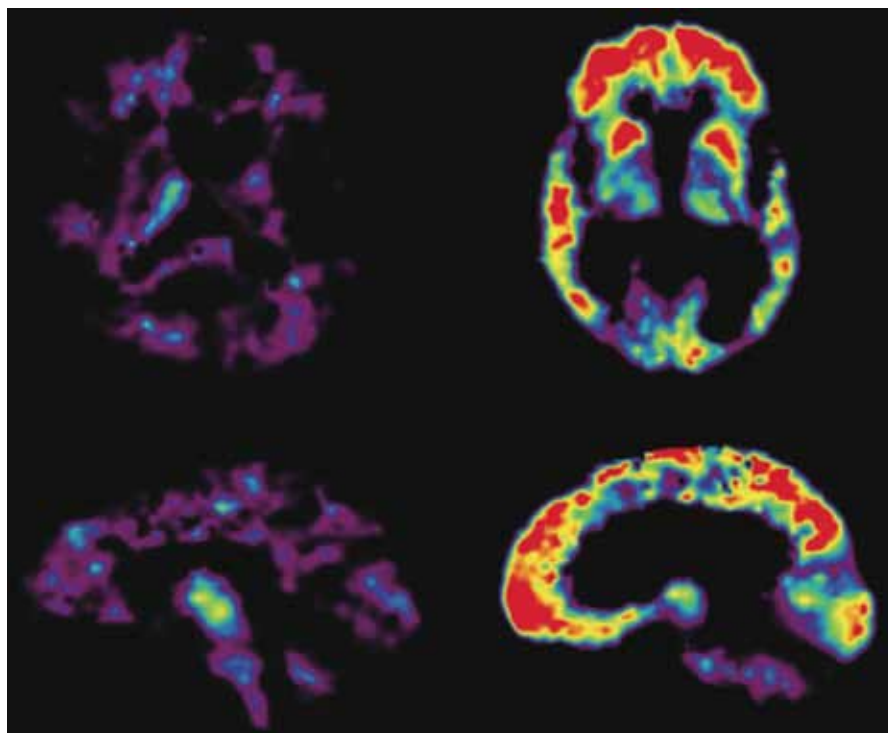
De fleste vil assosiere AD med hukommelsesvansker, og hos de fleste (86-94 prosent) ser man også fremtredende og progredierende svikt i episodisk hukom-

melse (8). Hjerneforandringene ved AD kommer typisk også i områder relatert til hukommelse (hippokampus og nærliggende deler av den mediale temporallappen). Ved spesielle hukommelsestester der man kontrollerer for om innlæring faktisk har funnet sted, kan man skille mellom friske og pasienter med mild AD. En studie konkluderte med en sensitivitet på 93 prosent, og en spesifisitet på 99 prosent (16). En lignende test kan også forutsi forverring av milde hukommelsesvansker (MCI) til demens av Alzheimers type med en sensitivitet på 80 prosent og spesifisitet på 90 prosent (17).

PET

PET er en forkortelse for positronemisjontomografi. Dette er en funksjonell bildedannende teknikk der man injiserer en radionuklide i pasientens blodstrøm. En radionuklide er et atom med ustabil kjerne som (i dette tilfellet) sender ut positroner som brytes ned i kontakt med kroppens elektroner. Det vil da sendes ut to gammastråler i motsatte retninger. Disse registreres av et gammakamera i PET-skanneren. Forskjellige proteiner (i dette tilfellet kalt ligander) kan koples til radionukliden. Alt etter hva man ønsker å undersøke, velger man ligander som bindes og fordeles ulikt i kroppen. De to vanligste formuleringene i denne sammenhengen er såkalt PiB- og FDG-PET. PiB (Pittsburg compund B, ^{14}C -PiB) er basert på en karbon-14-radionuklide med ligand av thioflavin T som bindes til amyloide plakker. På denne måten kan man visualisere grad av plakknedslag i hjernen. PiB-PET er nevropatologisk verifisert (18), og det er påvist god invers korrelasjon mellom PiB-PET og lave nivåer av CSF A β 42 (19). En ny multisenterstudie der man (blant annet) fulgte 64 pasienter med mild kognitiv svikt over 1-3 år viste at ingen av de 36 prosent som var PiB-negative ved baseline progredierte til demens, i motsetning til 67 prosent av de PiB-positive (20). Man må imidlertid ikke glemme at PiB-PET kan være positiv hos enkelte, kognitivt normale eldre (21). Disse pasientene har mest sannsynlig AD i tidlig, symptomfri fase, men man har ikke konklusive data på hvorvidt dette gjelder alle pasientene i denne gruppen.

FDG- (^{18}F -Fluorodeoxyglucose)-PET er basert på en fluor-18 tracer med en



PiB-PET: Til venstre en person uten amyloide plakker og til høyre en person med amyloide plakker. Image courtesy of the National Institute on Aging/National Institutes of Health

glukoseanalog ligand; den tas opp i nervecellene i stedet for vanlig glukose (blodsukker) og måler således glukosemetabolismen/stoffskiftet i forskjellige deler av hjernen. Man kan dermed lage et statistisk kart som reflekterer synapseaktivitet. (I post mortem-studier er det vist utmerket korrelasjon med det strukturelle synapseproteinene synaptophysin som igjen er et godt mål på antallet synapser (22).) I denne pasientgruppen er også god korrelasjon mellom kognitiv funksjon og FDG-PET (23). Ved AD ser man typisk et spesielt mønster med redusert hjerneaktivitet, eller hypometabolisme, temporal- og parietallappent, men dette mønsteret kan også ses ved andre tilstander. I en multisenterstudie fant man sensitivitet på mellom 88-93 prosent og en spesifisitet på 63-67 prosent (24). I en studie analyserte man FDG-PET sammen med den genetiske risikofaktoren APOE. Man fant da at kombinasjonen kunne predikere forverring av MCI til AD med sensitivitet på 100 prosent og spesifisitet på 90 prosent (25).

FDG-PET er kostbart og fins kun på enkelte regionale sentra. Technetium-SPECT er en lignende, men mindre følsom teknikk. SPECT er tilgjengelig på de

fleste større sykehus, og brukes ofte som alternativ til FDG-PET.

Hjerneatrofi

MRI er en bildedannende teknikk som kan visualisere hjernestrukturen og dermed gi informasjon om graden av atrofi. Ved AD ser man klassisk atrofi av mediale temporallapp (hippokampus og tilgrensende områder), og graden av atrofi kan vurderes med for eksempel Scheltens skala (26), eller automatiserte måleverktøy (Neuroquant, FreeSurfer, SPM). Man har sterke holdepunkter for at løselig A β 42 er giftig for synapsene, men nevrofibrillær patologi er sterkere knyttet til nevrodød og påfølgende atrofi i mediale temporallapp (27). Grad av atrofi i mediale temporallapp kan skille mellom friske kontroller og pasienter med AD med sensitivitet på 70-100 prosent og spesifisitet på 67-96 prosent (28). Temporallappsatrofi kan forutsi forverring av mild kognitiv svikt til demens av AD type med en nøyaktighet på rundt 80 prosent (29), eller med en dobling av risikoen (30). Selv om atrofi av mediale temporallapp er sterkest knyttet til AD, er det viktig å merke seg at et slikt atrofimønster også kan ses hos pasienter med vaskulær, frontotem-

poral- eller Lewy legeme-demens (28). En betydelig andel pasienter med neuropatologisk bekreftet AD, utviser heller ikke atrofi av mediale temporallapp, men har et mønster med atrofi dominerende i bakre deler av hjernen (31). Nyere, mindre studier har retrospektivt forsøkt å beregne et mønster av atrofi over hele hjernebarken. Selv om større studier er på sin plass, er det rapportert at en «AD-atrofisignatur» ti år i forkant kan forutsi AD med en hazard-ratio på 3,4 (32).

Oppsummering og konklusjon

Vi har sett at en klinisk etiologisk demensdiagnostikk ikke er tilstrekkelig treffsikker. Biomarkører kan gi informasjon om patologiske prosesser i hjernen og dermed støtte den kliniske vurderingen og øke nøyaktigheten av den etiologiske diagnosen. Biomarkører er også nylig tatt inn i rådende anbefalinger for diagnostikk av AD (6, 8, 33), men da hovedsakelig i forskningssammenheng.

Hos pasienter med milde kognitive vansker, kan man også bruke biomarkører for å si noe om risiko for å utvikle demens. Det er imidlertid flere fallgruver som vanskeliggjør diagnostikken. Mellom fem og femten prosent av pasienter med neuropatologisk bekreftet AD har atypisk presentasjon. I tillegg til de typiske hjerneforandringene ved AD, finner man hyppig forandringer typisk for andre neurodegenerative sykdommer. (Krysspatologi med Lewy-legemer, cerebrovaskulær skade og cerebral amyloid angiopati er vanlig.) Selv om symptomene ved andre neurodegenerative tilstander (Lewy legeme-sykdom, vaskulær demens, frontotemporal demens) vanligvis er entydige, kan undergrupper av disse tilstandene klinisk presentere seg som vanskelig å skille fra AD (34, 35). Fordi den prekliniske fasen av AD med subtile hjerneforandringer og patologiske biomarkører kan vare i flere år (1, 2), vil en andel av friske eldre allerede begynnende forandringer. Videre

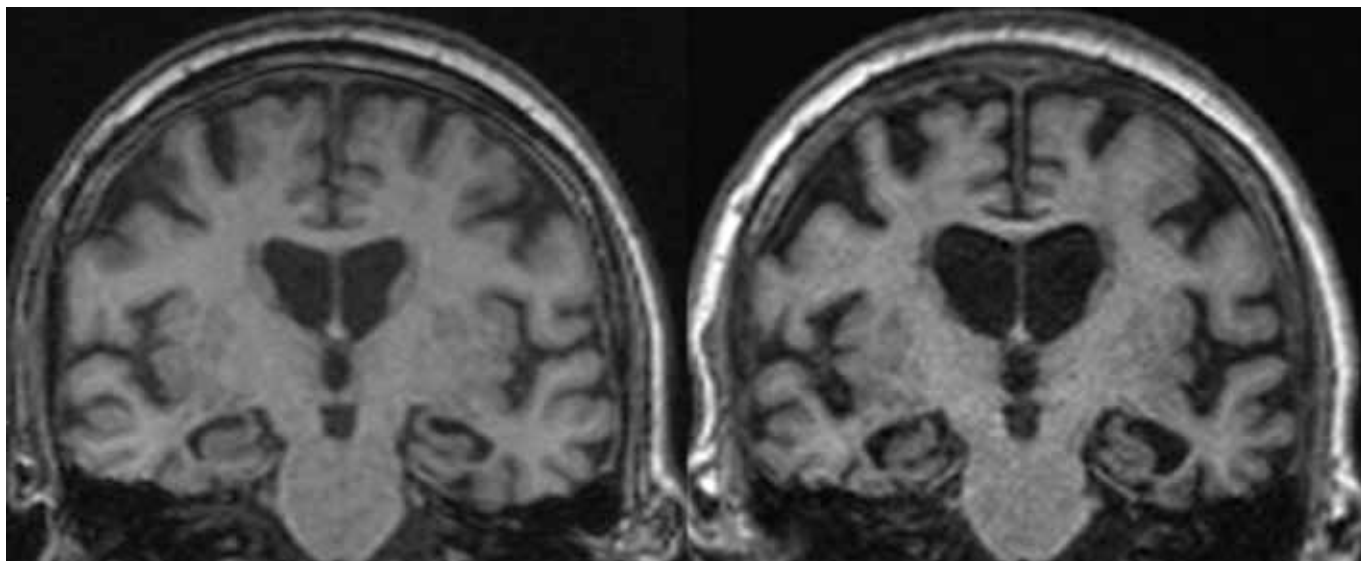
har standardisering av analysemetoder for biomarkører lenge manglet. Et verdensomspennende program for kvalitetssikring av analysemetodene av biomarkører i CSF er imidlertid påbegynt (36).

Prevalensen av Alzheimers sykdom øker med alderen, og fordi befolkningens gjennomsnittsalder er beregnet til å øke i tiårene som kommer, vil vi også se en dramatisk økning av antallet pasienter med Alzheimers sykdom (37). Det er i sykdommens tidlige fase det kan være håp om fremtidig effektiv sykdomsmodifiserende eller forebyggende behandling. Nøyaktig og tidlig etiologisk diagnose vil derfor være nødvendig i møtet med en av de største helseutfordringene i de kommende tiårene.

■ per.selnes@medisin.uio.no

REFERANSER

Artikkelen publiseres på nettsidene til Demens&Alderspsykiatri. I pdf-utgaven finner du også referansene. Last ned artikkelen fra: www.demensogalderspsykiatri.no.



MR: Strukturelt MR-bilde av en pasient med mild kognitiv svikt. Bildet til høyre er tatt tre år etter bildet til venstre. I løpet av denne perioden utviklet pasienten demens, og vi ser at tydelig atrofi.

Bente Wallander (tekst og foto)

Brobygging i København



GODT SAMARBEID: Knut Engedal, fag- og forskningsleder ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Wilhelmina Hoffman, daglig leder av Svenskt Demensentrum, Arnfinn Eek, daglig leder av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og Gunhild Waldemar, leder av Nasjonalt Videnscenter for Demens ved åpningen av konferansen.

Er god demensomsorg et spørsmål om ledelse? Og hvis ja – hvordan bør man lede for å forbedre skandinavisk demensomsorg anno 2012?

Oppslutningen om konferansen *Bridging the Gap*, med undertittelen *God demensomsorg – et spørsmål om ledelse*, var stor. Nær 400 deltakere fra Norge, Sverige og Danmark tok turen til København i slutten av oktober. De hadde ett felles interessepunkt: Hvordan optimaliserer vi omsorgen for personer med demens og deres nære?

Å bygge broer over gapet er et sentralt begrep for personsentrert omsorg. Det var likevel første gang ledere fra hele Skandinavia ble ført sammen for å trekke lærdom av hverandres erfaringer og bli inspirert av internasjonale forskere og fagfolk. Konferansen ble arrangert av Svenskt Demensentrum, Nasjonalt Videnscenter for demens og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, med

Nasjonalt Videnscenter for demens som vertskap.

Mange veier

Pleie- og omsorg av personer med demens omfatter utfordringer, muligheter og dilemmaer. I konferansetittelen ligger at det må bygges broer mellom ulike tilnærminger. Mellom problemorientert perspektiv og fokus på ressurser, mellom praksis i hverdagen og evidensbasert kunnskap, mellom bruk av teknologi og varme hender.

– Veien til god demensomsorg går uansett gjennom ledelse. Spesielt når tjenestene er under press, som en følge av et økende antall personer med demens og begrensede økonomiske midler. Velkommen til alle dere ledere

som har tatt turen hit til København. Det er dere som skal legge strategier for fremtidens demens- og eldreomsorg, sa lederen av Nasjonalt Videnscenter for Demens, professor Gunhild Waldemar.

Borgermedvirkning

Åpningsforedraget til direktøren for Sundheds- og Socialforvaltningen i Albertslund kommune, Danmark, Tordis Vilidur, handlet om Ledelse i et scenario med nedsatte ressurser og stigende antall demente. Hun plasserte seg selv i et skjæringspunkt mellom ulike roller; som datter, direktør og fagperson.

– Det er lover, budsjetter, dokumentasjon som fyller hverdagene for oss profesjonelle. Men for å sikre verdige rammer rundt min mors liv på institusjon

ønsker jeg nærvær og forståelse. Jeg håper at min fars sorg kan bli bearbeidet og forventer å finne profesjonelle, kompetente og kjærlige mennesker i min mors nærhet.

Albertslund kommunes velferdsvisjon er å være en *Forstad på forkant*. Det er både en visjon og en ramme for ledelse og borgermedvirkning (på dansk: borge-rinndragelse)

– Som direktør i en stor organisasjon ser jeg at vi ikke vil klare å løse alle velferdsoppgaver alene. Løsningene for det gode liv må skapes av ledere, politikere og medborgere i fellesskap. Sammen må vi sikre verdiskapning og fornyelse. Min påstand er at færre ressurser faktisk gir større rom for fornyelse. Vi inviterer nå andre aktører inn, ikke bare av nød, men fordi samskapelse gir mening.

Ivret for uro

Tordis Vilidur understreket at hun som leder har et ansvar for å skape et eierskap til visjonen for velferd, i dialog med organisasjonen og de ansatte.

– Som ledere må vi utdanne oss og sørge for kompetanseutvikling for alle, men også være åpne for den personlige kompetanse. Det er ikke alltid den flinke og energiske som er den nyskapende. Dette er en særlig utfordring for oss profesjonelle, fordi det setter forfengeligheten vår på prøve, også på de faglige felt. Det vi mener er det viktigste er ikke alltid det viktigste for borgerne, personene med demens og de pårørende. Til sist vil jeg si at: Ja, god demensomsorg er et spørsmål om ledelse, men vi må skape velferd sammen. Jeg oppfordrer

derfor folk rundt meg til å bruke meg, utfordre meg og skape forstyrrelser. Sammen skaper vi fornyelse.

Finnes det evidens¹

Professor Per-Olof Sandman fra Umeå Universitet var sentral i arbeidet med de svenske Nationella riktlinjer for vård och omsorg vid demenssjukdom (2010). For å finne svar på spørsmålet «Hva er god demensomsorg?» ble det utført en grundig research.

– Vi vet nå at det finnes mange gode erfaringer og mye bra forskning. Men på mange områder finnes det ingen bra evidens. Etter å ha oppsummert resultatene og fått anbefalinger fra fagfolk på ulike nivåer, har vi likevel anbefalt følgende for pleie og omsorg ved demenssykdom i Sverige:

– Personen, og ikke sykdommen, skal være i fokus. En person med demens er en person med rettigheter. Hun/han må gis muligheten til å formidle sin livshistorie og sitt livsmønster, og til våre oppgaver hører å stimulere til, og opprettholde, den demenssykes minne. Og for slik praksis finnes det støtte i forskningen. For personsentrert omsorg rapporteres det om økt velbefinnende, bedre livskvalitet og mindre smerter, fortalte Sandman.

Bruk sansene

Når det gjelder utdanning og veiledning sa Sandman at den problemorienterte tilnærmingen har størst effekt.

– Vi vet også småskalamiljøer er bedre enn store, men vi vet mindre om hvor lite et fysisk miljø må være for å oppnå en positiv effekt. I anbefalingene heter

det at omsorgsmiljøer bør bygges slik at det «kjennes som om jeg var hjemme». Om det vi kan kalle omsorgsklimaet finnes det heller ikke mye forskning, men vi ser det som viktig at miljøet gir folk lov til å være demenssyke. Personkontinuitet og en god balanse mellom aktivitet og hvile er bra. Aktiviteter gir stimulans, og er positivt på flere måter. Det samme er fellesskap med andre mennesker. Som ledere bør vi egentlig gå hjem til arbeidsplassene våre og bruke alle våre sanser: Hvordan er det egentlig å være her? Hvilke lukter kjenner vi, hvilke lyder omgir oss og hvordan beveger vi oss?

Stureby

– et akademisk sykehjem

Fordi det ikke fantes forskning der de nasjonale retningslinjene hadde vært implementert og studert vitenskapelig, ble ideen om «det akademiske sykehjemmet» til. Ved Stureby, «det akademiske sykehjemmet» ville man, i samarbeid med Karolinska Institutet, drive kunnskapsbasert pleie og omsorg samt forskning.

Hjemmet har om lag 200 beboere, 200 ansatte og er delt opp i 25 enheter med plass til ni-ti brukere i hver. Ved hjelp av et omfattende program har man siden 2010 bedrevet personsentrert omsorg, undervist og veiledet de ansatte og hatt en rekke møter med pårørende.

– Så langt har vi ikke kunnet måle noen effekt hos beboerne, men de ansatte sier seg mindre stresset, er mer tilfredse og rapporterer at de opplever seg å utøve mer personsentrert pleie. Vi har også lært at innføring av nye meto-



TORDIS VILIDUR: Sundhets- og forvaltningsdirektør fra Albertslund om dilemmaer og visjoner.



PER-OLOF SANDMAN: Professor fra Umeå om evidens og prinsipper for god omsorg.



DAWN BROOKER: Britisk professor om personsentrert omsorg.

der må skje etter Bottom up-prinsippet. Det er ingen av oss som setter pris på Top down-metoden: At noen kommer og forteller oss hvordan ting skal være eller gjøres, mener Per-Olof Sandman.

– Hva har vi så lært? At det er merkelig hvilken kraft som finnes i oss selv!

Flyttet fokus

Professor Dawn Brooker fra Worcester University, tok deretter for seg personsentrert omsorg ut fra tilleggsspørsmålet «Hva er feil?», med et fokus på lederskap.

– Moderne demensomsorg innebærer å dreie fokus fra den gamle definisjonen av det latinske ordet demens, som i England var *Death that leaves the body behind* til frasen som også er tittelen på vår nasjonale demensstrategi: *Living well with dementia*, mente hun.

– Det er nå mer enn 20 år siden Tom Kitwood uttrykte den første teorien om personsentrert omsorg. At vi fortsatt er langt fra å få institusjonalisert den skyldes flere ting, men kan enkelt oppsummeres slik: Manglende kompetanse, lederskap og klarhet.

Brooker har selv utviklet VIPS-modellen² på grunnlag av Kitwoods ideer, og tatt den i bruk i et forskningsprosjekt der man ville teste en metode for måling av den omsorg som gis.

Positivt preg ved delte normer

– Vi ville ha svar på hvorfor noen sykehjem tilbyr omsorg av god kvalitet, mens andre ikke gjør det. Skyldes det den lokale omsorgskulturen, organisasjonen eller skrevne/uskrevne regler? Vi besøkte en rekke ulike steder. Noen med utmerket



BERØMT MAT: Deltakerne ble invitert til pannekakemottakelse i København rådhus.

omsorg og hardtarbeidende ansatte, andre som var preget av lite engasjerte ansatte som neglisjerte sine brukere. Hva utgjorde forskjellen? Og hva kjennetegnet de positive miljøene?

– Blant svarene, som jeg for første gang deler med noen her i dag, var at stedene med høyt omsorgsnivå ble preget av at de ansatte hadde felles normer. Tilsvarende var lav omsorgskvalitet forbundet med mangel på delte verdier. På slike steder var positive pleieerfaringer helt avhengig av den enkeltes initiativ. Det fremkom også tydelig at steder med høy omsorgskvalitet hadde ledere som opptredte som buffere når det gjaldt dårlig økonomi og innsparinger. For oss ble et åpenbart at det for sykehjemsledere er uhyre viktig å få alle ansatte til å føle seg sett, og forsikre dem

om at de tilhører et miljø der det er åpenhet for å kunne endre noe, avsluttet Brooker.

Oppsummering og veien videre

Øyvind Kirkevold, kongressens konferansier og en av dem som sto for planleggingen av konferansen, oppsummerer dagene i København slik:

– Tre forhold var gjennomgående i de fleste innleggene og i de parallelle sesjonene. Det første var at budsjett og økonomi var viktig, men at personell, pasienter og pårørende ikke er interessert i budsjett og at det dermed ikke bør være tema på rapporter og møter. Det andre var at det har vært en tendens i de siste årene til at mellomledere får tunge administrative oppgaver som tar oppmerksomhet fra faglig ledelse over til papirarbeid. Mange av disse oppgavene kan gjøres høyere opp i systemet eller av dedikert kontorpersone. Det siste er at for å lede endring (for eksempel innføring av personsentrert omsorg) så må lederen ikke bare sanksjonere at det skal gjøres, men faktisk forstå hva det faglig innebærer og aktivt engasjere seg i prosessen.

De tre nordiske sentrene har planlagt en tilsvarende konferanse om to år og Svenskt Demens Centrum har da påtatt seg å være teknisk arrangør. Neste konferanse om demensomsorg og ledelse blir derfor i Stockholm våren 2014.

1) Vitenskapelig bevis.

2) V=Verdier, I = Individuell omsorg, P = Perspektivet til personen med demens S= Støttende sosialt miljø.



målt kvalitet på



THOMAS HAMMER-JAKOBSEN: Mba, Copenhagen Living Lab, tolket borgernes forventninger til det gode eldrelev.



MARIT KIRKEVOLD: Professor ved universitetene Oslo og Aarhus om tilrettelegging av god omsorg.

Stein-Arne Hval, Psyk.sykepleier MSc ⁽¹⁾,
MSc Kari Midtbø Kristiansen, sykepleier ⁽¹⁾ (2),
Bernhard Lorentzen, avd.overlege, avd.sjef ⁽¹⁾



Samhandling på tvers av tjenestenivåene

Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens: Ambulant oppfølging i sykehjem versus innleggelse i sykehus. – Et prosjekt om utadrettet virksomhet ved Diakonhjemmet Sykehus Alderspsykiatrisk avdeling.

Bakgrunn

Rett behandling på rett sted til rett tid er et overordnet helsepolitisk mål (1). Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012. Den har som formål at pasienter og pårørende skal oppleve et godt og helhetlig helsetilbud. Det betyr at tjenestetilbudet skal være sammenhengende og koordinert mellom alle ledd i behandlingsskjeden – fra kommune til spesialisthelsetjeneste og tilbake igjen. Det forutsetter bedre kommunikasjon, samarbeid og kompetanseutveksling mellom de ulike behandlingsnivåene.

Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD) er en betegnelse for å beskrive det mangfoldet av psykologiske reaksjoner, psykiatriske symptomer og episoder med atferdsavvik som oppstår hos personer med demens, uavhengig av årsak (2).

Ansaret for utredning, behandling og omsorg for personer med APSD er i dag fordelt mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Fremtidens helse- og omsorgsutfordringer krever økt fokus på oppgavefordelingen mellom tjenestenivåene.

Hovedtyngden av behandlings- og omsorgsoppgavene overfor personer med APSD ligger i kommunehelsetjenesten. En norsk studie viser at 81 prosent av landets sykehjemsbeboere har en demenssykdom, 72 prosent av disse har APSD (3).

Personer med APSD vil ofte ha behov for langvarige og sammensatte helse-tjenester. Behovet for koordinerte tjenester i et optimalt pasientforløp er en utfordring både i et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv (1).

Koordinerte tjenester krever, om ikke sømløs, så i alle fall skreddersydd samhandling innad og mellom de ulike ledd i helsetjenesten for å unngå at tjenestene blir uoversiktlige og fragmenterte.

Alderspsykiatrisk avdeling ved Diakonhjemmet Sykehus har de siste årene halvert antall sengeplasser til personer med APSD. En stor del av innleggelsene på grunn av APSD er fra sykehjem. Vår erfaring var at eventuell bedring i APSD symptomer hos innlagte pasienter fra sykehjem kunne forverre seg ved flytting fra sykehuset tilbake til sykehjemmet. Det var nærliggende å spørre om det var best for pasienten å bli flyttet fra sykehjem til sykehus for utredning og behandling av APSD. Erfaringsmessig kan disse pasientene fort bli kasteballer innad og mellom tjenestenivåene. Alders-

psykiatrisk avdeling ønsket å kompensere reduksjonen i sengeplasser med økt ambulant virksomhet overfor disse pasientene. Hensikten med prosjektet var å sammenlikne den ambulante oppfølgingen i pasientens egen enhet på sykehjemmet med innleggelse i sykehus.

Metode

Prosjektet ble designet som en randomisert og kontrollert intervensjonsstudie (RCT). Pasienter henvist til innleggelse i Alderspsykiatrisk sykehusavdeling fra sykehjem ble i en periode på 16 måneder tilfeldig fordelt til enten innleggelse (kontrollgruppen) eller ambulant oppfølging (intervensjonsgruppen). Inklusjonskriteriene var de samme som kriteriene for å bli lagt inn ved demensposten i avdelingen; Demens med APSD som var så alvorlig at sykehjemmet ba om innleggelse ved alderspsykiatrisk avdeling uavhengig av pasientens alder. Pasientene ble fulgt opp over en periode på fem uker. På grunn av deres demenssykdom kunne ingen av de inkluderte gi et informert samtykke. Det var derfor pårørende som ble forespurt om de hadde innvendinger mot at den de var pårørende til deltok i studien. Studien ble tilrådd av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst D (REK Sør-Øst D).

(1) Diakonhjemmet sykehus, Alderspsykiatrisk avd.

(2) Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Intervensjonen, det ambulante tilbudet, besto av klinisk oppfølging og kompetanseutvikling i form av veiledning, rådgivning og undervisning.

Den kliniske oppfølgingen innebar en gjennomgang av legemiddelbehandlingen av lege fra alderspsykiatrisk avdeling sammen med sykehjemslegen. Effekt og bivirkninger av aktuell og tidligere medikasjon ble vurdert. Legemidler uten sikker effekt eller indikasjon ble seponert. Midler som kunne forverre APSD eller som hadde andre mulige bivirkninger ble redusert eller seponert. Dersom man fant indikasjon for bruk av psykofarmaka, ble disse midlene brukt med varsomhet og med oppfølging av effekt og bivirkninger. Ved behov kunne den kliniske oppfølgingen også inneholde deltakelse i stell eller andre aktiviteter. Sykepleier fra alderspsykiatrisk avdeling deltok sammen med personalet i utvalgte pleiesituasjoner.

Veiledning og rådgivning omfattet også miljøbehandling. Sykepleier ga veiledning og råd om hvordan personalet gjennom sin miljøbehandling kunne endre og/eller forholde seg til lite hensiktsmessig atferd hos pasienten. Miljøterapeutisk veiledning la vekt på å gjøre sykehjemspersonalet bevisst på forhold ved daglige aktiviteter. Sykepleier fra alderspsykiatrisk avdeling besøkte sykehjemmet ukentlig over hele perioden på fem uker. I tillegg kunne sykehjemmet ringe ved behov for ytterligere råd og veiledning.

Personalet på sykehjemmet fikk 2 x 45 minutter undervisning om APSD, miljøtiltak og legemiddelbehandling. Lege og sykepleier fra alderspsykiatrisk avdeling gjennomførte undervisningen sammen. I undervisningen ble det fokusert på anerkjente miljøtiltak, som å flytte oppmerksomheten fra oppgave til person og at atferd må forstås som et forsøk på kommunikasjon fra pasienten og må ses i sammenheng med omgivelsene den utspiller seg i. Et annet hovedbudskap var å formidle hensiktsmessige måter å forholde seg til atferdsuttrykk hos pasienten mer enn å prøve å endre. Hvis det var mulig, ble undervisningen spisset mot den aktuelle pasientens symptomer.

Den ambulante oppfølgingen ble internt i alderspsykiatrisk avdeling organisert i en gruppe bestående av syv personer, tre leger og fire sykepleiere.

For å kunne sammenlikne effekten av innleggelse og ambulant oppfølging, ble følgende utredningsverktøy brukt:

Vurdering av hyppighet, intensitet og belastning av APSD ble utført med utredningsverktøyet *Nevropsykiatrisk intervjuguide* (NPI12). Testen ble gjort på tre tidspunkt for begge gruppene (kontrollgruppen/intervensjonsgruppen): Før innleggelse/intervensjon (T1), ved utskrivning/avsluttet intervensjon (T2) og to måneder etter utskrivning/avsluttet intervensjon (T3).

Grad av kognitiv svikt og demens ble vurdert med Mini Mental State Evaluering (MMSE) og Klinisk demensvurdering (KDV).

Resultat

I løpet av 16 måneder fylte 20 pasienter inklusjonskriteriene. Tre pasienter randomisert til kontrollgruppen og to pasienter randomisert til intervensjonsgruppen ble ikke inkludert som følge av manglende samtykke. I intervensjonsgruppen var det syv kvinner og en mann. Kontrollgruppen besto av fem kvinner og to menn. Intervensjonsgruppen hadde en median alder på 87 (70-95). Median alder for kontrollgruppen var 82 (64-92).

Median sumskår MMSE var ved T1 9 (0-23) for intervensjonsgruppen, og 6 (1-13) for kontrollgruppen. Klinisk Demens Vurdering (KDV) avdekket at intervensjonsgruppen hadde fem pasienter med alvorlig demens/alvorlig kognitiv svikt og tre pasienter med moderat demens/moderat kognitiv svikt. Alle syv pasientene i kontrollgruppen hadde alvorlig demens/alvorlig kognitiv svikt.

Resultatene for totalskår NPI12, både symptomer hos pasient og belastning hos personalet er presentert i tabell 1.

Vi fant en statistisk signifikant reduksjon i rapportert APSD i begge gruppene mellom T1 og T3 (kontrollgruppe $p=0.04$, intervensjonsgruppe $p=0.05$). Vi fant også en statistisk signifikant reduksjon i NPI12-rapportert belastning mellom T1-T3 hos personalet der pasienten ble fulgt opp ambulant, men ikke hos kontrollgruppen (kontrollgruppe $p=0.06$, intervensjonsgruppe $p=0.02$ (se tabell 1)(4).

Det var en sterk korrelasjon mellom endring i APSD T1-T3 og endring i opplevd belastning T1-T3 hos personalet (Spearman's rho $cc = 0.854$, $p < 0.001$) for hele utvalget. Ut over dette var det ingen signifikante korrelasjoner i materialet, verken mellom kjønn, alder, MMSE eller KDV og endring i APSD.

Tabell 1

APSD hos pasient og opplevd belastning hos personale for begge grupper målt med NPI

	Kontrollgruppe			Intervensjonsgruppe		
Symptomer NPI median (range)	T1 (n=7) 50 (32-98)	T2 (n=7) 34 (19-41)	T3 (n=7) 23 (4-60)	T1 (n=8) 59 (23-73)	T2 (n=8) 40 (0-61)	T3 (n=6*) 15 (2-68)
Intern endring i gruppen (Wilcoxon Signed Rank Test)	T1-T2 $p=0.02^{**}$	T2-T3 $p=0.61$	T1-T3 $p=0.04^{**}$	T1-T2 $p=0.04^{**}$	T2-T3 $p=0.46$	T1-T3 $p=0.05^{**}$
NPI-rapporter belastning hos personalet median (range)	T1 (n=7) 24 (12-30)	T2 (n=7) 11 (9-19)	T3 (n=7) 9 (1-28)	T1 (n=8) 23 (10-31)	T2 (n=8) 14 (0-21)	T3 (n=6*) 8 (0-30)
Intern endring i gruppen (Wilcoxon Signed Rank Test)	T1-T2 $p=0.03^{**}$	T2-T3 $p=0.67$	T1-T3 $p=0.06$	T1-T2 $p=0.02^{**}$	T2-T3 $p=0.75$	T1-T3 $p=0.02^{**}$

* To pasienter døde for T3

** Signifikans på .05 signifikansnivå

Diskusjon

Fra T1 til T3 var det en statistisk signifikant reduksjon i NPI12-rapporterte symptomer i både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Statistisk signifikante funn i kliniske studier vil ikke alltid ha betydning i klinikken. En klinisk signifikant endring på NPI12 er satt til ≥ 4 på den enkelte variabel. Studien viser at både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen hadde en betydelig klinisk bedring, og statistisk signifikant endring til det bedre mellom T1-T3. Behandlingstiltakene bygger på samme forståelsesgrunnlag og følger de samme prinsipper for optimalisering av medikasjon og miljøbehandling, enten pasienten følges opp ambulant på sykehjemmet, eller blir innlagt i sykehuset. Studien viser at behandlingstiltakene har effekt uavhengig av hvor tiltakene iverksettes.

Intervensjonsgruppen hadde høyere NPI12-totaliskår ved T1 (59) og ved T2 (40) enn kontrollgruppen (T1 50, T2 34), men lavere skår ved T3. Median NPI12-totaliskår T3 var for intervensjonsgruppen 15 og for kontrollgruppen 23. I utgangspunktet var altså pasientene som ble fulgt opp ambulant vurdert til å ha en alvorligere grad av APSD enn pasientene som ble randomisert til innleggelse i alderspsykiatrisk avdeling. Reduksjonen i NPI12-totaliskår var størst hos intervensjonsgruppen både mellom T1-T2, mellom T2-T3, og totalt mellom T1-T3 (4). Resultatene viser at bedring i NPI12-totaliskår ikke vedvarer i samme grad ved flytting tilbake til sykehjemmet fra sykehuset (kontrollgruppen), som når pasienten har blitt behandlet i sykehjemmet hele intervensjonsperioden.

Optimalisert legemiddelbehandling og miljøtiltak etablert under sykehusoppholdet opprettholdes ikke nødvendigvis ved reetableringen i sykehjemmet. Årsakene kan være sammensatte og flere. Ulike behandlingskulturer mellom sykehjemsavdeling og sykehus, endret eller manglende oppfølging av foreslåtte tiltak, svakt eller fraværende eierforhold til iverksatte tiltak samt manglende kunnskap og evne til mestring hos personalet ved reetablering i sykehjemmet, er noen forhold som kan forklare forskjellen mellom gruppene.

Det ambulante tilbudet (intervensjonsgruppen) vektlegger kompetanseoverføring og betydningen av planlagt og koordinert personlig kontakt mellom

sykehjemslegen/miljøpersonalet og psykiater/spesialsykepleier fra sykehuset. Samhandling mellom tjenestenivåene opprettholdes under sykehusinnleggelsen (kontrollgruppen) hovedsakelig gjennom nettverksmøter og skriftlig dokumentasjon. Rutiner for oppfølging etter utskrivning er ikke etablert. Det er grunn til å anta at samhandlingen er tettere, mer oversiktlig og mindre fragmentert ved ambulant oppfølging i sykehjemmet, enn når pasienten er midlertidig innlagt i alderspsykiatrisk sykehusavdeling.

Kontrollgruppen hadde, til tross for at de var yngre og hadde lavere NPI12-totaliskår, større kognitiv svikt og alvorligere grad av demens enn intervensjonsgruppen. Disse sammenhengene er imidlertid ikke statistisk signifikante. Det er en statistisk signifikant sammenheng mellom endring i NPI12 totaliskår hos pasienten og endring i opplevd belastning hos personalet. Det klareste funnet er den statistisk signifikante reduksjon i NPI rapportert belastning hos personalet i intervensjonsgruppen mellom første og siste måling (T1-T3). Personalets opplevde belastning er større der pasienten har vært innlagt i sykehus og reetableres i sykehjemsavdelingen (kontrollgruppen) (4).

Vi tror forklaringene på en mer vedvarende endring i opplevd belastning for intervensjonsgruppen er mange av de samme som for endringen i selve symptombelastningen (NPI12 totaliskår). Som beskrevet tidligere kan dette skyldes at sykehjemspersonalet ved ambulant oppfølging av pasienten har hatt en mer aktiv og deltakende rolle, hvor de har ervervet ny kunnskap og utviklet holdninger og mestringsstrategier gjennom økt forståelse. Dette kan gjøre det lettere for sykehjemspersonalet å forholde seg til APSD hos pasienten. Ved å få bekräftet egen kompetanse og praksis kan personalet øke sin mestring, til tross for at pasientene i utgangspunktet hadde høyere totaliskår på NPI.

Konklusjon

Vi har i dette prosjektet vist at en ambulant oppfølging i eget sykehjem kan ha like god effekt som innleggelse i alderspsykiatrisk avdeling for pasienter med APSD. Vi har også funnet at effekten på pasientens symptomer og personalets opplevde belastning kan bli mer varig ved å la personen bli på sykehjemmet og

gi ambulant oppfølging der. Vi fant indikasjoner på at personalets opplevde belastning er mindre når de har vært delaktige gjennom hele intervensjonsprosessen, noe vi tror kan være en følge av kompetanseheving og opplevelse av mestring på det aktuelle sykehjem. Dette kan også gjøre sykehjemmet bedre rustet til å takle andre pasienter med APSD.

Som følge av lite utvalg vil studiens resultater ha begrenset overføringsverdi. Resultatene bør derfor følges opp av en større multisenterstudie som ytterligere kan dokumentere og gi ny kunnskap om hvor og hvordan personer med APSD best kan hjelpes.

Artikkelen bygger på følgende originalartikkel:

Hval, S-A., Kristiansen, K.M., Lorentzen, B., Fagerstrøm, L., Tanum, L. Treatment in Nursing Home versus Hospital for Patients with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. A Pilot Study. Short Research Report, GeroPsych, 2012, 25 (2): 97-102.

REFERANSER

1. St.meld.nr.47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009:149.
2. Engedal K, Haugen PK. Demens: Fakta og utfordringer: En lærebok. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2009.
3. Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2007, (22): 43-849.
4. Hval S-A, Kristiansen, KM, Lorentzen B, Fagerstrøm L, Tanum L. Treatment in Nursing Home versus Hospital for Patients with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. A Pilot Study. Short Research Report, GeroPsych, 2012, 25 (2): 97-102.

Bente Wallander (tekst og foto)
Arnfinn Eek (foto)

Demens sett fra innsiden



ARTIG SAMMENTREFF:

– Keiser Wilhelm besøkte Molde i 1912 og her, ved denne steinen rett nedenfor min leilighet, lå skipet hans fortoyd den 16. juli da han (ifølge Peter Wetterberg) utnevnte Alois Alzheimer til professor i Breslau, forteller Kjersti Wogn-Henriksen.

*Kjersti Wogn-Henriksen
disputerte i august ved Norges
teknisk-naturvitenskapelige
universitet i Trondheim.
Med avhandlingen «Du må ...
skape deg et liv» har hun villet
etablere et innenfraperspektiv
på demens.*

Kjersti Wogn-Henriksens mål har vært å supplere den standardiserte, medikaliserte kunnskapen om demens ved å innsirkle et pasientperspektiv.

– Jeg ville finne ut hvordan demens oppleves og forstås av de som er rammet. Og dernest; hvordan deres tanker og følelser endres når sykdommen progredierer, forklarer Kjersti Wogn-Henriksen.

Etter å ha jobbet med demens i over 25 år innledet hun i 2008 sitt doktorgradsarbeid i psykologi. Hensikten var forstå mer av hvordan demenssykdommen griper inn i levd liv:

– Jeg ville finne ut hvordan det å få en slik beskjed mobiliserer folk til tilpasning

og mestring, med fokus på de implikasjonene det får for selvforståelse og hverdagsliv.

Grunnleggende endring

Det å få en demenssykdom endrer premissene for hvordan det er å være til i verden.

– Mennesker med demens er fortsatt meningsskapende individer som forsøker å forstå – også i demensforløpet, sier Kjersti Wogn-Henriksen. Hun understreker at personer med demens opplever sin sykdom individuelt.

– Diagnosen som sådan er radikalt utilstrekkelig for å forstå hvordan et

menneske med demens har det. Vi er nødt til å supplere med et forståelsesperspektiv. Jeg siterer gjerne Per Fugelli i dette: «Vi må aldri glemme at mennesket, og særlig det syke mennesket, er et hellig forbannet ett-tall på jorden.» Jeg tror at samtalen, vårt urgamle redskap til å møte og forstå hverandre, er minst like viktig som før i møte med personer som er glemske og ikke så lett finner ord. Vi skal ikke være så redde for å snakke med personer med demens. Med åpenhet og velvilje og blikk også for samtaleens kroppslige aspekter kan man finne ut av det meste.

Aktører i eget liv

– I dette ligger også at vi må ha fokus på folks ressurser, bygge på det relasjonelle og se folk med demens som aktører i eget liv. De er ikke passive ofre, snarere tvert i mot strever de hver for seg med å forstå, skape mening og tilpasse seg dette nye livet. Det er en svær utfordring.

– De fleste kan uti sykdomsforløpet ikke lenger bruke sine gamle mestringsstrategier, men enkelte er både kreative og innovative med hensyn til å utvikle nye forventninger, nye grep, endrete måter å utfolde seg på. Kognitivt, med hvordan de greier å ordne seg, og språklig, med kompensasjon for språklige tap. De forteller om hvordan de forsøker å leve med sin demens, med de hindringer og begrensninger sykdommen medfører. Jeg liker å se på dem som mennesker som lever og står på og i hvert fall lenge anstrenger seg for å bidra og skape seg et liv innenfor nye premisser.

Kjønnsforskjeller

Kjersti Wogn-Henriksen gjennomførte i forbindelse med studien kvalitative dybdeintervjuer av fem menn og to kvinner med tidlig debuterende Alzheimers sykdom. De ble alle intervjuet flere ganger hver i en longitudinell studie gjennom fire år. Personene hun snakket med befant seg på ulike stadier i sykdomsforløpet. Wogn-Henriksen erfarte blant annet at kvinner og menn takler sykdommen ulikt.

– Kvinner fremstår ofte som mer relasjonsorienterte og ikke så ensidig basert på intellektuelle eller karrieremessige prestasjoner. Flere av kvinnene jeg intervjuet hadde for eksempel fortsatt en viktig rolle i hjemmet eller venninnekretsen.

Menn er kanskje mer virksomhetsorienterte? De jeg snakket med var litt mer i affekt ved tanken på «hvorfor meg?» og reagerte sterkt på inndragelse av førerkort. De hadde et større tomrom i livet som skulle fylles, kunne ikke småprate like godt som kvinnene og opplevde det nok som en stor utfordring til sin maskuline selvforståelse å skulle tåle tilværelsen som hjelpeavhengig og dement. I tillegg har folks personlige egenskaper betydning. Fleksibilitet og tilpasningsdyktighet gjør det nok enklere å skape seg et nytt liv med demens. Som munnhullet sier: «Det er ikke alltid hvordan du har det, men hvordan du tar det», tror den nybakte doktoren.

Samhandling og relasjoner

Wogn-Henriksen erfarte at relasjoner innad i familien både inderliggjøres og kan kompliseres. Mange er svært takknemlige overfor ektefellene, men det kan samtidig oppstå store utfordringer rundt det å reforhandle arbeidsfordeling, makt og kommunikasjonsmønstre. Kvinner synes mer enn menn opptatt av byrdeperspektivet: «Er jeg en byrde nå?»

– Alle etterlyser ressurser utenfor familien. «Hvor kan jeg møte folk som kan tåle at jeg er dement?» Det finnes så få møteplasser. Andre tok opp den besværlige rollen som hjelpemottaker. Hvordan ta i mot hjelp, som du må, uten å forakte deg selv eller å bli sinna på andre? Samtalene våre rommet mange eksistensielle tema: *Hvem er jeg? Hvordan vil det gå? Hva er viktig?* Personer med demens vil skape mening på det nivået de er, og de er nødt til å utvikle en eller annen form for håp og å regulere det smertefulle de har i vente. Informantene beskrev også hvordan kognitiv svikt var merkbart i hverdagen. De gjorde flere feil, hadde et lavere presisjonsnivå, var mer uklare og usikre i det de gjorde. De savnet å være sikre på ting. Mange befant seg i en slags beredskapsposisjon, og de kunne føle seg krenket, såret, utnullet og undervurdert.

Demens – en provokasjon

– Når det gjelder kulturelle og sosiale aspekter ved demens har jeg trukket inn den engelske filosofen Stephen Post, som tematiserer vår hyperkognitive kultur. Vi er så ekstremt opptatt av intellektuell ytelse, av å være offensiv og dynamisk og selvrepresenterende. Evnen til å



FOKUSFORSKYVNING: – *Personer med demens er demente på noen områder og kompetente på andre. Vi må endre dagens mentalitet, med et sterkt fokus på svikt og mangler, til fokus på hva som er innenfor rekkevidde, mener Kjersti Wogn-Henriksen.*

håndtere masse informasjon er et dominerende krav i det postmoderne samfunn, og vi forventes å være oppdatert og omstille oss i et tempo som aldri før i historien. I dette klimaet blir demens nærmest en provokasjon. Sykdommen gjør deg særdeles dårlig egnet til å innkassere respekt i vårt samfunn. Du blir sårbar og havner i en æreløs posisjon. For ikke å kjenne deg slik er du helt avhengig av andres toleranse og velvilje.

– Det glade budskap er at de jeg snakket med, til tross for alt dette, likevel ga uttrykk for at de i det store og hele synes de hadde det godt. De fleste kan leve med demens, og noen lever godt. Det er et tankekors, for demens er en av de mest fryktede sykdommene vi har. Men kanskje vi mennesker har en større tilpasningsevne enn vi tror. Også til å tilpasse oss omstendigheter vi i utgangspunktet er skeptiske til. Det er faktisk en av mine samtalepartnere som sier: «Jeg vet ikke om jeg ville vært demensen foruten!»

– En annen tolkning av dette kan være: Kanskje er det også sånn at vi ikke-demente legger hukommelse og tenkning for stor betydning? Kanskje er det mulig å leve godt uten å være supersterke på disse områdene? Kanskje vi til og med overdriver hukommelse for et godt liv. Kanskje er det en frihet å kunne glemme av og til. Det kan være en barmhjertighet i det å ikke huske alt.

Har kompetanse

– Flere av mine funn på dette området bekreftes av nyere internasjonale studier. Jeg sier det ikke for å romantisere: Vi skal ta på alvor ensomheten, smerten og alt som blir besværlig når du har demens. Vi skal sågar ta det svært alvorlig. Men jeg tror ikke man gjør personer med demens en tjeneste ved å fokusere utelukkende på elendigheten. Det går altså an å leve godt med demens, mange har fortsatt ting å bidra med, ting de ønsker å oppleve og kan ha gode stunder i hverdagen. To av «mine» hadde tidligere gjort seg tanker om at livet ikke var verdt å leve lenger. Da jeg snakket med dem var de glade for at de levde.

Med dette som utgangspunkt ser Kjersti Wogn-Henriksen to områder hun mener det er naturlig gjøre en særlig innsats i årene som kommer:

– Vi må forandre vårt fokus, fra å rette oppmerksomheten mot folks defekter og mangler til å fokusere på ressurser, muligheter, gleder; det som er innenfor rekkevidde. Vi må dyktiggjøre oss i hvordan vi kan knytte an til mennesker med demens, bygge relasjoner, skape opplevelser, tilhørighet, sammenheng og gode øyeblikk. Å styrke relasjonskompetanse er en av de aller viktigste oppgavene i norsk demensomsorg, mener Kjersti Wogn-Henriksen.

Demensens dramaturgi

På bakgrunn av intervjuene har Kjersti Wogn-Henriksen oppsummert det hun kaller demensens dramaturgi, og delt den inn i faser:

Preklinisk: – I den første, som jeg kaller den prekliniske fasen, kunne alle «mine» informanter huske episoder der de kjente en fornemmelse av annerledeshet eller lurte på om noe var galt. Tegn på forvirring, ord som ikke kom, samt noen feilhandlinger. Når slike nye fenomener dukker opp med en viss frekvens presser det frem et forståelsesbehov.

Forklaring og forståelse: Allerede var de da på vei mot en forklarings- og forståelsesfase, der det handler om å komme i posisjon med utredning og diagnose. I beste fall fungerer dette som en prosess der man finner forklaring på det noen merker, et skjellsettende vendepunkt for svært mange. Jeg har gjennom mine intervjuer fått en ny forståelse av demsens betydning. Den setter navn på det som skjer. Nå vet en hva det dreier seg om. Det har fått en forklaring.

Tilpasning: Deretter følger en tilpassningsfase, som innebærer at en tar fatt på et hverdagsliv med demens. Det er nå de fleste begynner å revidere planer og forventninger og å lure på «Hva skal jeg forandre?» og «Hva må jeg gjøre?» Fordi mulighetene oppfattes som tids-

begrensede intensiverer enkelte innsatsen her og nå. Mange hadde i denne perioden så lyst på ting, de følte samtidig at de måtte skynde seg.

Innhentet: I denne fasen jeg kaller innhentet, puster sykdommen folk i nakken. Den kognitive svikten akselererer. Hjelpebehovet og behovet for institusjonalisering aktualiseres. I denne fasen erkjente de at deres egen innsats ikke monnet så mye som den hadde gjort tidligere.

– Å bare være i det er ordene som best beskriver siste fase. To av mine informanter kom på sykehjem med langt-kommet demens. De var begge innforstått med sin sykdom, og levde sine liv hinsides store ambisjoner og planer. De var veldig i øyeblikket, «for livet leves her og nå». Det er møtene og de gode stundene som gir livet mening og opplevelsesmessig substans.

Kjersti Wogn-Henriksens prøveforelesning handlet om «Hva vet vi i dag om demens og hvordan vet vi det – hva kan og bør vi formidle til de som rammes og deres nærmeste».



MED OPPONENTER: Førsteamanuensis Berit Johannesen (fra v.), Psykologisk institutt, NTNU, professor Svend Brinkmann, Institut for kommunikasjon, Aalborg universitet, Kjersti Wogn-Henriksen og professor Boo Johansson, Psykologiska institusjonen, Göteborgs universitet.

Bente Wallander (tekst og foto)

Tilbud til unge med demenssyke foreldre

Mellom 2 000-2 500 nordmenn under 65 år antas å ha en demenssykdom. En tredel av dem har barn under 18 år når sykdommen starter. Livet med en demenssyk far eller mor kan gi ungdommene store bekymringer og økte omsorgsoppgaver.

Gutter og jenter som havner i en slik situasjon kan få mindre tid til å være unge og problemer med å møte skolens krav. Mange kan isolere seg, være flau over sin syke forelder, oppleve skyld og ha dårlig samvittighet. De kan se med bekymring på fremtiden og stilles overfor store omsorgsoppgaver.

– Bortsett fra et par eksempler med samtalegrupper i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen, er det ikke blitt gjort erfaringer med tilbud til barn og ungdom som har en mor eller far med demens her i landet, sier geriatrisk sykepleier Marit Fossberg, som sammen med psykologspesialist Per Kristian Hauge har ledet prosjektet «Pappa har mistet hukommelsen»¹. De er begge ansatt ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Helgesamlinger

Målet med prosjektet har vært å finne ut om helgesamlinger kan være nyttige tilbud for ungdom som har en forelder med demens.

– Vi har hatt to helgesamlinger (Tid til å være ung) for til sammen 15 ungdommer i målgruppen. Alderen på deltakerne var fra 16-30 år og samlingene gikk over tre dager, fra fredag ettermiddag til midt på dagen søndag. Ungdommene har i ettertid evaluert samlingene som meget nyttige. Det å treffe andre i samme situasjon, ha felles aktiviteter og få



NYTTIG: – Helgesamlinger for ungdom som har foreldre med demens har vist seg svært nyttige. Ungdommene satte pris på å få treffe andre i samme situasjon, sier prosjektleder Marit Fossberg.

økt kunnskap om demens, syntes å være et bra opplegg for de som deltok, forteller Marit Fossberg.

De unge deltakerne evaluerte tiltaket. De uttrykte seg blant annet slik: «Bra med helgesamling. Når man vet at alle er i samme situasjon slipper man å holde en fasade oppe. Jeg lærte mye på samlingen. Vi hadde alle ulike historier å fortelle som man kan lære av og komme med gode råd. Alle fikk komme med innspill og spørsmål og aktivitetene gjorde oss mer samla. Da jeg kom, kjente jeg

ingen. Da jeg dro, føltes det som om jeg alltid hadde kjent alle.»

På bakgrunn av erfaringene som er gjort i 2011/2012 er det planlagt flere samlinger for ungdom som har en mor eller far med demens. I regi av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse er det aktuelt med to samlinger årlig. Samlingene planlegges å bli avholdt på faste tider og steder hvert år, og vil bli gjennomført som en del av regjeringens Demensplan 2015.

¹) Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har gjennomført prosjektet med midler fra Extra-stiftelsen, via Nasjonalforeningen for folkehelse. Helgesamlingene har vært avholdt i samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen, Sykehuset i Telemark, St. Olavs hospital HF, Ressurssenter for demens i Trondheim og alderspsykiatrisk enhet, Sykehuset Molde.



MARGIT ELLINOR 2002

Bente Geving (foto)
Bente Wallander (tekst)

Margit Ellinor – glemte bilder

Med kameraet dokumenterte Bente Geving sin demenssyke mors kreative aktivitet. – Hun skapte tablåer som jeg fotograferte. Hva hun ville med dette får jeg aldri vite, men prosessen var viktig for oss begge.

– I 1985 fikk jeg et stipend for å fotografere min samiske bestemor og hennes to søstre på Sandnes utenfor Kirkenes. Bestemor hadde den gang demens, forteller Bente Geving.

Siden har den anerkjente fotografen og musikeren fått flere sjanser til å nærme seg temaet.

– Da moren min, Margit Ellinor, fikk demens ble jeg opptatt av det som skjer i en familie når ett av medlemmene begynner å oppføre seg litt rart. Vi blir så redde, vil ikke ta det helt inn over oss. For meg ble det å fotografere en vei til forståelse. Mamma begynte å dekorere stua med fotografier og gjenstander; på bordene, i seksjonen og til og med inne i skapene. Jeg tok bilder av tablåene hennes. Så hadde vi visninger av bildene. Denne prosessen satte hun tydelig pris på, mener Bente Geving.

Bakgrunn i søm

Bente Gevings mor flyttet til Oslo fra Kirkenes da hun var 19 år gammel. Hun ville bli modellsyrske, og etter å ha jobbet ved et hotell i en periode gikk drømmen i oppfyllelse.

– Mamma var flink til å arbeide, og fikk snart en anbefaling til å begynne ved et kjent modellverksted, rett ved Nationalteatret. Hun var dyktig, og laget blant annet egne mønstre. På en tur hjem til Kirkenes møtte hun så min far. Hun ble gravid med meg og kom seg aldri tilbake til modellverkstedet, forteller datteren.

I årene som fulgte brukte Margit Ellinor sine kreative egenskaper i hjemmet, der hun sydde klær til barna, og på Ven-skaben samfunnshus i Asker, der hun og mannen ble ansatt som vaktmestre. Her ble det ofte arrangert store middager

med både kongelige og bygdefolk i salen, og Bentes foreldre hadde ansvar for alt fra meny til dekorasjoner.

– Moren min laget utrolige bord, med nydelige blomsteroppsatser. Hun visste alt om hvordan serviettene skulle brettes og hvor langt fra kanten tallerkener og bestikk skulle ligge. Alt måtte bli helt perfekt, selv om de ofte dekket bordene til 100-150 personer.

Fremmede toner

Den første gangen Bente Geving forsto at «det var noe med mor» var i 2000.

– Vi var da på tur sammen i Kirkenes. Vi hadde tatt inn på hotellet, men så fant hun ikke tilbake til rommet sitt. Og da vi satte oss i spisesalen morgenen etter og spiste frokost sa hun: «Hvem er alle disse menneskene her?» Deretter begynte hun å synge sanger for meg som jeg aldri hadde hørt før.

– Fortsatt husket hun likevel godt. Hun kunne peke på steder de hadde evakuert under krigen, dette temaet var viktig for henne. Mamma var selv bare 14-15 år gammel da de dramatiske hendelsene fant sted, og da russerne frigjorde Kirkenes i 1944 bodde hun og familien i en gamme. Når hun fortalte disse historiene kunne du ikke tro at hun var syk i det hele tatt. Om dette husket hun alt, og gjenfortalte ordrett, forteller datteren.

Fortid ble nåtid

Etter at Bente Gevings mor fikk demens, kom minnene om hennes tidligere liv tydelig tilbake.

– Det begynte med at hun laget oppsatser på et rundt lite bord. Gjenstandene var nøye utvalgt, vi kunne lett øyne en sammenheng. Det var et godt komponert bord. Da jeg spurte hva hun gjorde, sa hun at det var jobben hennes.

Tablåene hun komponerte utviklet seg så i takt med sykdommen. Tingene ble plassert langt fra hverandre og hadde ingen sammenheng lenger.

– En dag satte hun opp et bilde jeg hadde tatt av hennes mor og tantene. Hun plasserte det som et alter, med en fargerik serviett foran. Nå ble også fargene mye viktigere for henne. Derfor måtte jeg fotografere arrangementene i farger. Mamma var av samisk opprinnelse, men det var ikke noe hun pleide å



MARGIT ELLINOR 2002

snakke om. Nå dukket det plutselig opp en sametallerken hjemme. Hvor kom den fra? Nei, det kunne hun ikke si. Hun begynte også å snakke med samedukket gutten, det skjedde allerede den første gangen hun fikk øye på den på et loppe-marked.

Som gamle kjente

– Da moren min flyttet til sykehjemmet i 2002 fikk hun ikke med seg stort. «Hun skal jo snart hjem», sa faren min. Men dukken tok jeg med en dag jeg besøkte henne. «Neimen er det deg! Det er så lenge siden jeg har sett deg!», utbrøt hun da hun så dukken. Det rare er at jo mere mamma forsvant for oss – jo mere forsvant denne dukken. Det var som om den mistet fargen. Da brydde heller ikke hun seg så mye om den lenger, forteller Bente Geving.

På bildene hun har tatt sees også en skål med 17. mai-sløyfer.

– Den hadde mamma med seg fra sitt barndomshjem. Der hadde de ikke så mange ting, så den betydde mye for henne.

I årene som fulgte utviklet demenssykdommen seg, og en dag datteren tok henne med hjem fra sykehjemmet, kjente hun ikke igjen hjemmet sitt. Det var bare skåla og symaskinen som vakte noen form for gjenkjennelse.

– Da pappa besøkte henne, kunne hun si til de andre: «Se, der er mannen min,

er han ikke fin?» De var veldig glade i hverandre. Da pappa døde i 2006, forsto hun det og ble lei seg. Siden gikk det gradvis nedover, til hun døde på sykehjemmet akkurat ett år etter pappa, 76 år gammel, forteller Bente Geving.

– I dag oppleves bildene som et ekstra sterkt dokument. Dette ble en dokumentasjon av hjemmet vårt og et portrett av mamma og hennes kunstverk. Hun lever videre gjennom bildene.

Utstillingen *Glemte bilder – Margit Ellinor* ble vist på Preus Museum; Nasjonalt museum for fotografi i Horten, Sogn og Fjordane Kunstmuseum i Førde og Samisk Senter for Samtidskunst i Karasjok i 2005-2006. Flere av bildene er kjøpt inn av Norsk Kulturråd og Samiske samlinger.



Bente Geving

Bente Geving (født 1952 i Kirkenes) er en norsk fotograf og bildekunstner.

Geving er representert i samlingene ved Nordnorsk Kunstmuseum i Tromsø, Berlinische Galerie i Berlin, Preus Museum i Horten, Sogn og Fjordane Kunstmuseum og De Samiske Samlinger i Karasjok.

Geving har tidligere illustrert boken *Minner for livet*, erindringsarbeid i eldreomsorgen (red. Kirsti Hotvedt), utgitt av Kirkens Bymisjon i 2007.

Les mer om kunstneren på www.bentegeving.no

Portrettfoto: Gro Jarto



MARGIT ELLINOR 2002



MARGIT ELLINOR 2002

**Livshistore:**

Med fokus på enkelt-mennesket. Ny fagbok og studiebok fra Sverige.

NY BOK

Anmeldt av Anita Ellefsen. Geriatrisk sykepleier, daglig leder Engelsborg ressurscenter for eldre og pårørende

Personsentrert omsorg i praksis

«Här är ditt liv Greta Pettersson» av Bertha Ragnirsdóttir

Bertha Ragnirsdóttir har viktige ting på hjertet i sin bok «Här är ditt liv, Greta Pettersson!»

Hennes anliggende er – hvordan kan vi innen eldre- og demensomsorgen endre hovedfokus fra å dreie rundt somatikk og basale pleieoppgaver – til at det handler om å møte og å se enkeltmennesker – for slik å støtte oppunder menneskers grunnleggende behov. Bruk av livshistorien, minneveske og minnebok er verktøyene som presenteres for å gjøre omsorgen mer personsentrert.

Forfatteren tar oss med inn i det faglige fundamentet og deler raust av sin lange erfaring i dette arbeidet. Det omfatter blant annet en bred og systematisk evaluering av ulike livshistorieskjema som har vært brukt i Sverige, med bakgrunn i å skulle utarbeide et nytt skjema og til sist arbeidet med å implementere dette i en svensk kommune. Pårørende vies dessuten mye oppmerksomhet, både ved at forfatteren direkte forklarer disse hvorfor livshistorien er så viktig i et helseperspektiv, men også indirekte ved at hun klart viser pleie- og omsorgspersonell betydningen av involvering.

Vi blir kjent med Greta Pettersson, en kvinne født i 1924 i Värmland. Greta Pettersson har hukommelsesproblemer. Samhandlingen med familien og de nærstående for å nøste opp i Gretas liv står sentralt. Hvem er hun? Hvilket liv har hun levd? Barrierer og muligheter skisseres – og informasjonen overføres til en omsorgsplan, med mål og tiltak. Ragnirsdóttir er overbevisende når hun beskriver hvordan tilsynelatende urasjonell atferd blir begripelig når man blir kjent med et menneske.

Til boken er det laget et eget studiehefte. I dette gjengis et sammendrag av hva demens/Alzheimer er, relevante faglige metoder som blant annet reminisens, validering, jeg-støttende samhandling beskrives og anbefalte referanser til videre fordypning er listet opp. Her finnes historier typiske for hverdagen – som mange skulle kunne kjenne igjen. I tilknytning til hver situasjon er det utarbeidet refleksjonsoppgaver.

Ragnirsdóttir henvender seg dels til pleiepersonell, dels til pårørende og dels til ledelsen innenfor pleie og omsorg. Det at boken har så mange adressater er min eneste innvending. Godt, leven-

de språk og viktige anliggender til tross – stoffet er så tettpakket at det antakelig med fordel kunne vært porsjonert ut i flere bøker.

Når dette er sagt, er boken lett og delikat utformet med bilder og illustrasjoner. Både Greta Pettersson, hennes familie og de ulike ansatte trer tydelig frem – eksemplene er konkrete, likeså metodene som presenteres. Nærværet i tekstene korresponderer utmerket med budskapet om personsentrert omsorg.

Boken er skrevet på svensk, og erfaringene er fra vårt naboland. Metodikk, prosjekterfaringene og ikke minst de fundamentale holdningene disse er basert på, er likevel relevante, har overføringsverdi og vil være til inspirasjon og nytte for alle som er engasjert innenfor demens og eldreomsorg.

Forfatter: Bertha Ragnirsdóttir

Utgiver: Fortbildning ab

Utgivelsesår 2011

Hovedbok 144 sider – svensk

Pris: Hovedbok kr 225,- SEK

Studiebok kr 149,- SEK

ISBN 978-91-7091-257-3

Boken kan bestilles via e-post

bestilling@fortbildningab.se

Bente Wallander (tekst og foto)

Film om unge og demens – nå også på dvd



Utgivelsesår 2012
Spilletid: 29:55 min.
+ ekstramateriale (10:44 min.)
Pris: 100,- kr (veil.)
ISBN 978-82-8061-184-0

Eivind er 16 år når moren hans begynner å oppføre seg annerledes. I løpet av kort tid blir moren virkelig syk. Hun glemmer, roter og blir lett forvirret og redd.

I novellefilmen *Pyramiden* ser vi hvordan Eivinds barndomshjem går fra å være lunt, hyggelig og trygt til å bli uforutsigbart og preget av skam og skyldfølelse. Eivind har også en yngre bror. Dette er historien om en sønn og en familie som opplever at mor utvikler demens.

Vi møter en gutt som må skynde seg å bli voksen, og en familie som strever med å ta de vanskelige valgene i tide. I rollen som Eivind møter vi Fredrik Stenberg Ditlev-Simonsen. Elisabeth Heradstveit spiller rollen som hans stadig mer demenssyke mor, mens Arne Husjord; Henrik Fiske Vassal, Kari Simonsen med flere bekler de andre rollene.

Dvd-en inneholder også ekstramateriale, med intervjuer av de unge skuespillerne, regissør Even Torgan og produsent Karoline Husjord, lege/forsker Tor Atle Rosness og spesialist i klinisk psykologi Per Kristian Haugen. Det er Ragnhild Eidem Krüger, som var redaktør i

Demens&Alderspsykiatri til 2011, som står for intervjuene.

Med filmen følger informasjonsheftet *Novellefilmen Pyramiden*; Tid til å være ung? Ungdommer med en mor eller far med demens, skrevet av psykologspesialist Per Kristian Haugen, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Filmen er et godt utgangspunkt for samtaler i pårørendegrupper og undervisning. Spilletid 29:55 min; Ekstramateriale 10:44 min, med engelske og norske filmtekster.

Filmprosjektet er støttet av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Helse- og omsorgsdepartementet, Ekstrastiftelsen, Kulturmeglemer og Fagforbundet. Les mer om filmen på www.pyramidenfilm.no

Filmen kan bestilles fra bokhandelen til Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse: www.aldringoghelse.no eller post@aldringoghelse.no

UTDANNINGSTILBUD



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

FAGSKOLE Demensomsorg og alderspsykiatri

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

Ta kontakt!

Informasjon, opptakskriterier og søknadsskjema:

www.aldringoghelse.no

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

Kurs & konferanser 2013

KURS VÅR OG FORSOMMER 2013

Våren 2013	Tema	Sted	Påmeldingsfrist 2013
Demens			
12. feb.	Velferdsteknologi og demens	Oslo	9. januar
5. mars	Utredning og oppfølging av yngre personer med demens	Oslo	28. januar
13. mars	Konferanse – Hjemmebaserte tjenester til personer med demens	Oslo	1. februar
14. mars	Tilrettelagte dagaktivitetstilbud for personer med demens	Oslo	1. februar
18.-19. mars	Grunnkurs for leger – Demenssykdommene	Oslo	8. februar
4. april	Utredning av demens i kommunehelsetjenesten	Oslo	28. februar
5. april	Etablering og organisering av demensteam	Oslo	28. februar
27.-28. mai	Familier med demens	Drammen	19. april
28.-30. mai	Basiskurs	Porsgrunn	23. april
5.-6. juni	Marte Meo i demensomsorg og alderspsykiatri	Oslo	Se nettsiden
6. juni	Tilrettelagte dagaktivitetstilbud for personer med demens	Trondheim	29. april
Alderspsykiatri			
11.-12. mars	Grunnkurs	Oslo	6. februar
10. april	Alderspsykiatriske lidelser	Bergen	4. mars
15.-17. april	Landskonferanse	Sandefjord	20. februar
22. mai	Rus og legemiddelavhengighet hos eldre	Oslo	10. april
29.-30. mai	Konferanse for hukommelsesklinikker	Oslo	22. mars
Geriatri			
11.-13. feb.	Basiskurs	Drammen	10. januar
20.-21. mars	Temakurs for leger – Fall hos gamle, årsaker og behandling	Oslo	12. februar
15. mai	Smerter og palliasjon hos eldre	Oslo	8. april

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



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

For påmelding og mer informasjon:

www.aldringoghelse.no

33 34 19 50 – post@aldringoghelse.no

da Demens&Alderspsykiatri

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

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

Bestill Tidsskriftet

e-post tidsskriftet@aldringoghelse.no
telefon 22 11 77 28
eller ved å sende kupong til:

Aldring og helse

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



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

www.demensogalderspsykiatri.no

BESTILLING:

Bestill på e-post eller klipp ut kupongen og send inn

☐ JA, jeg tegner abonnement på Demens&Alderspsykiatri.

Navn: _____

Hvis abonnement betales av kommunen:

Institusjon: _____

Bestillernr.: _____

Adresse: _____

Organisasjonsnr.: _____

Postnr. og poststed: _____

Fakturaadresse: _____

Retningslinjer for publisering i Demens&Alderspsykiatri

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

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

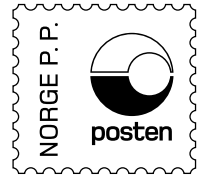
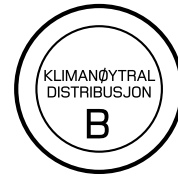
- Bilder, grafer, figurer med mer, sendes som separat fil, og skal ikke settes inn i teksten fra forfatterens side.

- En artikkel i Demens&Alderspsykiatri overskrider sjelden ca. 15 000 tegn eksklusive mellomrom. Skriv konsentrert og så kort som mulig.

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

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

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



D&A går i dybden – og i bredden

Kommer:

- Krenkes av demenstester
- Med ABC til fagbrev
- Demensdagene 2012

www.demensogalderspsykiatri.no
tidsskriftet@aldringoghelse.no

ISSN: 0809-3520

Medlem av



Demens&Alderspsykiatri utgis av



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

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

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

post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no