



Fascineres av fjærkleddt besøk

Side 34

4 | Dedikert til
aldring og helse

9 | Paro – en
omdiskutert sel

15 | Alderspsykiatri
i utvikling

- 4 **FOLK I FOKUS**
Med hjertet i praksis og kompetanse på hjernen
- 9 **FAGARTIKKEL**
Selroboten Paro – til begjær eller besvær?
Nina Jøranson
- 12 **REPORTASJE**
Dagaktiviteter i Førde
Med sansen for det gode liv
- 15 **KOMMENTAR**
Alderspsykiatriens fremtid: Fra 3D til 4K
Eivind Aakhus
- 18 **FAGARTIKKEL**
Hva skal det være? Hva ønsker kommunene
i Telemark og Vestfold fra alderspsykiatrisk
spesialisthelsetjeneste?
Marit Nåvik, Vibeke Gordner, Bodil Semb, Siri Holst,
Per Kristian Haugen, Ingun Ulstein
- 22 **FAGARTIKKEL**
Samhandling i praksis. Erfaringer fra samarbeidsmodell mellom Alderspsykiatrisk seksjon ved Ålesund Sykehus og Herøy kommune
Dymitr Melchisedekow, Anne Starheim
- 26 **AKTUELT**
Fjerner skott i Sogn og Fjordane
Alderspsykiatri ved medisinsk avdeling
- 28 **AKTUELT**
Kompetanseløftet 2015
Helsefagarbeiderutdanning, Med ABC til fagbrev og Fagskolen Aldring og helse
Betty Døble, Signe Gjelstad, Marta Reggestad
- 31 **AKTUELT**
Aksjonsmidler til demensforskning
- 32 **AKTUELT**
Demenspriser til hverdagshelter
Liv lever med demens:
– Du dør ikke av å få en Alzheimer-diagnose
- 34 **REPORTASJE**
Når gleden kommer flyvende
- 37 **KONFERANSE**
Hvordan lede til bedre demensomsorg
- 39 **NY BOK**
God nevrologisk demensoppdatering
Anmeldt av Hågen Stang Nyquist
- 42 **INFORMASJON**
Skriv for Demens & Alderspsykiatri



Forsiden:
Kjell Jensen, Brumunddal bo- og
aktivitetssenter
Foto: Martin Lundsvoll

Abonnement:
Aldring og helse
Oslo universitetssykehus HF, Ullevål
Bygning 20
0450 OSLO
Tlf: 22 11 77 28 / 33 34 19 50
tidsskriftet@aldringoghelse.no

Demens & Alderspsykiatri
utkommer fire ganger i året.

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

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

Layout/trykk
BK Grafisk, Sandefjord (TAa)

Det redaksjonelle arbeidet er
avsluttet 20. november 2014.

Fagpressen





Brukere på banen

Åpenhet er i tiden, stadig flere personer med demens beveger oss med sine historier. Deres erfaringer bidrar til å øke vår forståelse av sykdommen og samfunnets kunnskap om dager med demens.

Helse- og omsorgsminister Bent Høie sier i et VG-innlegg: «Vi har lyttet for lite til dem med demens og deres pårørende. Det er en av grunnene til at tjenestene våre ikke er godt nok lagt til rette for denne gruppen.» Det er derfor å håpe at høstens syv dialogmøter, der personer med demens og deres pårørende inviteres til samtale med planleggerne av morgendagens demensomsorg, blir godt besøkt. Det er de som har demens som er eksperter på dette feltet. Vi kan alle lytte og lære. Møtene arrangeres av Helse- og omsorgsdepartementet sammen med Helsedirektoratet, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Betraktninger fra levd liv er ikke det eneste som bidrar til utvikling av praksis. Forskning dokumenterer og frembringer ny kunnskap som endrer vår behandling av alvorlig sykdom. Hele Norge jublet over tildelingen av årets Nobelpris i medisin til forskerne i nevrovitenskap May-Britt og Edvard Moser og deres kollega John O'Keefe. Vi slutter oss til gratulantenes rekke. Kavli senters arbeid har allerede forandret forståelsen av viktige endringer som oppstår ved Alzheimers sykdom. På sikt kan man tillate seg å håpe at økt satsing på demensforskning også kan føre til et behandlingsgjennombrudd.

Bente Wallander

bente.wallander@aldringoghelse.no

Med hjertet i praksis og kompetanse på hjernen



ETT SKRITT TIL SIDEN:

– Det blir rart ikke å være med i direkte utvikling fremover, men det skal samtidig bli godt å slippe noe av ansvaret, sier Arnfinn Eek.

Arnfinn Eeks dager har vært fylt av demens og eldreomsorg siden 1977. Men han har også trukket veksler på sine praktiske evner i byggingen av en nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. I snart 40 år har han søkt og formidlet bedre eldreomsorg. Nå innledes en ny fase.

Bente Wallander (tekst)
Martin Lundsvold (foto)

– Godt samarbeid ligger bak alt vi har oppnådd, understreket Arnfinn Eek, da han tidligere i høst overlot ledelsen av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse til sin etterfølger, Kari Midtbø Kristiansen. Det rår likevel ingen tvil om Arnfinn Eeks evne til å bygge demenslandet. Sten for sten har det fag- og forskningsorienterte kompetansemiljøet blitt til. Det som startet i det små på Granli i 1982 er i dag en blomstrende virksomhet, med over 80 ansatte.

I sentrum av det hele: Arnfinn Eek; Demenspådriver, -byggmester, -gründer og -kremmer.

– Var det litt vemodig å overlate roret til andre?

– Å bygge noe er konkret og greit, jeg har alltid vært interessert i konstruksjon. Det har vært morsomt å jobbe med folk; Å kaste ball med hverandre og løfte ideer, både innad og opp mot ledelse og

myndigheter. Vi har hatt et konstruktivt samarbeid – hele tida. Men, må jeg innrømme, jeg finner det mer spennende å bygge enn å vedlikeholde, og er vel mer entreprenør enn driver. Det blir rart ikke å være med i direkte utvikling fremover, men det skal samtidig bli godt å slippe noe av ansvaret.

Sjøsyk fiskersønn. Arnfinn Eek er født og oppvokst på Ekstrand i Bamble. Huset ved sjøen var ett av mange som fra gammelt av var bolig for folk med tilknytning til fiske og sjøfart, men der det også var plass på tomte til en potetåker, noen høner og en gris. Mange fra dette området levde av fiske. Arnfinns far drev med frakteskutevirksomhet.

– Sjøen lå rett utenfor stuedøra, jeg var med far om bord i alle sommerferier fra jeg gikk i første klasse. Jeg spydde meg langs hele kysten hver eneste

sesong. Når vi kom så langt som til august måned gikk det riktignok litt bedre, men neste år var det på'n igjen.

Far og sønn fartet mye fra Grenlandsområdet og østover mot Tønsberg og Fredrikstad, men tok også turen nedover Sørlandet. Frakten kunne bestå av sand, singel, sukker eller matmel fra Skiens Aktiemølle.

– Som gutt var jeg godt kjent på alle brygger, men da far solgte båten på slutten av 60-tallet tok min karriere på sjøen også slutt, forteller Arnfinn.

Eiendommen ved sjøen har han imidlertid beholdt. Huset sør for Breviksbrua er i dag en yndet ferie- og hjemmearbeidsplass for Arnfinn og familien.

Attpåklatt med flaks. Arnfinn var den yngste i en søskenflokk på fire, hvorav de tre andre hadde rukket å bli mellom 10 og 18 år da den vesle gutten så dagens lys i 1948.

– Plasseringen i søskenflokken var gunstig, jeg var den eneste av søsknene som fikk utdannelse. Men uten Breiviksbrua ville det ikke latt seg gjennomføre. To gymnas var aktuelle; Skien og Porsgrunn. Før brua kom ville reiseveien ha blitt for lang, og å bo borte var uaktuelt økonomisk.

Arnfinn flyttet til Oslo etter å ha avlagt eksamen artium i Porsgrunn i 1967. Her jobbet han først på Sophies Minde i et år, deretter fulgte sivilarbeidstjeneste ved det som da het Modum bads nervesanatorium.

– Jeg jobbet som murerhåndlanger og maler, men fikk også fotopraksis. Jeg tok bilder til journalen av alle pasienter som kom inn. Badet var på den tiden et lite samfunn for seg selv og jeg lærte mye av stedets murer. Det var her jeg fikk øynene opp for psykologien, et greit alternativ til min opprinnelige plan: Å studere medisin, som jeg i så fall måtte ha gjort i utlandet.

Studietid og livskunnskap. Høsten 1969 tok Arnfinn forberedende eksamen i Oslo. Deretter fulgte et år med grunnfag psykologi. Universitetet tok i de årene opp bare 30 studenter til embetsstudiet i psykologi hvert semester.

– Noe som var alt for lite med tanke på de kjempestore årskullene. Alle som kom over laudgrensen ble stående på venteliste til de attraktive plassene.

Navn	Arnfinn Eek
Alder	66 år
Bor	Haga i Re
Familie	Gift med Eva. To voksne barn, en sønn og en datter. Et barnebarn.
Stilling	Psykologspesialist og avtroppende daglig leder ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Mens han ventet, arbeidet Arnfinn som kurator for Nasjonalhjelpens Fond for Krigens Ofre i Oslo. Folk trengte hjelp til å skaffe bolig, søke krigspensjon og forvalte penger. Mange slet tungt og en del havnet på fylla. Arnfinn fikk god kontakt med alkoholistomsorgen. Han tok samtidig et årsstudium i sosialmedisin, tilsvarende grunnfag, samt støttefag til psykologistudiet; statistikk og fysiologi.

– Kombinasjonen arbeid-studier ble en nyttig erfaring å ta med seg, sier han.

Fra lek til alderspsykiatri. Et stykke ut i emnestudiets annen del skulle studentene rette blikket mot klinisk arbeid. Arnfinn valgte klinisk psykologi, og sammen med en annen student tok han i 1977 fatt på et halvt års praksis ved avdeling III på Dikemark, med sjefpsykolog Tore Mordal som veileder.

– Mordal var opptatt av at noe burde skje på den alderspsykiatriske avdelingen. Pasientene utgjorde en blanding av gamle psykiatriske pasienter, personer med demens og pasienter med en alderspsykiatrisk lidelse. Vi ble oppfordret til å kartlegge hva som kunne gjøres for gruppen og Tore antydte muligheten for en hovedoppgave. Per Kristian Haugen og jeg hadde allerede planlagt å samarbeide om barn og lekemiljøer; om utvikling av gode utearealer for barn. Nå ble det i stedet *Senil demens – er det behandlingsmulighet*. Det var lett å se mulighetene som åpnet seg, da det nesten ikke var gjort noe på dette feltet.

Individorienterte ideer. Dataalderen var fortsatt i sin spede begynnelse og de første litteratursøkene i amerikanske baser gjorde inntrykk på Haugen og Eek. – Vi måtte ringe et nummer i USA og legge telefonrøret over i en egen holder for å bli logget inn. Du hørte hvordan maskinen jobbet i bakgrunnen helt til søket var gjort. Resultatene kom tilbake i form av en rekke pip, som ble dekodet

og skrevet ut på papir. Det var som den reneste science fiction-roman, minnes han.

Treffene på demens og behandling ble ikke mange, men studentene fant etter hvert noe: en svensk bok om demens og en del amerikanske beskrivelser av miljøbehandling.

– Det så ut til at uansett hva du gjorde, om det kaltes remotivering, resosialisering, realitetsorientering eller øl- og vinterapi, så hjalp det. Mange rare metoder ble beskrevet, men vi søkte å etablere en norsk, individorientert variant av den arbeidsformen amerikanerne kalte realitetsorienteringsterapi. Litt senere kom de britiske psykologene Una Holden og Bob Woods med en tilsvarende utvikling av modellen som vant frem i Europa.

Første skjermede enhet. Med ønske om å prøve ut den norske varianten av realitetsorienteringsterapi ble det på Dikemark organisert en enhet med plass til sju pasienter med demens.

– Vi ville evaluere et miljøbehandlingstilbud, og så raskt behovet for et kartleggingsredskap. Med utgangspunkt i et vurderingsskjema som var brukt i behandlingen av personer med cerebral parese, ble forløperen til OBS-Demens prøvd ut. Etter å ha arbeidet med prosjektet i nærmere ett år kunne vi konkludere med at tilnærmingen hadde hatt mange positive effekter. Det totale livsmiljøet for pasientene var blitt betydelig bedre. Personalets holdninger hadde endret seg i positiv retning. For dem var pasientene nå blitt personer som hadde



FRA PRAKSIS TIL TEORI: Det var da Arnfinn avtjente sivilarbeidstjenesten sin ved Modum bads nervesanatorium at han fikk sansen for psykologien.

en livshistorie det var viktig å holde tak i og bygge hverdagen videre rundt. Kontinuitet i miljøet, oversiktighet, skilting og stabilt personale gjorde hverdagen tryggere, og pasientene ble mindre forvirret og urolige.

Eek og Haugens hovedfagsoppgave *Senil demens – er det behandlingsmulighet* kom ut i 1979. Det ble svært populær og forfatterne måtte trykke opp stadig nye opplag.

– Sidene ble nedfotografert fra den stensilerte rapporten i A4-format og vi solgte boken privat. Etterspørselen sa oss noe om hvor lite litteratur det var på dette feltet, sier Arnfinn.

Oslo-undersøkelsen. De ferske psykologene begynte så ved Norsk gerontologisk institutt (NGI), som på denne tiden ikke bare var Norges ledende forskningsinstitusjon på eldreområdet, men også det første i sitt slag i Europa. Til kollegaene hørte psykolog Aase-Marit Nygård, og trioene innledet sitt livslange, faglige samarbeid. Arnfinn ble prosjektleder for en undersøkelse av eldre Oslo-beboeres behov for, og effekt av, informasjon om tilbudene i eldreomsorgen. Han reiste også rundt i landet i forbindelse med et prosjekt om kvalitet i sykehjem og samlet data ved deltakende observasjoner i sykehjemsavdelinger. Ideen om skjermede enheter ble samtidig forsøkt videreført, men møtte i denne perioden mye motstand. På slutten av 70-tallet ønsket mange integrering fremfor det som ble sett som en «særomsorg».



STARTEN: De gule rapportene.

Det var nok en viss undring i det psykologiske miljøet om hvilke rolle kliniske psykologer kunne ha i eldreomsorg og i behandling av personer med demens, sier Arnfinn. Men mye forandret seg utover på 80-tallet etter hvert som fokus på utredning og diagnostikk av demens ble tydeligere.

Katt og kaniner. Arnfinn giftet seg med Eva Anfinnsen i 1976. Da de fikk sitt første barn i 1979, flyttet de fra Oslo og inn i et av husene på hennes foreldres eiendom i Vestfold. Lille Ingvild var bare en måned gammel da familien på tre pluss en hund innledet sitt liv på Haga, tidligere skole og klokkergård, i landlige Våle.

– Vi dyrka grønnsaker og skaffet oss katt og masse kaniner. Senere ble det også høns og flere hunder på gården, forteller Arnfinn.

De flyttet inn i huset som hadde vært forpakterbolig, men som hadde stått tomt lenge og trengte en skikkelig oppgradering. Her fikk Arnfinn bruk for alle sine praktiske evner, huset ble i løpet av noen år renoveret og han gjorde det meste selv. Da de senere overtok hovedhuset etter Evas foreldre fulgte en ny oppussingsperiode. Nå har de igjen flyttet tilbake til det røde huset og overlatt hovedhuset til datteren og hennes familie.

Sem-undersøkelsen. Arnfinn Eek ble i 1982 ansatt i halv stilling som klinisk psykolog ved Granli senter på Sem. Resten av tiden pendlet han til Oslo til jobben ved NGI. Senterets bestyrer Sverre Glørstad var utdannet både sykepleier og sosionom og hadde arbeids erfaring fra fredskorps og attføring. Sammen med sin kone Aina, som var psykolog ved institusjonen, ønsket han å skape endring, ikke minst for de eldre langtidspasientene, der mange hadde en demens. Granli senter ble et sted der det var mulig å tenke nytt i forhold til utvikling av behandlingstilbud.

Glørstad støttet en søknad til Sosialdepartementet der Sem kommune ble invitert til et samarbeid om et prosjekt om demens. I alt 450 eldre over 80 år ble intervjuet om helse, levekår og mulig kognitiv svikt. Der det var mistanke om demens ble de videre undersøkt av lege og psykolog og pårørende ble intervjuet.

– I undersøkelsen, som ble gjennomført sammen med sykepleier Anne-Britt Kjeldsberg, skulle vi også finne ut hva pårørende trengte og hvordan man kunne tilrettelegge gode tilbud best mulig. Til prosjektet hørte utprøving av samtalegrupper for pårørende og avlastningstiltak. Vi fikk mulighet til å gi avlastning i eget hjem med hjemmehjelpere som arbeidet døgnturnus om nødvendig. Mange eldre personer med demens bodde sammen med sine døtre og deres familier og vi fant at avlastning i eget hjem ga flest positive tilbakemeldinger. Familiene fikk gjennom prosjektet avlastning fra noen timer eller enkeltdager i uka til flere sammenhengende ukedager eller over en helg. De pårørende kunne ta kontakt ved behov. Kommunen fryktet nok at vi ville bli «spist opp», men det skjedde ikke, forteller Arnfinn.

I samme periode ble han også leder for et dagsenter for pasienter med lang karriere i psykiatrien, et tilbud som var i drift i første etasje i det gule bygget på Granli der Aldring og helse nå holder til.

Datamann. Gjennom Sem-prosjektet gikk miljøet på Granli også inn i dataalderen. Man fikk midler til kjøp av datamaskin med to diskettstasjoner, en for programvare og en for data. Data fra prosjektet ble behandlet med eget statistikkprogram og rapporten skrevet på nyinnkjøpt tekstbehandlingsprogram. Rapporten fra Sem-prosjektet, *Når hukommelsen svikter. En undersøkelse av forekomst av aldersdemens hos personer over 80 år, og betydning av tiltak for pårørende med omsorgsansvar*, ble skrevet ut på en typehjulprinter der det måtte skiftes typehjul når deler av teksten skulle skrives i kursiv. Det tok en dag å skrive ut ett eksemplar av boka. Manus ble så fotografert og offset-trykket.

– Det var et spennende prosjekt, men så ble Sem kommune slått sammen med Tønsberg og avlastningstilbudet fulgte ikke med over i den sammenslåtte kommunen.

Første demensutredningsavdeling. I 1988 ble sykehjemmene, som inntil da var eid og drevet av fylkeskommunene, overført til kommunene.

– Men hva skulle skje med demenspasientene? Mange bodde i psykiatriske sykehjem, noen organisert som egne demenshjem. Skulle de fortsatt tilhøre psykiatrien eller burde også disse pasientene tilbakeføres til kommunens ansvarsområde? Til sist ble det bestemt at personer med demens skulle behandles på kommunalt nivå, med unntak av de pasientene som hadde særlig utfordrende atferd.

Samtidig med at ansvaret for sykehjemmene ble overført fra fylkeskommunene til kommunene, sto Vestfold overfor enda en utfordring. Etter i mange år å ha hatt samarbeide med Buskerud om psykisk helsevern, ble de nå alene om å gi et psykiatritilbud til fylkets befolkning. Sverre Glørstad var en sentral person i planleggingen av tilbudet og var spesielt opptatt av hva som skulle være psykiatriens oppgave for personer med demens når hovedansvaret for behandling ble overført til kommunene.

– Vi arrangerte studieturer med fylkespolitikere og helseadministrasjon i fylket til flere geriatrike og alderspsykiatriske miljøer i Sverige og kom tilbake med klarsignal om å starte planleggingen av en utredningsavdeling for eldre med kognitiv svikt. Dermed kom også Per Kristian Haugen inn i bildet, og høsten 1986 kunne vi, som den første utredningsavdelingen for eldre med kognitiv svikt og demens, ta i mot pasienter til utredning ved Granli senter, forteller Arnfinn.

Viktig statlig støtte. Uten økonomisk støtte er det vanskelig å drive utviklingsarbeid. Sosialdepartementet hadde støttet Sem-prosjektet, de ga også prosjektmidler til arbeidet med utvikling av utredningsavdelingen gjennom en treårsperiode. I Sosialdepartementet satt Laila Stub som rådgiver og så behovet for å samle utviklingsarbeidet på demensfeltet under en felles paraply. Det ble satt ned en arbeidsgruppe i departementet med oppdrag å lage en *Plan for et utviklingsprogram om aldersdemens*. Planen fikk tilslutning, koordineringen av programmet ble lagt til Norsk gerontologisk institutt med Aase-Marit Nygård som leder. Overlege, senere professor Knut Engedal ved geriatrik avdeling på Ullevål sykehus, ble leder av styringsgruppen.

Regionalt kompetansesenter og INFO-bank. Vestfold fikk i oppdrag å lage et regionalt kompetansesenter for demens for fire fylker, med base på Granli. Der ble også den nasjonale informasjonsenheten, INFO-banken, lokalisert, med bibliotekjeneste som skulle samle litteratur om demens og gi veiledning. Det var fortsatt lite skrevet.

INFO-banken startet med at tre personer delte på en stilling – Arnfinn og Øyvind Kirkevold, som begge var tilknyttet utredningsavdelingen, og Eva Anfinnsen som kom inn som bibliotekar. Alle har fulgt med hele veien til Aldring og helse som det er idag.

– Da NGI viste liten interesse for å utgi rapportene fra prosjektene i utviklingsprogrammet bestemte vi oss for å starte forlagsvirksomhet. Det begynte med utgivelsen av «Er det aldersdemens?» i 1990. Deretter kom resten av *de røde rapportene* fra totalt 25 prosjekter og i 1991 en lærebok; *Aldersdemens: Fakta og utfordringer Del I* av Knut Engedal. I 1992 kom det så et eget utviklingsprogram om alderspsykiatri, med Knut som koordinator. INFO-banken fikk oppgaver for begge programmene.

Kurs og kompetanseutvikling. På denne tiden oppsto det også etterspørsel etter kursvirksomhet utover i landet. Det opprinnelige treårige programmet om aldersdemens ble utvidet til femårig og i 1995 kom det forslag fra Stortingets sosialkomité om at det skulle etableres et nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Forslaget fikk tilslutning i Stortinget. Etter to år med blant annet diskusjon om lokalisering, ble det besluttet en delt løsning.

– En litt snodig konstruksjon, som innebar at vi fikk én avdeling ved Granli senter som da var en del av Vestfold sentralsykehus, og én avdeling ved Ullevål sykehus knyttet til den geriatrike universitetsenheten der Knut hadde sitt professorat. INFO-banken skulle bli en del av tilbudet og høsten 1997 var virksomheten Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens en realitet, da med ti personer ansatt. Senere har man fått ansvaret for flere fagområder; funksjonshemming og aldring, utviklingshemning og aldring, og fra 2012 alders-



SENTRALT NAVN: Arnfinn Eek har vært med på det meste i oppbyggingen av norsk demensomsorg.

psykiatri. Nær 85 personer er ansatt ved dagens Aldring og helse.

Lagspiller. – Som leder for en stor virksomhet må man delta på møter der tonen kan bli mer enn krass. Du sies å være flink til å roe ned særlig vanskelige situasjoner. Teknikken skal være å snakke og snakke helt til konfliktnivået synker?

– Noen vil kanskje kalle det å være konfliktsky? kommenterer Arnfinn tørt. – Nei, han opptrer både konfliktløsende og dempende. Som olje på opprørt hav, insisterer D&As informant.

At Arnfinn også beskrives som en lagspiller, har han ikke noe i mot.

– Ingen enkeltperson fortjener ros for alt som er oppnådd. Vi hadde ikke vært der vi er i dag uten bidrag fra alle medarbeiderne. Man må være åpen for å dele, ved raushet får man til mer. Alle hos oss har en overbevisning til felles, det vi gjør skal føre til endring for dem vi jobber for: Pasienter, personale og de pårørende. Vi skal prestere, ikke for oss selv, men for å oppnå noe for dem som trenger gode helse- og omsorgstilbud.



TO HUS TETT I TETT: *Arnfinn har rehabilitert begge husene på eiendommen og har alltid et byggeprosjekt på gang.*

Det er å være en del av et fellesskap med en klar målsetting som er moro.

Han er opptatt av å gi folk frihet til å utvikle ideer og seg selv, og har aldri ønsket å kontrollere folk.

– Våre ansatte har alltid ønsket å jobbe og få til ting. Folk tar ansvar, men du må gi dem tillit. Kontrollerer du folk for mye dreper du deres kreativitet. Slik har vi også opplevd frihet. Klinikksjef for psykisk helse og rusbehandling, Finn Hall, sammen med ledelsen ved medisinsk klinikk ved Ullevål, har de senere årene gitt Aldring og helse utviklingsmuligheter og aldri lagt seg opp i for mange detaljer.

Med hjertet i praksis. Arnfinn har selv benyttet friheten til å jobbe svært mye. Det er ingen som har hørt ham klage på en umenneskelig arbeidsbyrde, men han innrømmer at den til tider har vært en belastning for familien. Ryktene sier at sønnen Jørund som liten lurte på om pappa kom hjem til julaften.

– Jeg kom hjem! Men hadde jeg ikke hatt Eva som berget hjemmesituasjonen, hadde det ikke vært mulig å jobbe så mye.

Å etablere og drive en nasjonal kompetansetjeneste innebærer blant annet mye reising.

– Turene rundt i landet har alltid vært viktige for meg, og er en spennende del av arbeidet. Å få oppleve hva folk står oppe i rundt forbi og få høre om utfordringer de har, for eksempel i en liten

øykommune. Hva er de opptatt av i praksis? Det er jo de der ute som gjør jobben! Men av og til tenker jeg: Er dette virkelig å jobbe? På reise for eksempel i Finnmarks fantastiske natur, da tåler du lett 12-15 timers dager.

Bakkekontakt. En annen viktig del av kompetansetjenestens virksomhet er forskning og internasjonalt samarbeid.

– At vi samtidig driver fagskole og utdanner helsefagarbeidere bidrar til at vi beholder bakkekontakten. Det blir viktig å være der også i tiden fremover. Dette synet har jeg delt med Knut og Aase-Marit, vi har alle hatt beina i praksis; reist på forskerkongresser i utlandet den ene dagen og undervist ufaglærte den neste.

Arnfinn tror at snart 40 års kompetansevirksomhet har gjort en forskjell i praksis.

– Oppgavene vi fikk i starten har hele tiden vært en viktig del av profilen vår. Det er viktig ikke å bli ensidig akademisk rettet – forskning og praksis må gå hånd i hånd.

– *Det sies at du ser lykkelig ut når du kan være litt kremmer?*

– Haha! Det er moro å selge noe! Ikke for å tjene penger, men når noe av virksomheten kan gå økonomisk i pluss er det viktig å pløye dette tilbake for å utvikle tjenestene.

– *Du er også kjent for din evne til alltid å være oppdatert på alt som skjer, helt ned til minste detalj?*

– Det er det som blir vanskelig nå, når veksten er så stor, å holde oversikt. Når vi har passert 80 ansatte finnes det ikke sjanser for at en person skal holde seg oppdatert. Det er på en måte et savn. Det er hyggelig å vite hva folk holder på med.

Avhengig av frisk luft. Selv skal eks-lederen videreutvikle ABC-ene og, i direktoratsammenheng, arbeide med en nasjonal veileder og retningslinjer for utredning og behandling av demens. Han sitter også i arbeidsgruppen for ny Demensplan 2020.

– Dette blir en fin nedtrapping. Jeg har jo også et bein inn i forlagsvirksomheten, det er morsomt å holde på med manuskripter og ferdigstilling, inklusive utforming.

– *Får du tid til noe annet da?*

– Jeg håper det. Jeg liker meg ved sjøen, på fjellet og har nok å gjøre her hjemme. Leser en del og koser meg med vårt første barnebarn. Ute har jeg alltid noen prosjekter på gang, både på hytta, her hjemme i Våle og i Bamble. Det blir mye vedlikehold, men jeg bygger også nytt. Den interessen fikk jeg da jeg som guttunge var med bestefar, som var båtbygger, på verkstedet. Det er så greit og konkret, godt å kunne koble av med. Når det kommer til helgen er jeg avhengig av å være ute.



Nina Jøranson, sykepleier og stipendiat, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU), seksjon for Folkehelsevitenskap

Selroboten Paro

– til begjær eller besvær?

Stadig flere sykehjem anskaffer den sosiale selroboten Paro til bruk på sykehjemmet. I artikkelen presenteres hensikten med slik aktivisering, erfaringer fra en pågående intervensjonsstudie med Paro, samt etiske betraktninger om bruk av sosiale roboter i demensomsorgen.

Mennesker trenger aktivitet

Alvorlig demenssykdom medfører redusert evne til å kunne utføre daglige aktiviteter selv, og de fleste blir avhengige av døgkontinuerlig tilsyn og hjelp. Deltakelse i aktiviteter er viktig for mennesker generelt for å kunne opprettholde helse og velvære (1). Å møte individers behov for tilfredshet i livet og muligheter for å delta i meningsfulle aktiviteter også på sykehjemmet, krever tilrettelegging av aktiviteter ut fra individets interesser.

Sykehjemsbeboere med alvorlig demenssykdom observeres ofte som å være lite engasjert i sine omgivelser eller å bli engasjert av noen/noe. I flere tiår har man visst om mye inaktivitet på sykehjem (2). Observasjonsstudier viser at beboere gjør svært lite i halvparten av sin våkne tid. De sover i tillegg mye. Å

være lite engasjert i sosiale aktiviteter medfører redusert opplevelse av velvære og lavere livskvalitet for sykehjemsbeboere (3, 4).

Å skape engasjement i aktiviteter hos demensrammede krever pleiere som fokuserer på enkeltindividets ønsker, behov og aktivisering av gjenværende funksjoner for å kunne skape mening, motivasjon og velvære (5, 6). Sykdom og høy alder medfører komplekse utfordringer en må ta hensyn til, som apati, redusert kapasitet, uro, tretthet, svekket oppfatningsevne med mer. Til tross for slike pleierutfordringer kan personer med demens bli engasjert i ulike aktiviteter når de er tilrettelagt og tar hensyn til individuelle preferanser (7). Aktivisering i demensomsorgen favner mye, alt fra de små tingene i hverdagen til organiserte aktiviteter der personer med demens klarer å bidra med gjenværende evner og ressurser. Variasjon, tilrettelegging og å tenke aktivisering i all omsorg står sentralt. Noen ganger behøves utstyr, andre ganger planlegging, men mye kan være spontant. Og noen ganger kan man få bistand av dyr.

Kjæledyr som helsestimuli

I mange år har man brukt dyr (særlig hund/katt) på institusjoner for å skape kos og hygge, forutsatt at beboerne liker slike dyr. Selv Florence Nightingale anbefalte, i sin klassiske sykepleiebok *Notes on Nursing*, at «A small pet animal is often an excellent companion for the sick, for long and chronic cases especially...»

Flere studier viser effekter som økt sosial kontakt og fysisk aktivitet, bedret kommunikasjon, redusert angst og ensomhet (8). Ofte oppleves dyret, for eksempel en hund, som en hjelper for å stimulere pasientens kommunikasjon og interaksjon. For mange oppleves det som enklere å kunne snakke til en hengiven hund. Den stiller ikke motspørsmål eller sier at den ikke forstår hva man prøver å si når ordene stikker seg eller de blir vanskelige å finne. Da kan det oppleves lettere for noen å prate. Eller gi klapp og kos, omsorg og kjenne litt nærhet. Besøksvenner med hund på sykehjem er blitt mer populært de senere år. Andre har valgt å ha en katt boende i avdelingen.

Sosial robot: Paro

En nyere aktivitetsmetode er bruk av robotdyr, som hund, katt eller Paro. Disse kalles gjerne sosiale roboter, og flere av dem er interaktive. Selroboten Paro ble utviklet i Japan tidlig på 1990-tallet, opprinnelig som et kjæledyr for enslige i



VEKKER NYSGJERRIGHET:

Sverre Karlsen (t.v.), Lillian Ødegard og Ingrid Sletta tar Paro i nærmere øyensyn.
(Foto: Privat)

boligblokker som ikke tillot dyrehold. Paro er akronym for *personal-assistive-robot*.

Paro er en halv meter lang og veier 2,7 kg, har bevegelsesmotorer i øyelokkene, i nakken, i luffene foran og bak, og er kledd med tykk, antibakteriell pels. Den har tre mikrofoner med lyder som er autentiske lydopptak fra kvitselunge. De store, mørke øynene blunker og har lyssensorer som kan se konturer.

Paro er en svært avansert, adaptiv (lærende) robot, som gjenkjenner stemmer og kan respondere på gjentatte ord, som sitt navn, eller på ros. Pelsen inneholder 12 sensorer som skaper samhandling mellom bruker og robot (= interaktivitet) gjennom respons på brukerens gjentatte bevegelser, som for eksempel klapping: Klapper man Paro mye på hodet vil den oftere bevege hodet mot håndflaten til brukeren mens den lager lyder, som respons på stimuli.

Etter utprøving med eldre i Japan ble Paro videreutviklet spesielt for personer med demens ved at den tiltrekker seg oppmerksomhet gjennom lyder, blikk/blinking og bevegelser. Dette skal stimulere pasienten til samhandling med Paro, veiledet av pleier. Når flere pasienter sitter sammen med Paro kan det også skapes sosiale interaksjoner mellom pasientene. Paro er bevisst laget som enkel å bruke for pleiere og demensrammede (9).

Utvikling av et dyr som ligner en sel har sin bakgrunn i våre forventninger til kjente kjæledyr utseende og atferd, som hunder og katter, som vi kjenner. Vi forventer en kjent atferd, som slike roboter ikke klarer å utføre. Vanligvis har vi ikke erfaring med seler og har dermed ingen forventninger til selrobotens atferd og lyder.

Studier med interaktive robotdyr generelt viser mange like effekter som for levende dyr (10). I likhet med levende dyr har en erfaringer med at roboter også kan stimulere kommunikasjon/interaksjon hos personer med demens, som ofte strever med å finne ord.

Paro ligger godt i fanget og er god å klappe på. Den gir pasienten mulighet til å uttrykke omsorg overfor «andre» ved at man småprater med den, klapper på og koser med den, prøver å få den til å sove, synger for, og så videre. Å gi syke-



KJÆLER KOSEDYR: Prosjektdeltaker Ernst Anker Mikkelsen, robotselen Paro og sykepleier Bente Hildre ved Kamfjord-hjemmet bo- og behandlingssenter, Sandefjord. (Foto: Privat)

hjemsbeboere med demens opplevelse av å GI, ikke bare motta omsorg, skaper engasjement og oppleves som betydningsfullt av både pasienter og pleiere.

Selroboten kan brukes individuelt og i gruppeaktivitet. I vårt forskningsprosjekt, med robotassistert intervensjon på sykehjem, valgte vi gruppeaktivitet, slik at også utvikling av sosial kontakt mellom gruppedeltakerne under selve aktiviteten kunne være en dimensjon i studien¹.

I Norge finnes det i dag i underkant av 20 Paroer, tallet er økende. I Danmark har Paro blitt brukt siden 2004. Et stort offentlig prosjekt har gjort at danskene har flest Paroer i verden, drøyt 250 stk. I Danmark har Paro vært en viktig satsing innen implementering av velferdsteknologi.

Gjennomføring av gruppeaktiviteten

I vår studie deltok fem sykehjem (SE) med fem-seks deltakere med demensdiagnose. Potensielle deltakere ble presentert for Paro, og interesse for selroboten var et viktig kriterium for deltakelse. Gjennom 12 uker gjennomførte rutinerne pleiere to halvtimes aktivitetssøker i uka basert på en utarbeidet standard for Paro-gruppeaktivitet. Alle prosjektleierne deltok på obligatorisk opplæringskurs i

bruk av Paro. I tillegg ble alle pleiere veiledet av stipendiat slik at gruppene ble gjennomført så likt som mulig og dermed kunne sammenlignes.

Deltakerne satt tett sammen på stoler i en halvsirkel, og aktiviteten ble ledet av pleieren, som startet med å presentere Paro som en dukke/robot for å redusere misforståelser. Dukke var enklest å forstå. Paro ble deretter distribuert på fangene i tur og orden, gjerne gjennom to «runder» i løpet av økten så det ikke ble så lenge å vente «på sin tur». I begynnelsen skulle man bli kjent med Paro, som het enten Selma eller Snorre.

Gruppene hadde også en annen pleier til stede hvis noen måtte følges ut under aktiviteten. Avdelingene ble oppfordret til å invitere inn sine kollegaer i denne rollen for å spre læring om gruppeaktiviteten og om selve prosjektet.

Observasjoner fra gruppeaktivitetene

Deltakerne pratet mye med roboten, både alene og sammen med andre. Mens en deltaker holdt på med Paro var det gjerne andre som kommenterte det som skjedde. Noen tok kontakt med selen mens den lå på nabofanget og det oppsto småprat mellom deltakerne. Det ble mye smil, latter og kommentarer. Noen deltakere fikk assosiasjoner til Paro-navnene Selma og Snorre.

De fleste klappet pelsen, også som en taktil stimulering av håndflatene. Andre valgte å holde den. Mange deltakere responderte på og kommenterte selungelydene. Når de store øynene beveget seg var det flere som spontant uttrykte «Så nydelig du er!». Noen ville helst leke med den mens andre ville kose, noen kysset på den, og flere viste hengivenhet og uttrykte omsorg overfor Paro.

Deltakerne ble også motivert til å fortelle og respondere på spørsmål, gjerne om dyr, for å stimulere hukommelsen. Mange pratet med Paro som om den var et kjæledyr eller lite barn, og noen ville synges for den. Aktiviteten ble gjerne avsluttet med at Paro var blitt sliten og trengte søvn, og dermed ble den slått av og så ut som om den sov.

Det hendte at noen ikke ønsket eller torde ha den på fanget – selv om de fulgte Paro med interesse. Allikevel var de fleste engasjert i småprat og klapping av Paro i

¹⁾ Finansiert av RFF Hovedstaden og Oslofjordfondet.

tillegg til å kommentere eller prate til selroboten.

Pleiernes betydning

Pleierne opplevde at deltakerne gikk inn og ut av forståelsen om at Paro var en dukke eller om den var levende. De var derfor påpasselige med å veilede deltakerne underveis for å redusere misforståelser, og å gjennomføre gruppeaktiviteten for å skape en positiv opplevelse.

En viktig erfaring med Paro-gruppene var pleierens evne til å se hele gruppa for å holde engasjementet oppe. Å engasjere en gruppe i en halv time er generelt utfordrende på grunn av deltakernes sykdomstilstand, varierende dagsform og utholdenhet. Erfarne pleiere fant gjerne noen knep for å engasjere både de som holdt på å sovne, og de som ble litt urolige.

Etiske betraktninger

Paro er utviklet som en *social companion* og kan lett mistolkes som et levende dyr av personer med demens dersom den brukes uten pleiervedledning. Også oppfinneren understreker at Paro bør brukes sammen med pleiere for å ivareta pasienten (9).

Det finnes mye litteratur om etiske utfordringer ved bruk av sosiale roboter og den preges av motstridende syn (11). Negative syn omhandler bruk av slik teknologi overfor sårbare pasienter, som personer med demens. Det gjelder særlig sosiale roboter, som er laget for å skape en illusjon om levende respons og dermed kan bedra/lure pasienten. Andre argumenter er barnliggjøring når pasienter interagerer med en ting som kan utfordre opplevelsen av verdighet, og at sosiale roboter vil erstatte menneskelig sosial kontakt mellom pleiere og pasienter.

De som derimot er positive til slik velferdsteknologi ser sosiale roboter heller som et viktig virkemiddel for å kunne stimulere kommunikasjon, øke livskvalitet og velvære hos sykehjemspasienter, særlig for pasienter som ellers ikke aktiviseres eller er utfordrende å engasjere, men som responderer positivt på sosiale roboter. Positive holdninger er basert på funn i ulike studier med implementering av sosiale roboter (12). Også pasienter uten demens kan ha glede av disse (9, 13). En annen fordel er at

selroboten har rolige bevegelser, som personer med langtkommen demens klarer å følge fordi en hund eller katt ofte kan oppleves som for rask og uforutsigbar.

En stor, internasjonal diskusjon er det økende antall eldre i fremtiden som vil utfordre demensomsorgen på mange måter. Mange eldre vil møtes med bruk av ulike og tilpasset velferdsteknologi, også på institusjoner når det ikke lenger er tilstrekkelig antall pleiere til å følge opp. Når pleiere mangler tid til sosial kontakt vil det være fare for at sosiale roboter brukes som stimulering/underholdning uten pleiere, noe som etter hvert kan aksepteres av pleiere og pårørende som «bedre enn ingen ting» (13, 14). Helsepersonell oppfordres til aktivt å diskutere velferdsteknologi sett i sammenheng med teknologiens hensikt og bruk, samt vurdere egne moralske oppfatninger i lys av kunnskap og erfaring (11).

Velferdsteknologi er fortsatt relativt nytt for alle, selv om holdninger og lovverk er endret, som ved bruk av GPS. Samtidig må vi også vurdere autonomi hos personer med demens ved bruk av ulike typer velferdsteknologi, herunder sosiale roboter.

Litteraturen er tydelig på at bruk av sosiale roboter krever både etisk bevissthet og tilstedeværelse av personale, men mer etisk kunnskap etterlyses. Å anskaffe en Paro til rundt 50 000 kroner medfører mange vurderinger, som skaper bevisstgjøring. Pårørende må også informeres om faglige hensikter når sykehjemmet vil bruke Paro.

Uansett: En sosial robot passer ikke alle. Men for de som har glede av den virker interaksjon med den meningsfull.

■ nina.joranson@nmbu.no

REFERANSER

1. Wilcock A. A theory of the human need for occupation. *Journal of Occupational Science*. 1993;1(1):17-24.
2. Harper Ice G. Daily life in a nursing home: Has it changed in 25 years? *J Aging Stud*. 2002;16(4):345-59.
3. Kuhn D, Edelman P, Fulton BR. Daytime sleep and the threat to well-being of persons with dementia. *Dementia*. 2005 Apr 12; 2005(4):15.
4. Ballard C, O'Brien J, James I, Mynt P, Lana M, Potkins D, et al. Quality of life for people with dementia living in residential and nursing home care: the impact of performance on activities of daily living, behavioral and psychological symptoms, language skills, and psychotropic drugs. *International psychogeriatrics*. 2001;13(1):93-106. PubMed PMID: 11352339. Epub 2001/05/16. eng.
5. Hasselkus BR. Occupation and Well-Being in Dementia: The Experience of Day-Care Staff. *The American Journal of Occupational Therapy*. 1998;52(6):423-34.
6. Brooker D. What is person-centred care in dementia? *Clinical Gerontology*. 2004;13:8.
7. Cohen-Mansfield J, Thein K, Dakheel-Ali M, Marx MS. The underlying meaning of stimuli: Impact on engagement of persons with dementia. *Psychiatry research*. 2010;177(1-2):216-22. PubMed PMID: 20392502. Pubmed Central PMCID: 2871278. Epub 2010/04/16. eng.
8. Williams E, Jenkins R. Dog visitation therapy in dementia care: a literature review. *Nursing older people*. 2008;20(8): 31-5. PubMed PMID: 18982896. Epub 2008/11/06. eng.
9. Shibata T, Wada K. Robot therapy: a new approach for mental healthcare of the elderly – a mini-review. *Gerontology*. 2011;57(4):378-86. PubMed PMID: 20639620. Epub 2010/07/20. eng.
10. Bemelmans R, Gelderblom GJ, Jonker P, de Witte L. Socially Assistive Robots in Elderly Care: A Systematic Review into Effects and Effectiveness. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2012;13(2): 114-20.
11. Misselhorn C, Pompe U, Stapleton M. Ethical considerations regarding the use of social robots in the fourth age. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*. 2013;26(2):121-33.
12. Mordoch E, Osterreicher A, Guse L, Roger K, Thompson G. Use of social commitment robots in the care of elderly people with dementia: A literature review. *Maturitas*. 2013 1//;74(1):14-20.
13. Calo CJ, Hunt-Bull N, Lewis L, Metzler T. Ethical Implications of Using the Paro Robot, with a Focus on Dementia Patient Care 2011.
14. Sharkey A, Sharkey N. Granny and the robots: ethical issues in robot care for the elderly. *Ethics Inf Technol*. 2012;14(1):27-40. English.

Bente Wallander (tekst og foto)

Dagaktiviteter i Førde Med sansen for det gode liv

Dagaktivitetstilbud

- Skal bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.
- Skal aktivisere og stimulere, gi gode opplevelser og meningsfulle hverdager. Det kan samtidig avlaste de nærmeste for omsorgsoppgaver på dagtid, og bidra til at familie og ektefelle kan klare å stå i en krevende omsorgssituasjon.

(Demensplan 2015, s. 8).



HYGGESTUND: Frokosten er en viktig start på dagen for pasientene ved Veglo dagaktivitetssenter. På bildet Bente Lofnes (t.v.), Målfrid, Norunn og Nina Smedsrud.

Ved dagaktivitetssenteret Veglo i Førde står personsentrert omsorg i sentrum. Her deler pasienter og personalet sansen for det gode liv. Matlaging, aktiviteter og mosjon bidrar til å gi dagene mening.

Dagaktivitetstilbudet Veglo holder til i en tidligere enebolig 100 meter fra byens sykehjem. Hit kommer de fem brukerne i grålysningen denne høstmorgenen. Noen har drosjeskyss, andre går alene eller med følge fra en av nabolagets omsorgsboliger. De daglige gruppene er satt sammen etter deltakernes funksjonsnivå.

Velkomstkomiteen består av stedets ansvarlige arbeidsleder, sykepleier Bente Lofnes og hjelpepleier i vernepleie, Nina Smedsrud. De har allerede vært i sving en stund og brukerne møtes av et fristende frokostbord.

– Måltidene er en viktig del av det helhetlige tilbudet vårt. En lang og god frokost utgjør alltid starten på dagens program, forteller Bente Lofnes.

Lokalt inspirert

Noen av påleggssortene har de produsert selv. Her er blant annet flere typer hjemmelaget syltetøy, hjemmembakt flatbrød og selvlaget saft. Tradisjonsmat er alltid populært. I dag står det en boks nubbesild på bordet. De fine fiskeskivene får ben å gå på.

– Nubbesild er en type saltet og tørket sild som ble mye brukt her i området.

Den egner seg både til middag og turmat, sier Bente Lofnes.

Rundt bordet smiles det gjenkjennende. En av brukerne pleide å få nubbesild når han var med bestefaren på fisketur.

– Det er viktig at vi som arbeider her fanger opp slike ting. Vi er også glad i å reise rundt og den romslige bobilen som vi har fått lånt gjør det enklere for oss å ta av sted. Når vi skal planlegge turmål leter vi oss gjerne frem til plasser som brukerne kjenner. Vi har blant annet besøkt stølen til Konrad og hans familie. Den siste strekningen ble vi fraktet inn med hest og vogn, det ble en opplevelse for oss alle. Vel fremme koste vi oss med flatbrød og mylse, en slags suppe som lages av nysilt kumelk.

Besøk av hund

Mylsen lager de også på dagaktivitets-senteret.

– Norunn husket godt hvordan de pleide å gjøre det i Jølster, der hun vokste opp. Melken kokes en hel dag. Så tilsetter vi osteløype, som får melken til å «løpe sammen». Når prosessen er ferdig har vi en suppe med søte, primliknende klumper av melk som vekker positive minner hos de fleste av våre brukere, forteller Nina Smedsrud.

Daglige turer i nabolaget bidrar til å holde formen ved like. Innendørs trim er også populært, med gymnastikkøvelser og sang.

– Hver fredag kommer hunden Bella på besøk. Vi setter alle stor pris på å være sammen med henne. Og når seniorkoret øver hver tirsdag, pleier vi å gå bort til senteret for å høre på, ikke minst fordi Norunn fortsatt er med og synger i koret.

Mange drømmer

Å dyrke grønnsaker i egen hage vekker minner for mange og bærplukking er en årlig aktivitet. Etter innhøsting brukes frukt og grønnsaker i det daglige kostholdet. Noe av det som videreføres deles med pårørende og andre venner av stedet til selvkost. På den måten dekkes utgiftene til nye råvarer.

– Vi koker mye mere syltetøy enn det vi får spist opp selv. Posene med opptenningsbrikettene som Konrad liker så godt å lage er også populære som gaver, sier Nina Smedsrud.



KOSESTUND: Konrad og Målfrid nyter en solbærtoddy i den ombygde garasjen.



AKTIVE: Daglige turer og trim er viktig for de av pasientene som er sterke nok til det. Brukere og personalet gleder seg til å se vårløkene blomstre.

Brukergruppen er ulikt sammensatt hver dag. Noen kommer hit en dag i uken, andre fem.

– Behovene deres er ulike. Det er derfor viktig at vi har flere forskjellige aktiviteter å by på. En av drømmene vi håper å kunne få realisert neste sommer er å komme oss ut med båt.

Men før våren skal tilbudet gjennom en aktiv høst- og vintersesong. I og utenfor husets garasje har de med enkle midler og inspirasjon fra Alversund dagaktivitetssenter i Bergen, innredet to tøffe uterom;

– Et godt sted for en solbærtoddy, synes Målfrid.

– Ja, dette smakte smellende godt, utbryter Konrad.

Verdifull visjon

Bak den daglige driften av Dagaktivitetstilbudet Veglo ligger et godt forankret verdigrunnlag. Her skal de ansatte blant annet arbeide etter Dawn Brookers (1) tanker om personsentrert omsorg for personer med demens.

Sykepleier Toril Midtbø, som er førstelektor ved avdeling helsefag, Høgskolen



GIR MENING: – Det gode liv, det er hos oss. Vi må skape øyeblikkene – hele tiden, understreker Bente Lofnes og Nina Smedsrud. Her i en pallesofa de har laget selv, med inspirasjon fra Alversund dagaktivitetstilbud som de besøkte i Bergen.

i Sogn og Fjordane, har bidratt til utarbeidelsen av verdigrunnlaget. Etter å ha undervist i flere år fikk hun lyst til å komme inn i det praktiske feltet igjen. Hun arbeider for tiden 20 prosent stilling ved dagaktivitetstilbudet ved hjelp av eksterne midler.

– Min funksjon er for det meste undervisning og rettleiing av personalet, men jeg går også inn i de daglige aktivitetene. Jeg har stor tro på linken mellom praksis og høyskole. Til nå har det for vårt vedkommende dreid seg mest om fagutvikling, etter hvert bør vi også tenke forskning, sier Midtbø.

Forplikter personalet

Veglos verdigrunnlag får konsekvenser i hverdagen og forplikter personalet.

– Vi bruker Brookers VIPS-modell aktivt og legger forholdene til rette slik at alle som kommer hit skal få en opplevelse av å mestre dagene. Kjennskap til pasientene er den første forutsetningen for å lykkes med personsentrert drift. Skjemaet med bakgrunnsopplysninger er et viktig verktøy i arbeidet. Det er bare når vi kjenner folks historie at vi kan få dem til å føle seg inkludert. Aktivitetene som tilbys skal oppleves som meningsfulle. Ut fra dette har det blant annet vært viktig for gruppen å komme seg ut i skog og mark.

– Du skulle sett hvordan Konrad håndterte hesten da vi besøkte stølen, det var tydelig at dette hadde han gjort før. Turen ble en opplevelse for alle. Ved å arbeide på denne måten kan et godt fungerende dagaktivitetstilbud bidra til å utsette institusjonsoppholdet for noen av våre brukere med ett til halvannet år, mener Midtbø.

Klinisk blick

Personalets faglige bakgrunn er etter Toril Midtbøs syn en svært viktig del av et hele.

– De som har behov for dette dagaktivitetstilbudet er syke, men det er sjelden at det bare dreier seg om demens. Dersom tilbudet skal være trygt og forsvarelig må de ansatte være i stand til å møte pasientene med et medisinskfaglig blick. De må ha forutsetninger for å kunne oppdage og følge opp også somatisk sykdom.

God kontakt med de pårørende er en annen viktig del av arbeidet.

– Vi sender jevnlig bilder til familier-medlemmer som bor langt unna og de kan sende bilder til oss. Vi ønsker i tillegg å kvalitetssikre den innsatsen som støttekontakter og andre frivillige hjelpere bidrar med i hverdagen for Førde kommunes innbyggere med demens. De får derfor tilbud om å gå på



POPULÆR PRODUKSJON: Arbeidet med å lage tenmbriketter er lystbetont. Avisstrimler som er dyppet i kokende stearin gir god fyr på peisen.

pårørendeskole og blir invitert inn til oss på dagaktivitetssenteret, slik at vi kan sjekke om «kjemien» stemmer. Alt i alt har vi med verdigrunnlaget skapt en veldig god vinn-vinn-situasjon, mener Toril, som selv blir svært inspirert av arbeidet.

REFERANSE

1. Brooker D. Personsentrert demensomsorg: Veien til bedre tjenester. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2013



INSPIRERT: Med verdigrunnlaget har vi skapt en vinn-vinn-situasjon, sier Toril Midtbø.



Eivind Aakhus er leder for Utvalg for alderspsykiatri i Norsk psykiatrisk forening og, for tiden, i permisjon fra en avdelingsoverlegestilling ved alderspsykiatrisk avdeling i Sykehuset Innlandet for å gjennomføre et PhD-prosjekt om implementering av retningslinjer for behandling av depresjon hos eldre i primærhelsetjenesten.

Alderspsykiatriens fremtid: Fra 3D til 4K

I en tid hvor psykiatrisk utredning og behandling skal tilbys der folk bor, der kommunehelsetjenesten skal være spesialisthelsetjenestens forlengete arm, der plasser for døgntilbud er dyrt og derfor uønsket og DPS skal behandle gamle mennesker på lik linje med yngre voksne – hvilken plass har alderspsykiatrien og hvilke oppgaver venter oss?

Da jeg deltok i revisjonen av *Plandokument for norsk alderspsykiatri*, som ble publisert i 2010 (1), hadde jeg gleden av å samarbeide med et så å si samlet miljø av alderspsykiatere. Gjennom to samlinger på Sem Gjestegård i 2008 og 2009 drøftet vi alt innhold i den opprinnelige planen fra 2001 og tok mål av oss til å revidere dokumentet for fremtiden.

Allerede nå, tre år senere, ser jeg at en tendens har utviklet seg uten at plandokumentet klarte å fange opp dette på en tilfredsstillende måte: Det er en sterk helsepolitisk og -administrativ vilje til å legge ned behandlingsskapasitet i døgntilbud. Mulighetene for å kunne behandle pasienter som inneliggende i alderspsykiatrien er svekket.

Eksempelet på hvor vanskelig det kan være å spå om fremtiden nevnes fordi jeg har blitt bedt om å skissere mine tanker om hva som kommer til å være alderspsykiatriens fremtidige oppgaver. Av det ovennevnte er det tydelig at en, selv i et femårsperspektiv, kan overse sentrale tendenser. Jeg vil likevel prøve å si noe om hva alderspsykiatrien vil jobbe med om 15–20 år. Er faget i stand til å gjennomgå endringer som trengs for å kunne gripe og begripe de neste års faglige utfordringer? For å kunne si noe om dette må vi først se på alderspsykiatriens utvikling.

Fortid: De tre D'er

Alderspsykiatrien er fortsatt et relativt ungt fag. Gjennom sterk faglig, fagpolitisk og vitenskapelig aktivitet på 80- og 90-tallet, ble fagets identitet definert (2). Markedsføringen av begrepet Alderspsykiatriens tre D'er (demens, delirium og depresjon) var et viktig og smart grep for å definere avgrensningen av faget overfor andre disipliner (geriatri, nevrologi, allmennpsykiatri og kommunehelsetjenesten) samt å tydeliggjøre fagets karakter.

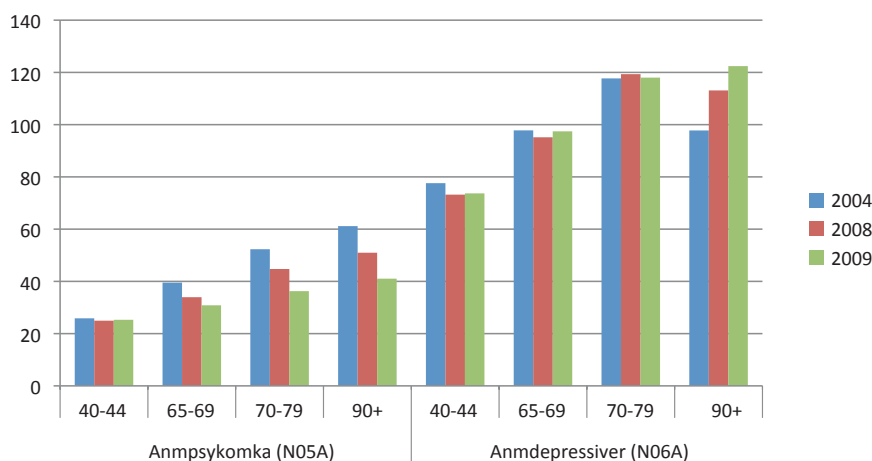
Opprettelsen av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens (nå Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse) i 1997 innebar en nasjonal plan for kompetansehevinge tiltak og samvirke mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Alderspsykiatri ble egen subspecialitet i England i 1989, og eget fordypningsområde for psykiatere i Norge i 2005.

Den faglige tenkningen som karakteriserte alderspsykiatrien på 80- og 90-tallet preger fortsatt fagmiljøene (1). Dette kan selvfølgelig være uttrykk for manglende evne til omstilling, men det kan like mye være uttrykk for den faglige plattformens soliditet og at den fortsatt er aktuell. Min antakelse er at det ikke først og fremst er pasientene eller det medisinske sykdomspanorama som

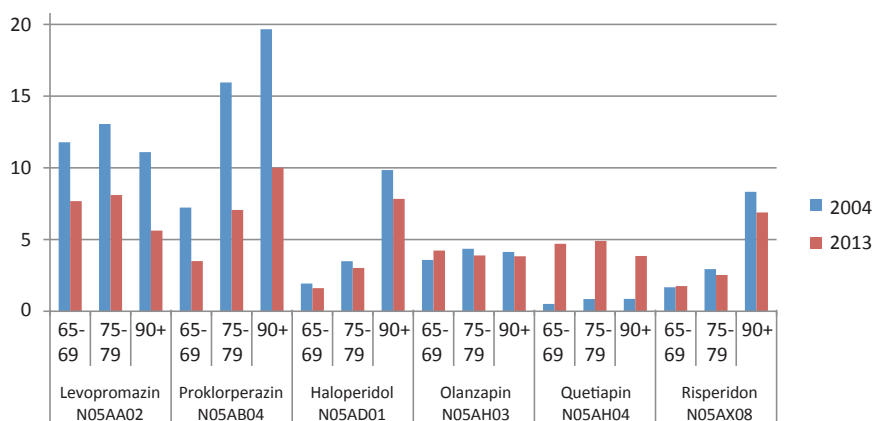
endres, men forutsetningene for drift og virksomhet, som bevilgninger, prioriteringer og visjoner.

Nåtid: Sentrum og periferi

Alderspsykiatrien per 2014 befinner seg i en overgangsfase. Døgntilbudet drives fortsatt stort sett etter triade-prinsippet som ble definert av Engedal og kolleger på 90-tallet (3): En spesialisert post for behandling av nevropsykiatriske symptomer ved demens, en post for utredning av uklare tilstander og en post for behandling av psykiske lidelser oppstått i alderdommen. I tillegg, avhengig av lokaliteter, bemanning og nærhet til nedslagsfeltet, kan alderspsykiatriske avdelinger tilby dagavdeling og/eller poliklinikk. Ambulant virksomhet i form av vurderinger hjemme hos pasienter eller på kommunale sykehjem utgår fra sengepostene eller poliklinikken. Noen formaliserte forsøk på kompetansespredning og samhandling mellom alderspsykiatri og sykehjem (SAMAKS, SAMSA) eller mellom alderspsykiatri og kommunale demensteam (DemiNor) testes ut med lovende resultater. Aldersgrensen er fortsatt 65 år, det vil si at pasienter under 65 år kan behandles i alderspsykiatrien bare dersom det er spesielle forhold som taler for det (demens med tidlig debut, utredning av



Figur 1. Antipsykotika og antidepressiver
Antall brukere pr 1000 innbyggere i ulike aldersklasser
Kilde: Reseptregisteret.



Figur 2. De seks vanligst forskrevne antipsykotika i ulike aldersgrupper over 65 år
Antall brukere pr 1000 innbyggere 2004 og 2013
Levopromazin (Nozinan), Proklorperazin (Stemetil), Haloperidol (Haldol), Olanzapin (Zyprexa), Quetiapin (Seroquel), Risperidon (Risperdal). Kilde Reseptregisteret.

kombinerte kognitive og psykiske vansker som kan ha nytte av alderspsykiatrisk kompetanse).

I deler av Norge gjennomføres en betydelig reduksjon i antall plasser som alderspsykiatrien disponerer. Enkelte steder blir avdelinger nedlagt. Det opprettes ikke nye alderspsykiatriske avdelinger, selv ikke i fylker som mangler dette. Innenfor helseforetak der alderspsykiatri ikke har egen behandlingsavdeling, har stillinger blitt opprettet/øremerket for alderspsykiatrisk virksomhet innenfor DPS eller allmennpsykiatriske enheter.

Systematisk oppbygging av forskningssentre har bidratt til at alderspsykiatrien fremstår som et av de mest produktive forskningsmiljøene i norsk psykiatri.

Fremtid: De fire K'er

Selv om jeg i det ovennevnte har hevdet at systemer endrer seg i større grad enn personer, er det liten tvil om at den norske befolkningen vil bli eldre og holde seg friskere lengre (4). Det vil derfor i mindre grad være behov for alderspsykiatriske tjenester for de yngre eldre. Selv om det absolutte antall personer med demens vil øke, vil vi se en nedgang i andelen eldre med demens (5). Alderspsykiatrien vil måtte prioritere de eldste og sykeste, spesielt når det dreier seg om å tilby utredning og behandling i døgnpost. Fagtidsskriftet Demens og alderspsykiatri har allerede startet diskusjonen om aldersgrenser i alderspsykiatrien (6). Muligens vil 65-årsgrensen som har definert alderspsykiatrien etter hvert fremstå som irrelevant, selv om det er uenighet om dette (7).

1. Kommunikasjon

Alderspsykiatrien vil fortsette å utvikle samarbeidet med kommunehelsetjenesten. Samarbeidet blir mer formalisert og vil innebære regelmessige møtepunkter, ikke bare «på sak». Alderspsykiatrien vil også ha regelmessig kontakt med frivillige organisasjoner, som motiverer og rekrutterer frivillige til å arbeide med eldre som trenger å bedre sosial kontakt. Alderspsykiatrien vil arbeide systematisk med representanter for privatpraktiserende spesialister, slik at også eldre personer blir representert hos denne behandlergruppen.

2. Kompetanse

Alderspsykiatrien vil øke presisjonsnivået for demensdiagnostikk når det gjelder de 5-10 prosent av demenstilfellene som ikke skyldes demens ved Alzheimers sykdom, Lewy legeme demens, frontotemporalappsdemens og vaskulær demens. Kunnskapsbasen når det gjelder demens vil bedres når det gjelder demensutredning hos yngre. Alderspsykiatriens erfaring med nevropsykiatriske symptomer ved de vanligste formene for demens hos eldre, vil gradvis bli mer akademisk, og basert på tilsyn i kommunehelsetjenesten. Grundig klinisk kjennskap til demenslidelsenes ulike atferdsmessige fasetter vil derfor svekkes fordi denne type behandlingposter i alderspsykiatrien blir borte. Formidling av kunnskap om terapeutiske tiltak som supplerer eller erstatter medikamentell behandling fortsetter å være en sentral del av kontakten med øvrig spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjenesten. Trenden i retning av å forskrive mindre psykofarmaka til eldre vil holde seg, men fortsatt vil det være slik at helsevesenet forskriver mer psykofarmaka jo eldre pasienten er (tabell 1) (8). Fortsatt vil trenden med at gamle psykofarmaka forskrives til gamle mennesker opprettholdes (tabell 2) (9). Det sistnevnte er sannsynligvis betinget i at pasienter «har med seg» sine faste medisiner inn i alderdommen. Behovet for veiledning og undervisning om hvordan psykofarmaka virker og påvirker eldre vil fortsette å være viktig.

På grunn av det økte tilsiget av pasienter som henvises til utredning av hukommelsesvansker, vil hukommelses-

klinikkene i større grad utføre spinalpunksjoner selv og ikke henvises til nevrologien.

3. Kontinuitet

Alderspsykiatrien vil utvikle formaliserte samarbeidsarenaer med nære somatiske avdelinger, i anerkjennelsen av at synlighet og forutsigbarhet øker vissheten om og forbruket av tjenestene. Virksomheten vil ha større preg av «liaison» enn konsultasjon. Etter alderspsykiatriske tilsyn i somatikken, vil samarbeidsmøter være tverrfaglige og involvere representanter fra somatikk, alderspsykiatri, kommunehelsetjenesten og eventuelt pasienten og dennes pårørende. Liaison-samarbeidsmøtene vil i større grad ha preg av å være springbrett for videre samhandling enn å beskrive en endelig konklusjon og overføring av behandlingsansvar. Tilsvarende vil dette prege kontakten med øvrig psykiatri og kommuner. Den tradisjonelle tenkningen i norsk helsevesen med at én aktør til en hver tid har ansvaret for pasienten, og at dette ansvaret overføres til andre når pasienten forflytter seg i helsevesenet, vil erstattes med større grad av felles ansvar for felles pasient gjennom hele behandlingsløpet, uavhengig av helse-tjenestenivå. Tilsvarende vil pasientens behandlere i primærhelsetjenesten (fastlege, sykepleier) inngå som del av behandlingsteamet når pasienten er innlagt i alderspsykiatrien.

4. Koordinasjon

IT-løsninger vil binde spesialist- og primærhelsetjenesten sammen. Gradvis vil skillet mellom helsetjenestenivåene viskes ut, og alderspsykiatri og andre deler av helsevesenet vil jobbe side om side og ikke i et hierarkisk system. Helseforetakene vil utvikle varslings- og overvåkingssystemer for å unngå/avdekke avvik. Tilsvarende vil utvikles i kommunehelsetjenesten og i samhandlingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Alderspsykiatrien er en liten del av helsevesenet. Engasjement lokalt (av fagmiljøene) og nasjonalt (gjennom utvalget) blir avgjørende for at alderspsykiatrien skal inkluderes i dette arbeidet.

Hvor går norsk alderspsykiatri?

Redaksjonen i D&A utfordrer sentrale fagfolk til å delta i en meningsutveksling om utviklingen i norsk alderspsykiatri. Den første som ble bedt om å skrive var Eivind Aakhus. Etter selv å ha bidratt oppfordrer han fag- og forskningssjef Geir Selbæk ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, til å overta «stafettpinnen». Selbæk tar utfordringen.

Avslutning

De fire K'ene handler i bunn og grunn om samhandling. Fordi ressursfordelingen vil fortsette å være i favør av distriktpsykiatri og primærhelsetjeneste, må fagfolk i alderspsykiatrien i utgangspunktet regne med å ha enda flere bortekamper i kommende sesonger. Utgangspunktet er imidlertid godt; alderspsykiatrien har allerede gode rutiner for samhandling utenfor egen arena og har vist seg svært tilpasningsdyktige over tid. Vi skal imidlertid vokte oss vel for å bli så tilpasningsdyktige at vi mister faget vårt på veien! En annen utfordring for fremtiden er at nedbygging av sengeposter i alderspsykiatrien vil fortsette. Det vil gjøre at fagfolk vil få gradvis mindre erfaring med psykiske lidelsers forløp og variasjon. Noen mener at reduksjon i antall døgnposter kan ha fordeler, spesielt når øvrige forhold ligger til rette (10). For byområder med tett befolkning og kort reiseavstand i nedslagsfeltet kan nok dette være riktig. Jeg mener imidlertid at for Norge som helhet er risikoen stor for at fagets posisjon svekkes fordi erfaringsbasen forvitres.

■ eivind.aakhus@gmail.no

REFERANSER

1. Aakhus E, Bergem M, Eskeland KO et al. Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011-2020. Norsk psykiatrisk forening. 2010.
2. Engedal K, Bergem AL, Holm M et al. Alderspsykiatri - en spesialisert form for psykiatri. Tidsskrift for den Norske legeforening 1997;117:3684-7.
3. Engedal K. Alderspsykiatri i praksis. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2008.
4. Vaupel JW. Biodemography of human ageing. Nature 2010;464:536-42.
5. Matthews FE, Arthur A, Barnes LE et al. A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. Lancet 2013; 382:1405-12.
6. Aakhus E. På tide å flytte aldersgrensen i alderspsykiatrien? Demens & Alderspsykiatri. 2014;18(1):22-3.
7. Bergh S. På tide å flytte aldersgrensen i alderspsykiatrien? Demens & Alderspsykiatri. 2014;18(2):15-16.
8. Reseptregisteret. <http://www.reseptregisteret.no/default.aspx>. (01.11.14)
9. Kjosavik SR, Hunskaar S, Aarsland D et al. Initial prescription of antipsychotics and antidepressants in general practice and specialist care in Norway. Acta Psychiatr Scand. 2011;123(6):459-65.
10. Lorentzen B, Hval SA & Gaarden TL. Fra 50 til 16 senger: Om omstilling ved en alderspsykiatrisk avdeling. Demens & Alderspsykiatri. 2014;18(2):22-4.



Marit Nåvik, spesialergoterapeut/MPH, Sykehuset Telemark HF, Alderspsyk. fag og forskn.nettverk Telemark Vestfold-(TeVe)
 Vibeke Gordner, spesialsykepleier/MSC, Sykehuset i Vestfold
 Bodil Semb, spesialsykepleier, Sykehuset i Vestfold
 Siri Holst, spesialsykepleier, Sykehuset i Vestfold
 Per Kristian Haugen, psykologspesialist/seniorforsker, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
 Ingun Ulstein, psykiater/PhD, Alderspsykiatrisk avdeling, Vardåsen, Oslo universitetssykehus HF, Ullevål

Hva skal det være?

Hva ønsker kommunene i Telemark og Vestfold fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste?
 Samhandling - hva er nyttig?

Bakgrunn

Seksjon for alderspsykiatri, Sykehuset Telemark, gjennomførte i 2011 en spørreundersøkelse for å få tilbakemelding fra samarbeidspartnere i kommunene om nytten av samhandling, epikrise og sykepleierapport (1). Alderspsykiatrisk avsnitt, Sykehuset i Vestfold gjentok tilsvarende undersøkelse i 2013 (2).

Ved innføring av Samhandlingsreformen ønsket regjeringen: «*å sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester, og som også svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene*». Pasienter som henvises til alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste vil gjennom sykdomsforløpet vanligvis ha behov for ulike tjenester fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Med spørreundersøkelsene ønsket ledelse og de kliniske fagmiljøene å sette fokus på dagens samhandlingspraksis, nytten av ulike tiltak og hva leger og sykepleiere i kommunene ønsker fremover fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste (3).

Begge de alderspsykiatriske enhetene har samme praksis i forhold til skriftlig informasjonsutveksling ved utskriving av pasienter. Det sendes epikrise til henvisende lege, en lovpålagt oppgave regulert i forskrift om pasientjournal (4).

Sykepleierapport sendes til samarbeidende helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten når pasienten skal motta bistand i kommunen. Dette er ikke en lovpålagt oppgave, men Lov om helsepersonell (5) sier at «*Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende*

personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp». Det vektlegges at sykepleierapporten skal være praktisk, rettet mot pasientens funksjon, behov for bistand og beskrivelser av hvordan kommunikasjon og samhandling med pasienten best kan tilrettelegges.

Gjennom et behandlingsforløp har medarbeidere i varierende grad kontakt med pårørende og samarbeidspartnere i kommunen. Det vurderes i hver enkelt sak hva som er hensiktsmessig for å få en god overføring av pasienten til kommunen.

Erfaringer fra spesialisthelsetjenesten er at epikrise og sykepleierrapport i ulik grad er kjent av samarbeidspartnere i kommunen. I enkelte saker opplever spesialisthelsetjenesten at utskrivningsprosess skjer «sømløst» og at tiltak, kommunikasjon og tjenester henger sammen. Andre ganger oppleves utskrivningsprosessen som en «stillingskrig», hvor man i liten grad greier å enes om når, hvordan og på hvilken måte utskrivningen bør gjennomføres.

I denne artikkelen presenteres resultatene fra den delen av undersøkelsen som omhandler samhandling. Spørsmålene som dreide seg om samhandling, var identiske både i Telemark og Vestfold.

Metode

Spørreskjema ble utviklet i Telemark. Skjemaet er bygd opp med spørsmål med forhåndsdefinerte svaralternativ og et felt for åpne kommentarer og/eller konkrete forslag. Spørsmålene skulle besvares med svaralternativene alltid,

ofte, av og til, sjelden, aldri eller vet ikke (6).

I Telemark var målgruppen leger, tilsynsleger, ledere av sykepleietjenesten og sykepleiere fra hjemmetjeneste og sykehjem. Det var ønskelig å få tilbakemelding fra hele fylket, både fra nærområdet til sykehuset og distriktet, store og små kommuner, store og små sykehjem. Det ble sendt ut 497 spørreskjema.

I Vestfold ønsket man i tillegg tilbakemelding fra kommunal psykiatertjeneste og kontor som tildeler tjenestene. I Vestfold ble det sendt ut spørreskjema til de 209 fastlegene i fylket og 44 helse-sjefer som ble bedt om å distribuere skjema til aktuelle medarbeidere.

For å sikre at informantene kunne svare anonymt bistod Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse med utsending, purring og skanning av spørreskjema for undersøkelsen i Telemark. I Vestfold gjorde Fagavdeling for klinikk psykisk helse og rus tilsvarende jobb med utsendelse av spørreskjema elektronisk ved bruk av Questback.

Meldeskjema ble sendt Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD) som godkjente gjennomføring av begge studiene.

Resultater

Analyse av kvantitative data

I Telemark svarte 178 informanter; 63 leger og 115 sykepleiere, på spørsmål om samhandling. I Vestfold fikk vi svar fra 44 informanter; 31 leger, syv sykepleiere og seks ledere.

Nytten av telefonkontakt mellom alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste og lege ble vurdert som ofte/alltid nyttig

av 80 prosent fra Telemark. I Vestfold svarte 89 prosent det samme. Telefonkontakt med annet helsepersonell i kommunen ble vurdert som ofte/alltid nyttig av 88 prosent fra Telemark og 93 prosent fra Vestfold.

Ambulant virksomhet inngår som en del av praksisen ved begge sykehusene. Medarbeidere fra både poliklinikk og sengepost reiser ut til kommunen. Pasienten blir vurdert i egen bolig eller på institusjon. Samarbeid og dialog med pasient, pårørende og helsepersonell i kommunene inngår i den ambulante arbeidsformen.

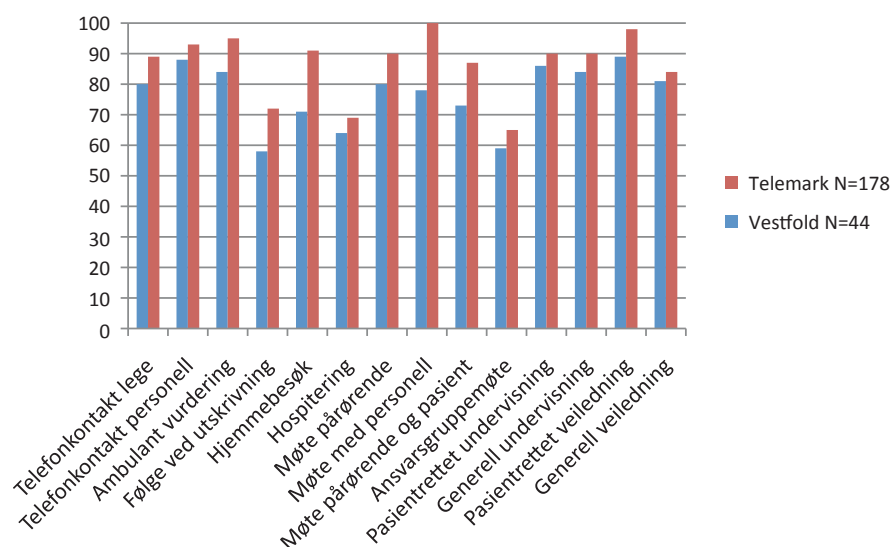
På spørsmål om nytte av ambulant vurdering av pasienten svarte 84 prosent i Telemark og 95 prosent i Vestfold at tiltaket ofte/alltid er nyttig. Oppfølgingsbesøk fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste etter utskrivning, møter med pårørende og helsepersonell og veiledning av personalet i kommunen vurderes som ofte/alltid nyttig av mellom 71 prosent til 100 prosent av de som har svart.

Samarbeidspartnere i begge fylkene vurderer det å følge pasienten hjem etter utskrivning som sjeldnere nyttig enn de øvrige ambulante tiltakene.

Forskjellig type møtevirkosomhet inngår i den alderspsykiatriske arbeidsformen, møter med pasient, pårørende og helsepersonell på sykehus og i kommunen. Informantene ble bedt om å vurdere nytten av at medarbeidere fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste deltar i slike møter.

På spørsmål om deltakelse i ansvarsgruppemøter svarte 59 prosent i Telemark og 65 prosent i Vestfold at tiltaket var ofte/alltid nyttig. Deltakelse i de andre typer møter ble i Telemark vurdert som ofte/alltid nyttig av 73 til 80 prosent, i Vestfold svarte 87 til 100 prosent at deltakelse i de ulike møtene var ofte/alltid nyttig for videre arbeid med pasienten.

Hospitering av personell fra kommunene i alderspsykiatrisk sengepost er et tiltak som anbefales når pasienten har spesielt utfordrende adferd. Kollegaer i både Telemark og Vestfold vurderer dette tiltaket som mindre nyttig enn flere av de andre samhandlingstiltakene. I Telemark svarte 64 prosent at de vurderte tiltaket som ofte/alltid nyttig, mens i Vestfold vurderte 69 prosent at hospitering ofte/alltid var nyttig.



Figur 1. Prosentvis andel som har vurdert samhandlingstiltaket som ofte/alltid nyttig.

Informantene i Telemark og Vestfold ble videre bedt om å vurdere nytten av at alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste tilbyr undervisning og veiledning.

Fra 81 til 98 prosent av kollegene i begge fylkene svarte at undervisning og veiledning ofte/alltid er nyttig. Svar fra Telemark viser at informantene vurderer pasientrettet undervisning mer nyttig enn generell undervisning. I Vestfold vurderes både generell og pasientrettet undervisning av 90 prosent som ofte/alltid nyttig. Pasientrettet veiledning vurderes som mer nyttig enn generell veiledning i begge fylkene.

Svar fra leger og sykepleiere i Telemark og Vestfold om samhandling presenteres i figur 1.

Figuren viser at profilen er nokså lik i Telemark og Vestfold, men at informantene i Vestfold vurderer grad av nytte generelt noe høyere enn samarbeidspartnere i Telemark. På spørsmål om nytten av hjemmebesøk og møte med personell var det 20 prosentpoeng flere som svarte ofte/alltid nyttig i Vestfold enn i Telemark.

Skriftlige kommentarer

Fra Telemark er det skrevet kommentarer knyttet til samhandling i 30 av skjemaene. Fra Vestfold hadde 14 informanter kommentarer om samhandling. Gjennom analyseprosessen har kommentarene blitt kodet i kategoriene 1) Bra som det er, 2) Ønske om mer, 3) Gjensidig respekt og

4) Vekslede kontakt. Etter at kommentarer fra Vestfold er tatt inn i analysen fremkommer også kategori 5) Form og format.

Noen sitater er valgt ut fra materialet for å illustrere kategoriene. Tema som representerte større deler av materialet ble vektlagt. I videre presentasjon blir sitater i gjengitt ordrett.

Bra som det er

Kategorien Bra som det er inneholder to subkategorier: Generell tilfredshet og Grundige og nyttige dokumenter.

Generell tilfredshet. Kolleger i kommunehelsetjenesten som har erfaring med samarbeid med alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste er fornøyde. Samarbeidet beskrives som positivt og de opplever at personalet er positive og imøtekommende.

Informantene beskriver at arbeidsformen de alderspsykiatriske enhetene har resulterer i gode vurderinger og konkrete forslag til tiltak som god støtte. Tilbudet om medikamentell og ikke-medikamentell behandling beskrives som godt.

«Alderspsykiatrisk avdeling er vel den sykehusavdelingen som fungerer best både i henhold til intensjonene samt med tanke på oppfølging av pasient og mottagersystem. Interessant å se at det er de beste som legger seg i selen for å bli ENDA bedre.»

Grundige og nyttige dokumenter. Sykepleierapporter og epikriser beskrives som nyttige, informative, ryddige og gjennomarbeidede. Anbefalinger i forhold til videre arbeid med pasienten etter utskrivning vurderes som spesielt nyttig.

«Alderspsykiatrisk seksjon har meget gode og detaljerte epikriser som det er en fryd å bruke i videre arbeid med pasienten. Fortsett sånn!!»

Ønske om mer

Kategorien Ønske om mer inneholder subkategoriene Bedre tilgjengelighet, Undervisning og veiledning og Ambulant vurdering.

Bedre tilgjengelighet. Det kom frem at samarbeidspartnerne i kommunehelsetjenesten hadde ønske om bedre tilgjengelighet. Informantene ønsket enklere tilgang til innleggelser, hospitering, telefoniske kontakt og mulighet for å drøfte konkrete pasientsaker. Informantene beskriver at de har «pushet på» for å få pasienter innlagt, at det i perioder har vært vanskelig å oppnå telefonkontakt.

Hospitering er et tilbud som ønskes på mer generell basis, ikke kun knyttet til enkeltpasienter.

«Er altfor lite tilbud om hospitering, gjelder kun når man har inneliggende pasient på alderspsykiatrisk. Skulle vært mer veiledning/kurs og hospitering for helsepersonell i sykehjemmene, uavhengig av om man har inneliggende pasient.»

Undervisning og veiledning. Undervisning og veiledning var tiltak som ble benyttet for lite. Generell undervisning var ønsket. I tillegg ble undervisning og veiledning knyttet til enkeltpasienter eller spesielle problemstillinger trukket frem, som førerkortvurdering, medisinerings og utfordrende atferd.

«Ansatte i kommunehelsetjenesten er 'sulteforet' på kunnskap/kursing. Kontakt med alderspsykiatrien og kursing kan gi et faglig løft.»

Ambulant vurdering. Ambulant vurdering beskrives i analysen som et tiltak informantene ønsker. Pasienten kan vurderes i kommunen, i egen bolig eller på institusjon. Samtidig ligger det utfordringer knyttet til den begrensede tidsrammen for slike besøk. Informantene

trekker frem viktigheten av møter med personalet i kommunen samt råd og veiledning underveis.

«Påpeker viktigheten av at mange pasienter godt kan vurderes og behandles det stedet de er: sykehjem/egen bolig.»

Gjensidig respekt

Under analysen kom viktigheten av å kjenne hverandres ståsted frem. Respekt for og kunnskap om hverandres ressurser, muligheter og hverdag, vurderes som viktig for et godt samarbeid.

«Vi må bli flinkere til å dra nytte av hverandres kunnskap og ikke tenke at vi 'eier' pasienten. Det er viktig at det ikke skapes forventninger om tjenestenivå når pasienten utskrives til kommunen. Kommunen kan ha mange tilbud som ikke er kjent for spesialisthelsetjenesten.»

Vekslede kontakt

Under kategorien Vekslede kontakt kom det frem at informantene i varierende grad har erfaring med samarbeid med alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Manglende felles pasienter og liten erfaring med enkelte tiltak, forklarer at det har vært vanskelig å svare på spørsmålene i undersøkelsen.

«Siden vi ikke har hatt pasient på alderspsykiatrisk og disse spørsmålene tar utgangspunkt i dagens praksis, vet vi ikke hvordan de fungerer og hvor nyttige de er, men i utgangspunktet vil jeg tro at dette er ting som ofte/alltid er nyttige.»

Form og format

Under denne kategorien var det kommentarer om at skriftlig informasjon var for lang og at det var ønske om elektroniske epikriser. Videre var det også ønske om informasjon i tillegg til sykepleierapport/ epikrise i form av telefonisk kontakt eller via en hjemmeside.

«Rapporten er lang. Bør kunne komprimeres uten at det essensielle uteblir.»

Diskusjon

De som har besvart spørreskjema fra kommunene i Telemark og Vestfold er generelt fornøyde med dagens samhandlingspraksis og informasjon.

Hospitering i alderspsykiatrisk sengepost ble i begge fylkene overraskende vurdert som sjeldnere nyttig enn en del av de andre samhandlingstiltakene i den kvantitative analysen. Samtidig er dette

et av tiltakene som trekkes frem under kategorien Ønske om mer, hvor informantene gir uttrykk for at de ønsker at denne type tiltak skal være mer tilgjengelig. Under hospiteringen deltar personell fra kommunen som observatør i sengeposten. Pleieplan og ulike problemstillinger drøftes. Spørsmålet er om tiltak som er gjennomførbare innenfor rammene av alderspsykiatrisk sengepost kan omsettes ved et kommunalt sykehjem, hvor de fysiske rammene og kunnskapen hos personalet kan variere.

Ambulant vurdering av pasient, møter med personell og pårørende samt pasientrettet undervisning og veiledning, vurderes som mest nyttig fra kommunehelsetjenestens side.

Hospitering foregår innenfor rammene av sykehuset, mens undervisning/veiledning/ambulant vurdering foregår ute i kommunene. Personalet som mottar informasjon, undervisning og/eller veiledning er på egen arena. Diskusjonene kan ta utgangspunkt i personalets rammer og virkelighet slik at rådene som gis er mulig å omsette i praksis på det aktuelle sykehjemmet.

Kommentarene viser at medarbeidere i kommunehelsetjenesten i varierende grad kjenner til de tilbudene som gis. Sett i ett folkehelseperspektiv hvor befolkningen skal ha lik tilgang på og lik rett til behandling, har alderspsykiatrien en utfordring i forhold til å informere om tjenester og tilbud.

Samarbeidspartnerne som kjenner og har samhandlet med alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste er tilfredse med tilbudet de har fått, men kunne ønske at enkelte tiltak ble benyttet mer eller var lettere tilgjengelige. Endring av praksis vil gi utfordringer knyttet til prioritering av oppgaver og utnyttelse av ressurser. Dialog med henvisende instanser om hvilke pasienter som bør henvises til alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste og hva slags problematikk som skal behandles i kommunen blir da sentralt. Dette samsvarer med intensjonene i Samhandlingsreformen, hvor spesialisthelsetjenesten skal utvikle egen kompetanse og kommunenes rolle skal tydeliggjøres i forhold til ansvar og oppgaver (3).

Telefonisk kontakt, møtevirksomhet, ambulant vurdering og undervisning er de punktene som har skåret høyest i forhold til nytte for videre arbeid med

pasienten. Dette samsvarer med kategorien Bra som det er og Ønske om mer hvor informantene har ønske om enda bedre tilgjengelighet på telefon, mer undervisning og veiledning, vurderinger av pasient ute i kommunen og enklere tilgang på innleggelser.

Gjennom kategorien Gjensidig respekt vektlegges verdien av å kjenne hverandres hverdag, utveksling av kunnskap og det å kunne lære av hverandre.

Svarene fra undersøkelsen utfordrer både kommune og spesialisthelsetjeneste til å se den alderspsykiatriske pasienten som en felles utfordring og ansvar. Dette betinger en lydhørhet og åpenhet for hverandres erfaringer og kompetanse.

Svarene fra leger og sykepleiere viser at videreutvikling av det alderspsykiatriske tilbudet bør ta utgangspunkt i dagens praksis. Dialog med fokus på hva førstelinjetjenesten trenger blir viktig for utvikling av det alderspsykiatriske tilbudet.

Metodedrøfting

Fra Telemark har 178 samarbeidspartnere svart på spørreundersøkelsen, mens det fra Vestfold kom svar fra 44 informanter. Dette gir redusert mulighet til å sammenlikne svarene fra de to fylkene.

Administreringen av utsendelse av spørreskjema med henholdsvis bruk av Questback i Vestfold og papirformat i Telemark kan ha påvirket svarprosenten. Ved begge undersøkelsene er ledere bedt om å videreformidle spørreundersøkelsen til medarbeidere på ulike nivåer, men det er uvisst i hvilken grad dette har blitt gjort. Det kan også stilles spørsmål ved om de som har svart er de som best kjenner tilbudet.

Selv om svarprosenten er lav gir likevel svar fra hjemmetjenesten i 15 av 18 kommuner og svar fra 29 av 37 sykehjem en bred representasjon fra ulike steder i Telemark. Fra Vestfold er svarene returnert med større grad av anonymisering, noe som gjør at det ikke er mulig å vite hvilken kommune eller arbeidssted skjemaene kommer fra.

Ved sammenstilling av svarene er det likevel en nokså lik tendens i begge fylkene, noe som kan bety at resultatene til en viss grad er generaliserbare.

Det er en overvekt av svar fra begge fylker som viser stor grad av tilfredshet (ofte/alltid nyttig). Det er mulig at spørreskjemaene har metodiske svakheter i

forhold til utforming, og dermed ikke måler det vi ønsker. Det kan stilles spørsmål ved om valg av spørsmål i tilstrekkelig grad fanger opp nyansene som er relevante for forbedring av nåværende praksis. Imidlertid er det svar mellom svarene fra den kvantitative og kvalitative delen av undersøkelsen, noe som støtter opp under at spørreskjemaene måler det man ønsket å måle.

I feltet for åpne kommentarer ble informantene invitert til å komme med ønsker, kommentarer og konkrete forslag til forbedringer. En mer problemfokuseret vinkling, med spørsmål knyttet til hva kolleger ikke er fornøyde med, hva de mener går galt når samhandling ikke fungerer, kunne muligens ha gitt mer konkrete innspill til hvordan dagens praksis kan forbedres. Intervjuer i tillegg til spørreskjema kunne sannsynligvis ha gitt et mer nyansert bilde, idet det ville ha vært mulig å gå mer i dybden på enkelte problemstillinger ved å stille utdypende spørsmål.

Undersøkelsene i begge fylker er gjennomført av medarbeidere som har vært ansatt i alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste, har hatt et utstrakt samarbeid med helsepersonell i fylkene og som også har vært med å utvikle dagens tilbud. Dette kan være en feilkilde, som det er forsøkt korrigert for gjennom samtaler med veiledere og kolleger fra andre fagfelt, både ved utarbeidelse av spørreskjema, datasamling og ved analyse og drøfting av data og funn.

Nye spørsmål

Gjennomføring av undersøkelsen har reist nye spørsmål, spesielt knyttet til videre samhandling:

- Hvordan oppleves dagens praksis sett fra pasient og pårørendes perspektiv?
- Hva hemmer og hva fremmer gode prosesser i utskrivning av pasienter fra alderspsykiatriske spesialisthelsetjenester?
- Hvordan utvikle gode behandlingslinjer knyttet til alderspsykiatriske lidelser?
- Hva fremmer hensiktsmessig samhandlingspraksis?

Felles studier med aktører både fra spesialisthelsetjeneste og kommune kunne belyse problemstillinger bredere knyttet til samhandling, inkludert pasient og pårørendes perspektiv.

Konklusjon

Samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten i Telemark og Vestfold vurderer dagens samhandlingstiltak og informasjon som nyttig, men ønsker enda bedre tilgjengelighet på tjenestene. I tillegg til innleggelser og polikliniske konsultasjoner, ønsker kommunene mer ambulant virksomhet.

Resultater fra undersøkelsen får implikasjoner for praksis ved at enkelte punkter i epikrise og sykepleierapport kan gis mindre fokus. Enkelte samhandlingstiltak kan reduseres, mens andre tiltak bør prioriteres.

■ naam@sthf.no

Artikkelen baserer seg på masteroppgave av Marit Nåvik. «Fortsett sånn!», Samhandling ved utskrivning fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste. En undersøkelse av dagens praksis fra Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap NHV (1) og prosjektrapport av Vibeke Gordner, Siri Holst og Bodli Semb «Delt kunnskap gir dobbel kunnskap» (2).

Veiledere i prosjektene har vært psykiater/PhD Ingun Ulstein, professor Runo og assosiert professor Susanna Axeklsson og psykologspesialist/seniorforsker Per Kristian Haugen.

Alderspsykiatrisk fag og forskningsnettverk Telemark Vestfold-TeVe har finansiert begge prosjektene.

LITTERATUR

1. Nåvik M. «Fortsett sånn!». Samhandling ved utskrivning fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Undersøkelse av dagens praksis. Masteroppgave. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, 2011.
2. Gordner V, Holst S, Semb B «Delt kunnskap gir dobbel kunnskap» Prosjektrapport. Tønsberg: Sykehuset i Vestfold, 2013.
3. St.meld. nr.47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
4. Forskrift om pasientjournal: 2000-12-21-1385.
5. Lov om helsepersonell, Sosial- og helsedepartementet, Rundskriv 1-20/2001.

Dymitr Melchisedekow, spesialist i psykiatri, overlege
Alderspsykiatrisk Poliklinikk, Ålesund Sykehus, Avdeling for
Alderspsykiatri og Voksenhabilitering, Helse Møre og Romsdal.

Anne Starheim, teamleder, psykiatrisk sykepleier/
fagkonsulent Alderspsykiatrisk Poliklinikk, Ålesund Sykehus, Avdeling
for Alderspsykiatri og Voksenhabilitering, Helse Møre og Romsdal.



Samhandling i praksis

Erfaringer fra samarbeidsmodell mellom Alderspsykiatrisk seksjon ved Ålesund Sykehus og Herøy kommune

Alderspsykiatrisk seksjon ved Ålesund sykehus har etablert et samhandlingsprosjekt med Herøy kommune i perioden 2010–2013.

Dette har ført til rask og mer objektiv vurdering, samt effektiv behandling med betydelig reduksjon i antall innleggelser. Prosjektet er nå implementert i ordinær drift.

Bakgrunn

Alderspsykiatrisk seksjon (APS) ved Ålesund sykehus er organisert under Avdeling for Alderspsykiatri og Voksenhabilitering, Helse Møre og Romsdal. Alderspsykiatrisk seksjon består av poliklinikk og døgnpst (åtte senger og en skjermingsenhet). Årlig mottar seksjonen over 300 henvisninger.

Møre og Romsdal fylke består av 36 kommuner. Vårt nedslagsfelt er Sunnmøre med 17 kommuner. Innbygger-

tallet på Sunnmøre er i følge SSB 128 060 (1). Av disse er 23 291 over 65 år.

Målgruppen ved Alderspsykiatrisk Seksjon er pasienter over 65 år med psykiske lidelser og demens* (2) som innebærer blant annet:

- ◆ affektive lidelser
- ◆ psykoser
- ◆ personlighetsforstyrrelser
- ◆ rusproblematikk
- ◆ kognitiv svikt / demens med nevropsykiatriske symptomer
- ◆ yngre pasienter med demens
- ◆ tilpasningsforstyrrelser/ livsfaseproblematikk

* *En har økende oppmerksomhet på personer med minoritetsetnisk bakgrunn.*

APS gir tilbud om:

- ◆ utredning og behandling*
- ◆ veiledning til førstelinjetjenesten samt deltakelse i ansvarsgruppe/ individuell plan
- ◆ veiledning med videokonferanse. Samhandlingsprosjekt mellom

Alderspsykiatrisk seksjon, Sunnmøre og Vanylven kommune: regelmessig veiledning for leger/ helsepersonell (3)

- ◆ psykoterapi/gruppeterapi/ støttesamtale
- ◆ tilbud for pårørende
- ◆ psykoedukasjon
- ◆ innleggelse ved APS sengepost når polikliniske tilbud ikke er tilstrekkelig.

* *APS samarbeider også med geriater i form av faglig diskusjon gjennom ukentlige møter. Neurolog involveres når dette vurderes hensiktsmessig.*

I praksis gjennomføres cirka 80 prosent av våre konsultasjoner ambulant. Vår målgruppe har på grunn av sin helse-situasjon ofte problemer med å møte til konsultasjon ved poliklinikken. I tillegg er avstanden mellom Ålesund sykehus og flere av kommunene i vårt område stor (opp til 85 km en vei, inkludert ferger).

Herøy kommune er en av 17 kommuner på Sunnmøre. Herøy ligger på ytre Søre Sunnmøre, og er kjent for fiskeri- og offshorevirksomhet. Ut i fra

Eksempel fra praksis

Mann, 83 år. Somatiske belastninger: hypertensjon, ischemisk hjertesykdom med hjerteinfarkt x2, kronisk nyresvikt stadium II, gastritt, magesår, ulcerøs kolitt, irritabel tarm, prostatakrefte, Parkinsons sykdom, hjerneslag i fjor. Etter hjerneslaget har pasienten blitt mer urolig, irritabel og glemsk.

Pasienten er nå i et avlastningsopphold ved sykehjem etter innleggelse i medisinsk avdeling grunnet lungebetennelse. I løpet av de siste fire ukene har pasienten gitt uttrykk for at det stadig er «fremmede personer» på rommet hans som forstyrrer nattesøvnen. I tillegg opplever han at ulike gjenstander snakker med ham eller beveger seg, også på

dagtid. Pasienten er engstelig for å være alene på rommet og roper ofte om hjelp. Under innleggelsen ved medisinsk avdeling ble det også observert kortvarige episoder med desorientering i oppvåkingsfasen der pasienten ikke kjenner igjen personalet og mener at han er på fiskebåt der han tidligere jobbet. Dette ble vurdert av geriater som forvirringsepisoder med somatisk bakgrunn.

Tilsynslege ved sykehjemmet konkluderte med at pasienten var psykotisk og startet med medikamentelle tiltak i form av Zyprexa 2,5 mg x1 om kvelden som ble økt til 5 mg x1.

Etter dette hadde pasienten initialt god beroligende effekt av Zyprexa, men hadde fortsatt både auditive og visuelle hallusinasjoner.

I tillegg utviklet han svelgvansker og balanseproblemer (økende sløvhed med falltendens).

Pasienten har stadig blitt mer hjelpe-trengende. Han har dårlig matlyst og har gått ned fem kilo i vekt.

Pasienten ble henvist til Alderspsykiatrisk seksjon for vurdering av psykisk tilstand, råd om medikamentell behandling og eventuell innleggelse ved Alderspsykiatrisk døgnpst.

1. besøk

Det gjennomføres besøk hos pasienten ved sykehjemmet. Først har vi møte med pasientens kone, tilsynslege, sykepleier fra avdelingen og kommunal koordinator. Deretter samtaler vi med pasienten. Etter total vurdering konkluderes det med at pasienten har moderat kognitiv svikt som

innbyggertall er dette den femte største kommunen med 8 847 innbyggere. Av disse er 1555 personer over 65 år (1). Herøy består av omtrent 200 små og store holmer og øyer, der de største er befolket og bundet sammen av broer. Det er 60 km fra Ålesund sykehus til Herøy. Reiseruten tar cirka 1,5 time hver vei og inkluderer en fergestrekning.

Henvisinger fra Herøy kommune representerer cirka fire prosent av alle henvisninger til Alderspsykiatrisk seksjon per år.

Ut fra geografisk lokalisasjon og pasientens behov for adekvat alderspsykiatrisk vurdering og behandling, valgte en å starte opp samhandlingsprosjekt i Herøy i 2010.

Alderspsykiatrisk seksjon og Herøy kommune har etablert et prosjekt i perioden 2010-2013 der en har prøvd ut en modell for samhandling med faste virkedager i Herøy kommune.

Prosjektet har vært forankret gjennom ledelsen både ved Alderspsykiatrisk seksjon og Herøy kommune. Grunnlagsdokument har vært St. melding 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen (rett behandling – rett sted – rett tid) (4).

Målet har vært å etablere og styrke samhandling samt å gi tilbud om helsehjelp lokalt for APS' målgruppe. Dette vil i praksis si å skape en effektiv og fremtidsrettet metode for å øke kompetansen om den alderspsykiatriske pasient gjennom samhandling der pasienten bor. Prosjektet har blitt evaluert årlig og det er foretatt justeringer underveis.

Metode

Pasientene henvises på vanlig grunnlag og vurderes ved vårt henvisningsmøte med tanke på rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten med utgangspunkt i prioriteringsveilederen (5).

Planlegging av virkedagene skjer i tett samarbeid med lokal koordinator i Herøy kommune. Lokal koordinator er bindeledd mellom APS og ulike avdelinger innen pleie- og omsorgstjenesten i Herøy kommune.

Virkedagene gjennomføres ved at teamet fra APS bestående av spesialist i psykiatri og psykiatrisk sykepleier/prosjektleder reiser ut til kommunen hver sjettede uke. De fleste konsultasjonene skjer ved et eget kontor som kommunen har stilt til disposisjon for APS. Dersom pasienten har problemer med å møte ved kontoret kan det foretas hjemmebesøk i egen bolig eller institusjon.

Det er tett samarbeid med lokal koordinator før, under og etter konsultasjonene.

I praksis har metoden vært basert på klinisk undersøkelse, bruk av kartleggingsverktøy (blant annet relevante tester, atferdsregistreringsskjemaer, spørreskjemaer til pårørende, analyse av anamnese, komorbiditet samt miljømessige forhold og direkte kontakt med tilsyns-/fastlege).

I gjennomsnitt har vi hatt fra fem til syv pasienter per gang. Dette inkluderer førstegangs konsultasjoner, oppfølging og samarbeidsmøter angående pasienter.

Ut fra problemstilling og behandlingsfase kan en variere mellom følgende tilnæringsmåter:

Polikliniske konsultasjoner

Dette omfatter vurderingssamtaler med pasient og pårørende. Dersom pasienten har fast plass ved institusjon gjennomføres det gjerne samtale med personalet til stede. Det utformes kompleks behandlingsplan for pasienten med vekt på miljøterapeutiske tiltak, stabilisering av pasientens allmenntilstand og eventuell psykofarmakologisk behandling.

Samarbeidsmøter angående pasient

Dette omfatter faglig diskusjon, veiledning og undervisning til helsepersonell, evaluering av behandlingsplan, informasjon og støtte til pårørende.

Oppfølging per telefon

En viktig del av aktiviteten i prosjektet er ukentlige telefonmøter mellom koordinator i kommunen og prosjektleder ved APS. Her diskuteres problemstillinger som gjelder planlegging på administrativt nivå. I tillegg har overlegen ved APS jevnlig telefonsamtaler med fastlege/tilsynslege angående oppfølging av pasientene.

Kontinuitet og frekvens

I første del av prosjektet var intervallet mellom reisedagene hver fjerde uke. Etter evaluering i 2011 ble dette endret til hver sjette uke. Dette fungerer mer hensiktsmessig i forhold til forberedelse, etterarbeid samt oppfølging av pasienter.

er forårsaket av Parkinsons sykdom og følger tilstand etter hjerneslag. I tillegg til dette er pasienten plaget med psykotiske symptomer i form av både auditive og visuelle hallusinasjoner, illusjoner og falsk følelse av nærvær.

Profil av pasientens psykotiske fenomener kan samsvare med progredierende Parkinsons sykdom, men det utelukkes ikke sammenheng med antiparkinson medikamentell behandling i form av Sinemet. Videre synes det at pasienten har bivirkninger av Zyprexa (balanseproblemer, sløvhets, falltendens og svelgvansker) som bør seponeres umiddelbart.

Det foreslås at tilsynslege i samarbeid med nevrolog gjennomfører nedtrapping av antiparkinsonmidler (Sinemet) inntil forverring

av motoriske symptomer. Dette kan redusere forekomst av bivirkninger (hallusinasjoner).

I tillegg kan det forsøkes behandling med rivastigmin i form av Exelon depotplaster 4,6 mg per 24 timer med tanke på prokognitiv og forebyggende effekt på hallusinasjoner ved Parkinsons sykdom. Det anbefales også at personalet har fokus på miljøterapeutiske tiltak som god balanse mellom hvile og aktivitet samt mestringsstrategier (visuelle og kognitive teknikker). Tiltakene må tilpasses pasientens evner og muligheter. Pasienten har økende behov for trygghet gjennom tett oppfølging fra personalet som forklarer ham at de visuelle fenomener ikke er virkelige. Det er viktig at pasienten har tilstrekkelig god belysning på rommet, rolige mønstre i interiøret og alternative stimuli som radio

eller fjernsyn. Dette kan ha en avledende effekt med tanke på hallusinasjoner. Unødvendige gjenstander som er forvirrende for pasienten kan fjernes.

Personalet begynner å jobbe med registreringsskjema for atferd for å avdekke et eventuelt mønster i pasientens uro, hallusinasjoner, falltendens og søvn. Slik kan det også observeres effekt av medisinendringene. Pasientens ernærings situasjon bør kartlegges. Tilsynslege følger opp pasientens somatiske tilstand (utelukke infeksjoner, anemi, vitaminmangel).

Vi gjennomfører psykoedukativ samtale med pasientens pårørende med fokus på diagnoseavklaring og behandlingsplan.

Når det gjelder omsorgsnivå anbefaler vi at pasienten får fast plass ved sykehjemmet.

Diagnoser

Henvisningsdiagnosene gjenspeiler et bredt spekter av alderspsykiatriske problemstillinger. Det gjelder ofte multimorbide pasienter som har flere somatiske belastninger i tillegg til ulike typer av hjernedegenerative sykdommer eller blandet demens. Dette omfatter også pasienter med primær mangeårig psykisk lidelse for eksempel schizofreni med utvikling av kognitiv svikt. En stor del av pasientene har organisk betingede depressive symptomer, angst eller andre nevropsykiatriske symptomer som hovedproblem.

Problemstillingene krever kompleks vurdering som innebærer både psykisk og somatisk/nevrologisk status. Dette inkluderer grundig analyse av miljømessige forhold, pasientens anamnese og aktuelle helsetilstand samt eventuelt diskusjon med geriater og/eller nevrolog, både før og etter konsultasjon.

Resultat

Modellen har bidratt til mer nøyaktig diagnostisering samt rask, adekvat og kompleks behandling. God kommunikasjon mellom koordinator og teamet fra APS har vært avgjørende for å lykkes. Gjennom prosjektet har en erfart betydningen av lokal forankring. For pasientene har det vært en fordel å ha nærmere tilgang til spesialisthelsetjenesten. Gjennom oppfølging lokalt har en eksemplert på at innleggelse i psykiatrisk avdeling har blitt unngått. Pårørende har vist stor interesse og gitt positive tilbakemeldinger.

Suksessfaktorer

Lokal forankring og koordinators rolle.

Det har vært sentralt for prosjektet at det har hatt en lokal forankring gjennom koordinator som har lokalkunnskap og oversikt over mange av brukerne og hjelpeapparatet. For hjemmeboende pasienter er det nyttig at koordinator er bindeledd mellom APS og instanser i kommunen. Dette gjelder både demens- og psykiatriteam, men også fastlege, hjemmetjenesten og ergoterapitjenesten.

Fleksibilitet og forutsigbarhet.

Koordinator og prosjektleder har hatt god kommunikasjon og tett samarbeid mellom reisedagene. Dette har gitt muligheter for endringer av konsultasjonsplanen helt frem til aktuelle virkedag. Planleggingen har medført effektiv tidsbruk med utnyttelse av alle konsultasjonstimer med dynamisk fleksibilitet og forutsigbarhet.

Fordeler for pasienten. Pasienten har hatt nærmere tilgang til spesialisthelsetjenesten.

På denne måten vil pasienten ikke være eksponert på unødvendige stimuli knyttet til lang reisevei. Dette bidrar til at pasienten er i bedre form ved konsultasjonen, noe som fører til en mer nøyaktig og fullverdig vurdering. Tett oppfølging fra Alderspsykiatrisk poliklinikk i kommunen har vært medvirkende til at innleggelse ved psykiatrisk avdeling har blitt unngått.

Tilbud for pårørende. Det legges stor vekt på at pårørende er velkommen til å delta ved konsultasjonene. I de fleste tilfeller takker de ja til dette og er positivt innstilt. Slik får vi et mer helhetlig bilde av pasientens situasjon.

Vi underviser pårørende om pasientens sykdom med tanke på bedre forståelse av symptomene. Sammen med psykologisk støtte vil dette hjelpe pasientens familie til å takle nåværende livssituasjon og har positiv effekt for pasienten.

Gjennom prosjektet har vi hatt et godt samarbeid med pårørende med fokus på å tilpasse tilbudet til den aktuelle situasjonen.

Samarbeid med avdelingene. Alderspsykiatrisk poliklinikk har hatt tett samarbeid med det kommunale hjelpeapparatet i forbindelse med virkedagene. Det gjelder både organisatoriske og faglige aspekter.

I tråd med nasjonale retningslinjer og kunnskapsbasert praksis har vi hatt krav i forhold til henvisningsinnhold og gjennomføring av behandlingsprosess.

Gjennom prosjektperioden har personalet i kommunen raskt tilpasset seg til disse kravene.

De har jobbet mer selvstendig og systematisk når det gjelder observasjon, utredning, miljøterapeutiske tiltak, medisiner og oppfølging. Regelmessige fellesmøter med det tverrfaglige teamet rundt pasienten har vært grunnlag for et konstruktivt samarbeid og kompetanseoverføring.

Alderspsykiatrisk team følger pasienten opp med nytt besøk om seks uker i forbindelse med fast virkedag i kommunen. Pasienten settes på liste for eventuell innleggelse ved alderspsykiatrisk døgnpost. Tilsynslege og personalet kan ta kontakt med oss ved behov.

2. besøk etter 6 uker

Møte med tilsynslege og personalet. Pasienten har nå fast plass ved sykehjemmet. Det opplyses at pasienten har mindre falltendens, bedre balanse og er mer våken etter seponering av Zyprexa. Pasienten virker roligere og er tydelig mindre forstyrret av hallusinasjoner. Bedring av pasientens tilstand ble observert etter nedtrapping av Sinemet og oppstart med Exelon-behandling. Dette bekreftes ved gjennomgang av atferdsregi-

streringsskjema. Pasienten sover godt om natta og har god matlyst. Han har gått opp to kilo i vekt.

Ved blodprøver fant tilsynslege lave verdier av folat og B12 og begynte med tilskudd av TrioBe. Pasienten synes å respondere godt på Exelon-behandling og det anbefales å trappe dosen av depotplasteret opp til 9,5 mg per 24 timer. Tilsynslege ser ikke behov for innleggelse ved Alderspsykiatrisk døgnpost slik situasjonen er nå. Pasienten følges opp av Alderspsykiatrisk team ved våre virkedager.

3. besøk etter 12 uker

Møte med tilsynslege og personalet ved avdelingen. Det opplyses om at pasientens situasjon fortsatt er stabil bortsett fra en periode med økt uro og irritabilitet i sommer

som ses i sammenheng med ferieavviklingen ved institusjonen. I denne perioden var det mange, for pasienten ukjente, ferievikarer. Personalet gir uttrykk for at pasienten har god effekt av Exelon-behandling. Han er mer tilgjengelig og samarbeidsvillig. Hallusinasjonene er betydelig redusert og pasienten viser bedre forståelse for sine symptomer. Han har god nytte av informasjon og støtte fra personalet. Det beskrives at pasienten har god kvalitet på nattesøvn. Vekten er stabil. Pasienten gir god formell og emosjonell kontakt, har stabilt stemningsleie og trives godt ved sykehjemmet.

Det avtales med tilsynslege at kontakten med Alderspsykiatrisk poliklinikk kan avsluttes nå. Tilsynslege kan sende ny henvisning ved behov.

Antall henvisninger og innleggelser ved alderspsykiatrisk døgnpost. Det observeres liten variasjon i antall henvisninger i løpet av prosjektperioden sammenlignet med antallet før oppstart. I 2011 ses det en markant økning som kan ha sammenheng med behov og interesse for det nye tilbudet blant henvisende leger i kommunen (figur 1).

Gjennom prosjektperioden har vi sett en tydelig tendens til reduksjon i antall innleggelser fra Herøy kommune (figur 2).

Konklusjon

Ved denne modellen har vi oppnådd:

- ◆ Nærmere tilgang til spesialisthelsetjenesten som har vært til fordel for både pasienter og pårørende.
- ◆ Lokal forankring gjennom koordinator. Dette har vært avgjørende med tanke på prosjektets gjennomføring og logistikk.
- ◆ Økt kompetanse i kommunen.
- ◆ Mer nøyaktig diagnostisering samt rask, adekvat og kompleks behandling.
- ◆ Reduksjon i antall innleggelser ved psykiatrisk avdeling.

Utfordringer

Vi ser klare fordeler med denne måten å jobbe på, men det finnes også utfordringer:

Metoden krever mye planlegging og koordinering og genererer mye dokumentasjonsarbeid.

Reisedagene forutsetter et fast team som reiser. Dette kan være sårbart ved fravær og det kan være vanskelig å finne ny dato ved eventuell avlysning.

Vi har jobbet bevisst med å evaluere og avslutte saker når pasientens situasjon er stabilisert. Ved behov kan pasienten henvises på nytt. I fremtiden synes det å være hensiktsmessig å utvikle videre samarbeid mellom alderspsykiatri, geriatri og nevrologi samt rolleavklaring ved behandling av pasienter med kognitiv svikt og demens.

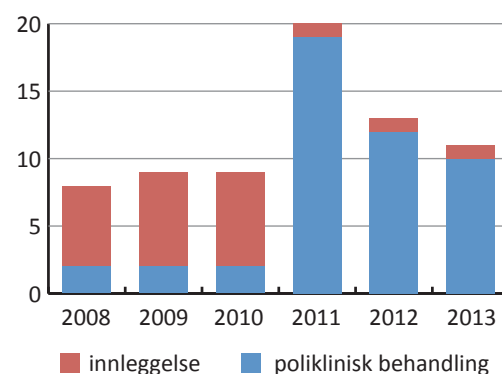
Planer

I løpet av høsten 2014 startes det et nytt prosjekt ved Alderspsykiatrisk seksjon som inkluderer sju kommuner på Søre Sunnmøre (Sjustjerne) (6). Erfaringene fra Herøy vil danne grunnlaget for det nye prosjektet (7, 8). En ønsker å etablere en effektiv og nyskapende metode for samhandling der formålet er å styrke den alderspsykiatriske kompetansen på tvers av forvaltningsnivå – der pasienten bor. Alderspsykiatrisk seksjon har fått tilskudd fra midler til samhandlings- og forbedringsprosjekter i 2014 i Helse Midt-Norge RHF for å utvikle denne modellen.

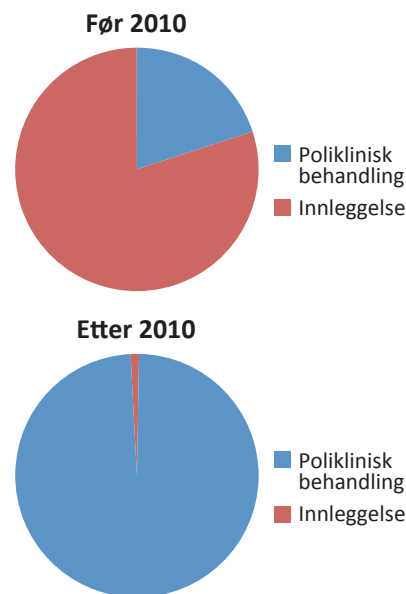
■ dymitr.melchisedekow@helse-mr.no

REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå. Folkemengde og areal, etter kommune. <http://www.ssb.no/190435/folkemengde-og-areal-etter-kommune-sa-57> (01.01.2014)
2. Engedal K, Haugen PK. Demens, fakta og utfordringer. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2009.
3. Helse Møre og Romsdal HF. Samhandling med videokonferanse. Samhandlingsprosjekt mellom alderspsykiatrisk seksjon, Sunnmøre og Vanylven kommune. <http://www.helse-mr.no/no/Aktuelt/Nyheiter/Arkiv/Nyheiter-2014/Samhandling-med-videokonferanse-og-auka-kompetanse/127058/> (24.01.2014)
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen 2008-2009. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201> (19.06.2009)
5. Helseidrettsrådet. Prioriteringsveileder – Psykisk helsevern for voksne, 2008. <http://helseidrettsrådet.no/publikasjoner/prioriteringsveileder-psykisk-helsevern-for-voksne/Sider/default.aspx> (11.11.14)
6. Helse Møre og Romsdal HF. Prosjekt - Alderspsykiatrisk seksjon (APS) virkedager i Sjustjerna Helse og Omsorg. <http://www.helse-mr.no/no/Fagfolk/Samhandling/Prosjekt/Prosjekt---Alderspsykiatrisk-seksjon-APS-virkedager-i-Sjustjerna-Helse-og-Omsorg/129349/> (08.07.2014)
7. Fannemel E. «Psykiatrisuksess». Sunnmørsposten 12.07.2014.
8. Leder. «Store utfordringer i alderspsykiatrien». Sunnmørsposten 17.07.2014. <http://www.smp.no/meninger/leder/article9926592.ece>



Figur 1. Antall henvisninger fra Herøy kommune per år.



Figur 2. Gjennomsnittlig fordeling av innleggelser og poliklinisk behandling blant alle pasienter henvist fra Herøy kommune per år.

Bente Wallander (tekst og foto)

Fjerner skott i Sogn og Fjordane

Alderspsykiatri ved medisinsk avdeling



FRUKTBART I NORDFJORDEID: Geriatrisk sykepleier Alice Vedvik (t.v.), overlege Rune Nordpoll og sykepleier med videreutdanning i demensomsorg, Inger Liv Berdal, er fornøyd med nyskapningen Eldremedisinsk poliklinikk.

Tre kjente helseutfordringer for eldre ligger bak et utradisjonelt samhandlingstilbud ved Nordfjordeid sykehus: Falltendens, polyfarmasi¹ og kognitiv svikt. Ved sykehusets eldremedisinske poliklinikk går alderspsykiatrien og somatikken nå hånd i hånd.

Bakgrunnen for den uvanlige løsningen er et omstillingsprosjekt ved Nordfjordeid sykehus i 2012. Sykehuset mistet flere funksjoner, blant annet fødeavdeling og ortopedisk, og i den forbindelse ble det bevilget midler til et omstillingsprosjekt som hadde som mål å bygge opp nye tilbud og fremtidsrettede tilbud ved lokal-sykehuset. Flere grupper ble nedsatt og en gruppe skulle se på tilbudene til eldre med sammensatte fysiske og psykiske lidelser. Prosjektet munnet ut i flere forslag, deriblant ett som dreide seg om å etablere et poliklinisk tilbud for eldre med sammensatte helseproblemer som har behov for god koordinering av tjenester, sier overlege Rune Nordpoll.

Medisinsk forankret

Året før det store omstillingsprosjektet hadde man etablert Alderspsykiatrisk team ved Nordfjord Psykiatrisenter som er et av tre DPS i Helse Førde.

– Det var den gang meg og to sykepleiere, geriatrik sykepleier Alice Vedvik og psykiatrisk sykepleier Karin Nordvik, som hadde definert tid til rådighet for en alderspsykiatrisk poliklinisk/ambulant tjeneste, forteller Rune Nordpoll.

Den nye løsningen ble et samarbeid mellom psykiatrisenteret og sykehusets medisinske seksjon. Tre av kontorene på medisinsk poliklinikk ble avsatt til bruk for Eldremedisinsk poliklinikk, som åpnet dørene den 15. oktober i 2013. Her arbeider man i et tverrfaglig team bestående av (alders) psykiater, indremedisiner, sykepleiere, ergoterapeut og fysioterapeut.

– Vi har også mulighet til å involvere farmasøyt om det skulle være behov for det. Poliklinikken holder åpent to dager hver uke og er organisert under medisinsk avdeling, fortsetter overlegen.

Pasientene henvises av sin fastlege eller fra en sykehuslege, dersom han/

¹⁾ Et begrep for at pasienter benytter flere medikamenter enn ønskelig og i større doser enn ønskelig.



TVERRFAGLIG TEAM: Fysioterapeut med videreutdanning innen tverrfaglig rehabilitering, Ruth-Sissel Bjørhovde (t.v.), geriatrikisk sykepleier Jorund Levorstad og ergoterapeut Mari Evjebø synes det er spennende å arbeide ved Eldremedisinsk poliklinikk.

hun er innlagt i avdeling. God mottakelse til tross, ventelistene er ett år senere ikke lange.

– Det tar sin tid å bygge opp noe nytt. Men vi har hatt 60-70 pasienter totalt og får stadig positive tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende. Også blant de ansatte er entusiasmen stor, sier Nordpoll.

Samordningsgevinst

Tanken bak tiltaket er å skape et tilbud som ser helhetlig på pasientens somatiske og psykiske sykdommer.

– Sogn og Fjordane har verken hatt alderspsykiatrisk eller geriatrikisk avdeling. Nå har vi i alle fall et definert tilbud til denne gruppen pasienter. Foreløpig er det størst interesse for utredning av kognitiv svikt og demens, men vi opplever også at vi ved utredning av pasienter med falltendens kan dra nytte av vår kompetanse på kognitiv svikt. Opptaksområdet omfatter seks kommuner i Nordfjord og teller cirka 30 000 innbyggere. Det kommer også henvisninger fra kommuner utenfor opptaks-

området, noe som skulle tilsi at dette er et nytt tilbud som dekker et behov.

De ansatte ved Eldremedisinsk poliklinikk har ukentlige samarbeidsmøter der de går gjennom alle henvisninger og planlegger undersøkelser og behandling av hver enkelt pasient.

– Et positivt resultat av å jobbe i samme system er at en eldre, skrøpelig pasient skal slippe å reise flere ganger til utredning av sammensatte lidelser. Vi prøver å få det til slik at han eller hun kan få tatt flere undersøkelser samtidig. Det er mye å vinne på samordning, avstandene i fylket er store.

Samarbeid på flere plan

Foreløpig har man ved den nye klinikken hatt mye fokus på kognitiv svikt, demens og delir. Det er gjennomført undervisning om delir både for legene og pleierne på sykehuset.

Alderspsykiatrisk team Nordfjordeid psykiatrisenter arbeider fortsatt poliklinisk og ambulant, uavhengig av det nye tilbudet på sykehuset.

Eksempel

Følgende kasus fra Nordfjordeid er et eksempel på hva man kan oppnå når avstanden mellom ulike avdelinger er kort:

En pasient ble lagt inn på KAD i fjor høst, med gjentatte anfall av uspesifisert karakter. Da makstiden på tre dager var gått ble han overført til medisinsk avdeling. Der fant man ingen årsak, men de lurte på om det kunne dreie seg om psykisk lidelse og demens / kognitiv svikt. Da vi fikk undersøkt pasienten viste det seg at vedkommende led av demens og en alvorlig depressiv tilstand som hadde stått over tid. Etter å ha fått rett diagnose, medisiner, behandling og en forklaring snudde situasjonen helt i løpet av et par måneder. Det viste seg at dette hadde pågått i et par år, med stor engstelse for alle involverte og vanskelige hjemmeforhold.

– Pasienter som kommer til Eldremedisinsk poliklinikk, og hvor det viser seg at de trenger mer lengrevarende oppfølging, blir overført til Alderspsykiatrisk team. Vi veileder, utreder og følger opp, også med hjemmebesøk. Samarbeidet er godt, på tvers av psykiatri og somatikk, også med førstelinjetjenesten, understreker Nordpoll.

– Alle kommunene i opptaksområdet har nå demensteam. Pårørendeskoler er også oppe og går i de fleste kommuner. Vi ønsker å etablere et alderspsykiatrisk nettverk, og har hatt en samling med representanter fra alle kommuner i Nordfjord, poliklinikken og psykiatrisenteret. Vi har også hatt samling med demensteamene i kommunene og det har lagt grunnen for god oppfølging i hjemmkommunen når pasienten blir utskrevet fra poliklinisk oppfølging. I flere saker som er henvist har demensteamet i kommunen allerede vært inne med utredning, men diagnose mangler i tillegg til en klar tilbakemelding til pasient og pårørende.



Kompetanseløftet 2015

Kompetanseløftet 2015 er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan for de kommunale omsorgstjenestene og er en delplan under *Omsorgsplan 2015*.

ALDRING OG HELSES KOMPETANSETILBUD

Marta Reggestad, prosjektleder for kompetanseheving av ufaglærte (tekst)

Helsefagarbeiderutdanning

Gjennom prosjektet «Jeg vil bli helsefagarbeider – med ABC til fagbrev» har Aldring og helse utviklet en opplæringsmodell med utgangspunkt i læreplanen for helsearbeiderfaget.

Opplæringsmodellen består av fire ukesamlinger i grupper i løpet av ett og et halvt år, og mellom samlingene følger deltakeren undervisningen via vårt nettbaserte klasserom – der de leverer oppgaver, skriver logger fra utførte arbeidsoppgaver i praksis og følger nettforelesninger etter oppsatt plan. Kontaktlæreren følger opp deltakeren med tilbakemeldinger på oppgaver og logger.

Deltakerne får egen opplæringsplan basert på tidligere utdanning, kompetanse og arbeidserfaring. Gjennom samtaler under samlingene kan planen justeres ut fra arbeidsforhold og familiesituasjon.

Arbeidsgiver/arbeidsplassen har ansvar for veiledning og opplæring i arbeidsoppgaver innen helsefagarbeiderens ansvars- og kompetanseområde. Arbeidsgiver ved nærmeste leder og veileder tilbys et dagkurs der opplæringsmodellen og veiledning er fokus. Etter at helsefagarbeiderutdanningen ble en fagutdanning, er opplæringen på arbeidsplassen svært viktig og nødvendig for utdanningen.

Våre deltakere sikres opplæring og veiledning ved en samarbeidsavtale mellom deltaker, arbeidsgiver, veileder og prosjektledelsen.

Opplæringen er gratis for alle – deltakeren får dekket utgifter i forbindelse med samlingene, bøker lånes ut på langlån fra vårt bibliotek.

Deltakerne blir gode på digitale ferdigheter da mye av opplæringen foregår via vårt nettbaserte klasserom. Nytt er bruk av spillteknologi for innlæring av fagstoff. To spill er utviklet og brukes av deltakerne for å lære om håndhygiene og hvordan man tar blodtrykk.

Prosjektet tilbyr oppfølging frem til fagprøven, der prøvefagprøve, veiledning og hjelp i forbindelse med oppmeldingsprosessen er viktig for å få deltakerne til å fullføre opplæringen.

– *Hva har skjedd siden den første gruppa startet opp i 2011?*

Over 350 deltakere er registrert, og av disse har 49 avlagt fagprøve. Innen 31.12. 2014 vil det være 52 og i 2015 vet vi at det blir mange. Dessverre er det noe ventetid fra oppmelding til fagprøve kan avlegges.

– *Vi får gode tilbakemeldinger fra deltakere:* «Hadde det ikke vært for dere ville jeg ikke vært fått fagbrev», «Jeg har fått mer ansvar og økt stillingen min under opplæringen.»

I løpet av opplæringen skal deltakeren bli med på Demens/Eldreomsorgens ABC- og etter hvert Mitt Livs ABC-satsingen på arbeidsplassen.



Dette må jeg kunne – introduksjon til helse- og omsorgsarbeid

Heftet gir en kort innføring i noen fagtemaer vikarer og nyansatte uten helsefaglig utdanning bør ha kunnskap om for å arbeide med eldre. Hensikten er å gi dem faglig basiskunnskap og inspirere til videre opplæring – rekruttering til helsefagene. Heftet er et supplement til kommunenes opplæringsprogram for nyansatte pleieassistenter.

Heftet består av fire deler:

Del 1 omhandler noen av lovene som regulerer helse- og sosialtjenestene i kommunene.

Del 2 gir en innføring i ulike temaer som observasjon, rapportering, kommunikasjon, holdninger, etikk, hygiene, aktiviteter, forflytningsprinsipper, komplikasjoner ved immobilitet, måltider, ernæring og tema i forbindelse med død.

Del 3 beskriver kort noen vanlige sykdommer hos eldre.

Del 4 er en sjekkliste for opplæring av nyansatte.

Kompetanseløftet har fem delmål:

- Bidra til flere årsverk med relevant fagutdanning i kommunal helse- og omsorgssektor.
- Heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene.
- Sikre brutto tilgang på et betydelig antall helsefagarbeidere per år
- Skape større faglig bredde.
- Styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning for de som er ansatt i sektoren.

Kilde: Helsedirektoratet 2011

I forslaget til statsbudsjett 2015 kan vi lese:

«For å bidra til rekruttering, kompetanse og fagutvikling i omsorgstjenestene, foreslås det å utvikle et nytt kompetanseløft for perioden 2016–2020, Kompetanseløft 2020. Planen skal bygge videre på de gode erfaringene fra Kompetanseløftet 2015.»

Prop. 1 S (2014–2015) Helse- og omsorgsdepartementet, s.142

Betty Døble, prosjektkoordinator (tekst)

Demensomsorgens ABC

Demensomsorgens ABC er utviklet for å formidle oppdatert kunnskap om demenssykdommer og god praksis i behandling og omsorg for personer med demens. Målgruppen er helsepersonell som arbeider i kommunenes helse- og omsorgstjenester, og opplæringen er virksomhetsintern med deltakere som arbeider tverrfaglig og ved forskjellige avdelinger.



Fra 2008 til oktober 2014 er over 18 000 ABC-deltakere registrert fra 402 (94 prosent) av 428 kommuner. Av deltakerne er 23 prosent sykepleiere og fire prosent fysioterapeuter, ergoterapeuter, vernepleiere eller sosionomer. Mer enn 10 000 deltakere (60 prosent) er hjelpepleiere, helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere eller aktivitetører. Tretten prosent mangler helsefaglig utdanning, men deltar på lik linje i ABC-gruppene med faglige diskusjoner og refleksjoner og bringer inn erfaringer fra egen praksis. Målet er at alle som deltar skal oppleve nytteverdi og se seg som likeverdige, uansett yrke og erfaringsbakgrunn. Arbeidsformen skal gi bevissthet om egne verdier og holdninger og være en arena for veiledning, reflek-

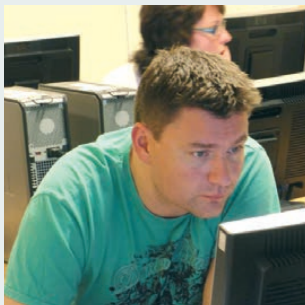
sjon og erfaringsutveksling. Målet er å utvikle helsepersonellens kunnskaper, slik at de kan utøve tjenester av kvalitet i behandling av personer med demens som beskrevet i Demensplan 2015.

Modellen består av tre deler: 1) Teoretisk stoff samlet tematisk i studiehefter, satt sammen i permer beregnet på ett års opplæring. 2) Studie-/refleksjonsgrupper, seks-åtte deltakere, tverrfaglig sammensatt og i hovedsak selvstyrte. 3) Seminarer av fem-seks timers varighet gjennomføres to ganger i året for alle deltakerne i kommunen eller for flere kommuner sammen.

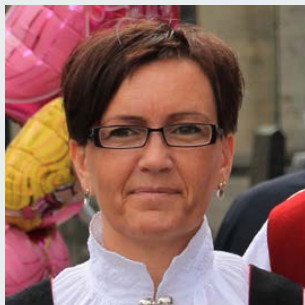
Det er utviklet et nasjonalt nettverk av kompetansemiljøer som følger opp kommunene og sikrer faglig gjennom-

føring av undervisning ved seminarerne. Arbeidet ledes av dyktige fagkoordinatorer fra spesialisthelsetjenesten innen alderspsykiatri og geriatri, fra utviklingssenter for hjemmetjeneste og sykehjem eller fra kommunale ressurs-senter. Miljøene har opparbeidet erfaring med ABC-modellen og samhandler med ledere i kommunene, noe som er viktig for å sikre at opplæringen kan gjennomføres i praksis.

Aldring og helse har det faglige ansvaret og koordinerer arbeidet på landsbasis. Det er utviklet et godt samarbeid med fylkesmannsembetene på oppdrag fra Helsedirektoratet, som finansierer satsingen som en del av *Demensplan 2015* og *Kompetanseløftet 2015*.



John Håvard Nilsen.



Trine Alnes.



Ill.foto: Martin Lundsvoll

ALDRING OG HELSES KOMPETANSETILBUD

Signe Baksaas Gjelstad, rektor Fagskolen Aldring og helse (tekst)

«Fagskolen har gjort noe med meg»

– Kunnskap er viktig for at jeg skal føle meg trygg og gjøre en god jobb i møte med pasienter og deres pårørende, sier Trine Alnes.

Aldring og helse startet fagskoleutdanning i demensomsorg og alderspsykiatri i 2008, og i 2013 ble tilbudet utvidet med fagskoleutdanning innen utviklingshemning og aldring.

Fagskoleutdanning ligger over videregående nivå i det norske utdannings-systemet og har erstattet de tidligere videreutdanningene for hjelpepleiere. Opptakskravet til fagskolen er autoriserte helsefagarbeidere etter bestått fagbrev.

Demensplanen og Kompetanseløftet beskriver at det er behov for å styrke rekrutteringen og kompetanseutviklingen innen fagfeltet demensomsorg og alderspsykiatri. Fagskolen Aldring og helse gir helsefagarbeidere denne spisskompetansen. Utdanningen er yrkesrettet slik at det er mulig å ta i bruk ny kunnskap umiddelbart.

Fagskolen Aldring og helse er godkjent av NOKUT.

– Hvorfor velge fagskoleutdanning ved Aldring og helse?

Trine Alnes og John Håvard Nilsen har begge fullført fagskoleutdanningen ved Aldring og helse og de uttrykker det slik:

Trine: «Tanken om videreutdanning hadde ligget i bakhodet i mange år, ønsket om faglig påfyll var der, og for meg var det en modningsprosess. Jeg ønsket meg en kompetanse som jeg hver dag kan bruke inn mot pasientene og deres hverdag.»

John Håvard: «Jeg begynte å studere ved fagskolen på grunn av at jeg ble spurt om å delta i et demensteam og da var det lurt å få litt kunnskap om emnet.»

Jobb og utdanning - hånd i hånd

John Håvard sier at han opplevde at studie og jobb gikk hånd i hånd og Trine sier: «Her fikk jeg tilrettelagt undervisning som fungerte godt sammen med jobb. Det å kunne studere hjemme kombinert med jobb, var viktig for meg», sier Trine. «Mange meget dyktige forelesere gjorde at jobben ble strukturert og lærerik, samtidig som jeg fikk gjøre praksis på egen arbeidsplass der en kjenner både pasienter og kollegaer. Dette gjorde arbeidsplassen mer involvert i mine studier og jeg fikk prøvd ut ting i praksis.» Videre sier hun at «man ofte faller inn i et spor slik at en tror dette er det beste for pasienten, men med kunnskap, empati og et åpent sinn er det mye vi kan ta tak i, endre på, som kommer pasienten til gode».

Arbeidsform

Studiet er basert på fire ukesamlinger, praksis på egen arbeidsplass, videoforelesninger, nettmøter og oppgaver som leveres i nett-klasserom.

Trine sier: «Fellessamlingene og telefonkonferansene var med å gi den følelsen jeg trengte av samhörighet med andre i samme situasjon.»

«Lærerne og foredragsholderne som ble brukt var dyktige personer innen sitt fagfelt. Dette er viktig for motivasjonen i studietiden.»

Fagskolen - et bidrag til nye arbeidsoppgaver

John Håvard sier: «Jeg er demenskoordinator i Vågan kommune i 100 prosent stilling, noe jeg må takke fagskolen for. Den har gjort meg fagkompetent til å takle en slik stilling.»

Trine jobber fortsatt i bokollektivet for personer med demens, men hennes arbeidsoppgaver har endret seg litt. «Jeg blir oftere tatt med når kartlegging av pasientene skal gjøres. Jeg er også med på å starte demensteam i kommunene og på sikt være med i den gruppen som skal drive med utredning.»

Bente Wallander (tekst)

Aksjonsmidler til demensforskning

Nasjonalforeningen for folkehelsen delte i høst ut midler til de første forskningsprosjektene som er finansiert av fjorårets TV-aksjon. 36 millioner kroner ble fordelt på fire demensrelaterte forskningsprosjekter.

Demensforskningsprogrammet til Nasjonalforeningen for folkehelsen er et resultat av fjorårets TV-aksjon. Over 200 millioner kroner ble samlet inn. Av disse ble 81 millioner kroner øremerket demensforskning.

– Ved hjelp av vårt forskningsprogram vil vi bygge broer mellom forskning som ser på årsaker til demens og forskning på behandlingsmuligheter. Målet er å øke den generelle kunnskapen om risikofaktorer, årsakssammenhenger, forebyggende tiltak, diagnostiske metoder og behandlingsmuligheter, sa styreleder Tora Aasland i Nasjonalforeningens for folkehelsens demensforskningsprogram.

Fra programmet ble det i september fordelt 36 millioner kroner på følgende fire prosjekter:

Molecular mechanisms in delirium and dementia: Identification of potential therapeutic targets. Tema: Sammenhengen mellom akutt forvirring hos eldre og utvikling av senere demens. Prosjektleder Farrukh Abbas Chaudry, Universitetet i Oslo.

New Biomarkers for early detection of Alzheimer's disease. Tema: Hjerneendringer: Forskjellen på normal aldring og Alzheimers sykdom. Prosjektleder Anders Martin Fjell, Universitetet i Oslo.

The Norwegian Cognitive impairment After Stroke (COAST) study. Tema: Økt kunnskap om kognitiv svikt etter hjerne slag. Prosjektleder Ingvild Saltvedt, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.

Identifying genetic risk of dementia: from gene discovery to clinical implications. Tema: Genetiske forhold rundt

Alzheimers sykdom og demens. Hvilken rolle spiller arv? Prosjektleder Ole A. Andreassen, Universitetet i Oslo.

Underprioritert

– Vi er stolte og glade over å kunne bidra til arbeidet med å avdekke årsakene til demens, sier generalsekretær Lisbet Rugtvedt, Nasjonalforeningen for folkehelsen.

– Sammenliknet med forskning på tilsvarende alvorlige sykdommer, har demensforskningen lenge vært underprioritert. Og selv om man de senere årene har sett en opptrapping av innsatsen internasjonalt, er det trolig langt mer som skal til. Forskingen på årsaker, forebygging og behandling av demenssykdommene vil komme hele menneskeheten til gode, men de rike landene må ta hovedansvaret. Så langt har de norske bevilgningene vært små, det må det bli en endring på. Mens vi venter på et politisk krafttak, vil vi stå på for å skaffe



STOLT OG GLAD GIVER:

Generalsekretær Lisbet Rugtvedt.

(Foto: Nasjonalforeningen for folkehelsen)

penger på annet vis. For å sikre midler til fortsatt demensforskning etter at midlene fra TV-aksjonen er brukt opp vil vi også arbeide aktivt med innsamling til forskning.

Samarbeid og kompetanse

Med Demensforskningsprogrammet vil Nasjonalforeningen fremme forsknings-samarbeid, kompetanseheving og nettverksbygging. Når miljøene styrker hverandre økes mulighetene for å oppnå et forskningsgjennombrudd.

– Vi vil nå involvere forskerne som er tilknyttet prosjektene i et nettverk. Nettverket skal legge til rette for at deltakerne skal presentere sine arbeider for hverandre, med sikte på å diskutere, dele kunnskap og erfaringer, samt åpne for samhandling om data på tvers av prosjektene og miljøene. Dette arbeidet vil ledes av Nasjonalforeningen for folkehelsen og målet vårt er å bidra til et nasjonalt nettverk for demensforskning. I tillegg vil vi bidra til å skape en arena der også øvrige interesserte aktører engasjert i demensforskning i Norge er velkommen, gjennom årlige «Forskerforum».

– Kommer det flere utlysninger?

– Ja, det planlegges årlige utlysninger. Rammebetingelsene for hver enkelt utlysning utarbeides i samråd med styret for Demensforskningsprogrammet.

Slik brukes midlene fra TV-aksjonen 2013

Midlene brukes til forskning, opplysning og aktivitet. Mye er allerede igangsatt.

Forskning. 81 millioner kroner er satt av til forskning på årsaker, forebygging og behandling av demens. 36 millioner er foreløpig bevilget.

Aktivitet og deltakelse. Lokallagene i Nasjonalforeningen for folkehelsen er godt i gang i sine nærmiljøer, med nærmere 400 ulike tiltak, blant annet aktivitetsgrupper, utflukter, hyggekvelder, demenskafeer og sang- og musikkarrangementer. Organisasjonen er i gang med å etablere «Aktivitetsvenn» i alle fylker, der frivillige skal rekrutteres og få opplæring. Målet er å bidra til at personer kan få gode opplevelser i hverdagen, gjennomføre fritidsaktiviteter og delta mer i sosiale fellesskap.

Opplæring og informasjon for økt åpenhet og forståelse. Det er opprettet et nettverk av likepersoner for pårørende, et brukerforum bestående av mennesker som selv har demens og lansert en kampanje for et mer demensvennlig samfunn.

Demenspriser til hverdagshelter

Nasjonalforeningen for folkehelsen fylkeslag har delt ut årets demenspriser. Tre av vinnerne har selv demens og får prisen for sin åpenhet om sykdommen.

Demensprisen er en honnør til innsats utenom det vanlige. Det kan være enkeltindivider som gjør et stort uformelt og frivillig arbeid, eller offentlig virksomhet som gjennom sitt virke fremviser nytenkning og engasjement på en verdig og inkluderende måte, og som kommer demenssyke og pårørende til gode.

Tre av årets vinnere får prisen for sin åpenhet om egen demenssykdom. De er

flotte ambassadører for demenssaken, og deres historier og erfaringer bidrar til å øke kunnskapen og forståelsen for sykdommen.

– Nasjonalforeningen for folkehelsen gratulerer årets prisvinnere, og takker for innsatsen de har gjort for personer med demens og deres pårørende, sier generalsekretær Lisbet Rugtvedt.

Årets demensprisvinnere:

Akershus: Odvar Omland, for sin innsats som pårørende. For sitt personlige engasjement, og åpenhet om sykdommen i media.

Buskerud: Kikut bofellesskap v/Klokkarstuen helsetun, for god demensomsorg.

En avdeling som osrer av trygghet, kjærlighet, omsorg og glede.

Oslo: Solfrid Rosenvold Lyngroth, for sin entusiasme og innsats for å bedre demensomsorgen i Oslo.

Hedmark: Liv Elde Mikkelsen, for sin åpenhet om demenssykdommen.

Oppland: Jorunn Heier, ildsjel i Vågå kommune som brenner for å gjøre hverdagen bedre for personer med demens og deres pårørende.

Østfold: Mona Skogen, for sitt arbeid på dagaktivitetstilbudet for personer med demens ved Stene gård.

Vestfold: Avdeling Tusenfryd ved Andebu sykehjem, fordi de er så flinke til å aktivisere beboerne.

Bente Wallander (tekst)
Martin Lundsvold (foto)

Liv lever med demens – Du dør ikke av å få en Alzheimer-diagnose

Liv Elde Mikkelsen fikk årets demenspris i Hedmark. Den engasjerte Vang-kvinnen ble hedret for sin åpenhet om livet med demens.



GLAD PRISMOTTAKER: Liv Elde Mikkelsen.

– Liv Elde Mikkelsen har ved sin åpenhet gitt oss verdifull informasjon og en mulighet til innlevelse i et liv med demensdiagnosen, sa fylkesstyreleder Olav Teppen da han delte ut Hedmarks Demenspris 2014, på vegne av Nasjonalforeningen for folkehelsen i Hedmark.

Med prisen ville fylkeslaget takke henne for alt hun har gjort, for hennes positive og livsbejaende innstilling. Som samfunn har vi de siste årene fått mer kunnskap om demenssykdommene, de skremmer oss ikke på samme måten. Noen har gjort litt mer enn de fleste for å bevege verden i riktig retning og du, Liv, er en av dem. Med ditt store engasjement har du bidratt sterkt til å dra demenssykdommene frem i lyset, sa Teppen.

Det er allerede mer enn ti år siden Liv Elde Mikkelsen (68) følte på seg at noe var galt.

– Jeg ble så sliten, så sliten, sier hun.

– Når Liv kom hjem fra jobben var hun helt utslått. Hun lå bare rett ut, bekrefter samboer Torleif Bjelde Jensen.

Lærerutdannede Liv arbeidet i denne perioden ved Voksenopplæringen for fremmedspråklige elever i Hamar og Stange. Lærergjerningen kan være krevende, i begynnelsen tenkte Liv at hun nok måtte være utbrent. Da hun også fikk problemer med å føre time-lister, ante imidlertid paret uråd.

– Liv fikk diagnosen Alzheimers sykdom i 2005 etter å ha vært gjennom en rekke undersøkelser og hjernescanning, forteller Torleif.

Manglet tilbud

Da Liv i 2005 ble erklært ufør, satte hun seg umiddelbart ned ved datamaskinen for å lete etter tilbud til forholdsvis oppegående personer med Alzheimer-

diagnose. Først fant hun bare tilbud til pårørende.

– Det fantes ikke tilbud til en som meg, med demens i en tidlig fase, sier Liv.

Så oppdaget hun Nasjonalforeningen for folkehelsen Demenslinje, hvor hun fikk hjelp. Hun ble satt i kontakt med Kristin Borg, som ledet en samtalegruppe for yngre personer med demens i Oslo. Der ble hun ønsket velkommen, og i en lengre periode reiste hun alene til Oslo en gang hver uke, for å delta i samtalegruppen.

– Jeg likte å reise for å være sammen med de andre, sier Liv.

Liv ivret på denne tiden sterkt for opprettelsen av et tilsvarende tilbud for personer med demens i Hedmark. Hun frontet selv saken ved å stille opp til intervjuer i aviser og på TV, og var svært fornøyd da Nasjonalforeningen Hamarregionen demensforening kom med et for-

Telemark: Dagmar Bergquist, for sitt arbeid ved Bø sjukeheim gjennom 20 år.

Vest-Agder: Inger Lise Markussen, god demenskoordinator i Kristiansand, og god samarbeidspartner for Nasjonalforeningens demensforening.

Aust-Agder: Reidun Rasmussen, lokal frivillig ildsjel som tar med seg beboerne på sykehjemmet ut på tur i nærmiljøet.

Rogaland: Kristin Marie Aas Nordin, foregangskvinne med stort engasjement for Blidensol sykehjem, og for å gi de som har demens gode hverdager.

Hordaland: Norvall Grytli, frivillig ildsjel som leder en musikkgruppe som spiller på kommunens sykehjem. Musikken gir gode øyeblikk for de med demens.

Sogn og Fjordane: Jon Inge Holmøyvik, lokal frivillig som spiller trekkspill på sykehjemmet. Gir mye glede for personer med demens.

Møre og Romsdal: Øystein Ørjasæter, engasjert pårørende som har gjort en stor innsats for demensomsorgen lokalt i sin kommune.

Sør-Trøndelag: Svein Ola Åndal, får prisen for sin åpenhet om demenssykdommen, og fordi han er genuint opptatt av å skape mestringssituasjoner for dem som har demens.

Nord-Trøndelag: Kjell Pettersen, får prisen for sin åpenhet om demenssykdommen og fordi han er en hverdagshelt på sykehjemmet.

Nordland: Demensavdelingen ved Vefsn sykehjem, for god demensomsorg og for godt samarbeid med Vefsn demensforening.

Troms: Kristin Sørgård, for innsatsen som leder av demensteamet i Bardu kommune. Pådriver for kommunens demensplan og for opprettelse av demens-team.

Finnmark: Ellen Johansen, for sin innsats i prosjektet «Inn på tunet – ut på havet».



HEDRET: Alle prisvinnerne får et bilde laget av kunstneren Inger Dale Flatebø.

middagstilbud på Hamar, kalt Torsdagsklubben, under ledelse av Kari Marie Gundersen. Her er Liv en trofast deltaker.

– Kari Marie er så fabelaktig. Når jeg ikke vet hva jeg skal gjøre snakker jeg med henne, stråler Liv.

Kjendis med demens

I årenes løp har det blitt mange offentlige opptredener på Liv.

– Hun har vært en god ambassadør for demenssaken og bidratt med et stort informasjonsarbeid, både i lokallaget, på fylkes- og landsplan, sier Olav Teppen.

Liv var i 2008 en av de få personene med demens som ble intervjuet på direkten under TV2s TV-produksjon og festforestilling «Gode minner – å leve med demens». Også foran fjorårets TV-aksjon var hun og Torleif aktivt med i det forberedende arbeidet.

Liv har blant annet stilt opp på skolene og fengslet elevene med sine historier om hvordan det kan oppleves å ha en sykdom som Alzheimers.

Går mye

I flere år etter at hun ble syk hadde Liv stor glede av å gå turer i nærområdet. Alene eller sammen med familiens svarte elghund Karo. Med en GPS knyttet opp mot ektemannens telefon har hun følt seg trygg, men etter hvert som sykdom-

men har utviklet seg, er hun mindre glad i å gå alene.

– Usikkerheten oppsto før jul i fjor, da hun og bikkja havnet skikkelig på holka. Nå går hun bare ut i følge med andre, forteller Torleif.

Han arbeider fortsatt fullt, så dagene kan bli både lange og ensomme for Liv. En gang i uken deltar hun derfor i Nasjonalforeningen for folkehelsens prosjekt «Med fortellinger i tursekken». Da går hun på tur sammen med andre hjemmeboende personer med demens og enkelte beboere fra institusjon. En annen ukedag hentes hun til tur av frivillige fra Helselaget og to dager hver uke får hun besøk fra en av de ansatte i kommunens hjemmesykepleietjeneste.

Et friluftsmenneske

– Liv har også hatt tilbud om å delta i dagaktiviteter, men foreløpig har hun ikke ønsket dette. Vi er derfor spent på nasjonalforeningens nye aktivitetsvennordning, og hva det blir til her i området, sier samboeren.

To barn og fire barnebarn bor i nærheten.

– Det er fint, forteller Liv, som synes samværet med barnebarnene er ekstra hyggelig.

Men unge mennesker av i dag er travle, det samme er barna.

– Jeg skulle likt å ha noen å prate og gjøre ting sammen med, innrømmer den friluftsglade kvinnen.

Når samboeren kommer hjem fra jobb, tar de seg alltid en tur ut sammen med Karo.

– Den turen er i hvert fall bankers, utbryter Liv fornøyd.



ENSOMT: For et friluftsmenneske som Liv kan dagene med demens bli lange.

– Men ettermiddagsturen med min mann Torleif og Karo er bankers, sier hun fornøyd.



STOR SUKSESS: Avdelingsleder Lillian Dahlseng (t.v.) er ikke i tvil om at fugleprosjektet har vært til glede for hennes avdeling ved Brumunddal bo- og aktivitetssenter. – Beboerne titter stadig ut gjennom vinduet for å se om det er noen fugler i karnappet, sier hun.

Bente Wallander (tekst)
Martin Lundsvoll (foto)

Når gleden kommer flyvende

Ved Brumunddal bo- og aktivitetssenter trenger ikke pasientene kikkert for å studere fuglene. Deres fjærklede gjester holder daglige forestillinger i avdelingens stuevindu.

Dyre- og andre naturopplevelser er et kjent og skattet miljøtiltak i norsk demensomsorg. Så også ved Brumunddal bo- og aktivitetssenter. Her kommer en kanin på jevnlig besøk og den riktblomstrende sansehagen er et yndet oppholds- sted. Men vinterstid blir det mindre aktivitet. Da avdelingsleder Lillian Dahlseng ble spurt om avdelingen ville delta i prosjektet «Fugleopplevelser i nærmiljøet. Hvordan kan vi legge til rette aktiviteter for å bedre livskvaliteten for eldre / personer med demens?», var det ikke nei i hennes munn.

I det spesiallagde fuglekarnappet som er montert utenpå stuevinduet lander nå små flyvende gjester for å kose seg med frø og annen hjemmelaget mat hver eneste dag. Til stor begeistring for alle som befinner seg inne i stuen. Fuglekassene, som pasientene malte før de ble hengt opp, har også hatt besøk i løpet av sommeren.

– Jeg er blind på det ene øyet og ser dårlig nok på det andre. Men fuglen som sitter og spiser rett ved meg kan jeg øyne, sier Kjell Jensen fornøyd.

Viktig aktivitet for mange

Det var Agder Naturmuseum og botanisk hage ved Roar Solheim som høsten 2010 mottok de første midlene til å sette ut spesialbygde fôringsstasjoner/fuglekarnapper ved eldreinstitusjoner i Kristiansand. I 2012 søkte Sigmund Lie og Trond Vidar Vedum ved Høgskolen i Hedmark om forskningstid for å teste ut det samme i Hedmark. Erfaringene fra de to prosjektene er senere sammenstillet.

– De fleste av oss finner glede i å følge årets gang i naturen gjennom ulike aktiviteter. Hagearbeid er viktig for mange, friluft aktiviteter likeså. Fuglene i nærmiljøet representerer liv i hagen og fugleføring er en utbredt aktivitet blant eldre mennesker. Deres arts kunnskap er ofte stor og de legger stor flid i å følge opp fôringsplassene, slik at fuglene til enhver tid har mat, sier Trond Vidar Vedum.

Livskvalitet

Det er likevel forsket lite på hva slik nærkontakt med fugler kan bety for oss.

– Vi ville finne ut hvor mye det betyr for folks trivsel og folkehelsen generelt, men til prosjektet hørte også spørsmålene: «Hvordan kan vi legge til rette aktiviteter for opplevelser for eldre og personer med demens?» «Hva slags virkninger kan dette ha, og kan det bidra til økt livskvalitet hos målgruppen?», fortsetter Sigmund Lie.

Høgskolen i Hedmark har i en årrekke bidratt til kunnskap om bruk av fugle-



SJEKKER TYPENE: Permen med fotografier av de vanligste brettfluglene blir flittig brukt.

karnapp i skoler og barnehager. Burene bygges på en spesiell måte og innredes slik at de får preg av å være et tre der fuglene kan finne skjul. Inne i burene etableres det foringsplasser og det kan også settes opp fuglekasser.

– Fuglene venner seg til at det er bevegelse på innsiden av vinduet og oppholder seg i karnappet i lange perioder om gangen. Dette skaper muligheter for nære naturopplevelser, sier han.

Fikk bur, mat og oppfølging

I Kristiansand kommune fikk to omsorgssentre satt ut til sammen fem foringsbur i 2011. Foringsautomater og egnet fuglefôr ble delt ut, pluss ett eksemplar av Fuglevennboka til hver av de deltagende avdelingene. Etter ett års drift sørget prosjektet også for at det ble lagt ut permer med plastlaminerte fotografier av de mest vanlige hagefuglene, slik at identifiseringen av de ulike artene skulle bli enklere.



GLEDESSPREDER: Fuglekarnappet gjør en positiv forskjell. – Undersøkelsen ga et entydig svar. Institusjonsbeboerne hadde stor glede av å følge fuglelivet, sier Trond Vidar Vedum og Sigmund Lie. Her sammen med avdelingsleder Lillian Dahlseng.



BLÅMALT: Beboerne ved Brumunddal bo- og aktivitetssenter har selv satt sammen og malt fuglehusene som nå henger i trærne utenfor.

I regi av Høgskolen i Hedmark ble det montert tre fuglekarnapp i Hedmark og ett i Oppland. I samarbeid med Bioforsk ble det også satt opp karnapp ved tre eldresentre i Finnmark.

– I forkant av monteringen hadde vi samtaler med personalet om ideen bak prosjektet. Produsenten av karnappene monterte dem på egnede vinduer og vi satte inn kvister, greiner og fuglefôr. Oppfølgingen av karnappene skjedde ved telefonkontakt og besøk. Høsten 2013 sendte vi så ut et spørreskjema der vi etterspurte tilbakemeldinger, forteller Trond Vidar Vedum.

Positivt for pasientene

Resultatene viser at alle institusjonene ga positive tilbakemeldinger på tiltaket.

– Alle institusjonene rapporterer at karnappene har fungert godt og at de har vært til stor glede for både beboere og personale, forteller Sigmund Lie.

Tiltaket har ifølge de som har besvart undersøkelsen bidratt til økt livskvalitet

og trivsel blant beboerne. Flere beboere har hjulpet til med å føre fuglene. Beboernes pårørende har også kommentert tiltakene positivt.

Én av de i alt ti deltagende institusjonsenhetene var en skjermet enhet for personer med demens. I sluttrapporten derfra fikk prosjektlederne følgende kommentar til øyeblikkets gleder: «En fargerik dompap og en livlig kjøttmeis betyr noe i øyeblikket. Gjenkjenningen og gleden i øyeblikket er viktig for den som husker dårlig eller har demens».

Forskning har vist at cirka 80 prosent av alle pasienter ved norske sykehjem har en demenssykdom.

– Vi må derfor anta at undersøkelsen har omfattet et stort antall personer med demens, selv om vi ikke ba om egne tilbakemeldinger for denne beboergruppen, sier Sigmund Lie.

Motiverende

I Brumunddal tok det litt tid før personalet oppfattet potensialet som lå i tiltaket.

– Enkelte pasienter var nok også litt skeptiske første gang Sigmund Lie besøkte avdelingen, Lillian Dahlseng.

Det tok i tillegg noen uker før de første fuglene vennet seg til den nye fôringsplassen.

– Fortsatt gjenstår litt skjerming med større greiner før den føles trygg nok for alle små fugler, mener Trond Vidar Vedum.

– Men når de først kom flyvende skal jeg si at det ble oppstandelse. «Hvilken fugl er det?» «Og den?» Vi dro frem plansjene vi hadde fått og det ble stor aktivitet på stua. I dag er både pasienter og ansatte kjempemotivert, sier Lillian Dahlseng.

Utfordringer

Innkjøp av fôr er en utfordring for avdelingene som etter to år med prosjektstøtte nå skal videreføre tiltaket på egen hånd.

Lillian Dahlseng opplyser at budsjettet ved Brumunddal bo- og aktivitetssenter er stramt.

– Økonomien tillater ikke utskeielser som fuglemat. På vår avdeling har vi løst dette ved å samle inn alle tomme saft- og brusflasker. Pantepengene bruker vi når vi skal handle inn ingredienser til meiseboller som vi lager selv på avdelingen, sier hun.

Meisebolleproduksjonen har vist seg å være populær blant beboerne.

– Ikke minst for en av brukerne våre, som har utenlandsk opprinnelse. Vi har ikke noe felles språk, men når det handler om kakk-kakk og pip-pip forstår vi hverandre utmerket, sier Dahlseng.

Ved noen av institusjonene som har deltatt har pasientenes pårørende nå overtatt ansvaret, andre steder har én eller flere interesserte ansatte påtatt seg oppgavene.

– Om tiltaket skal lykkes eller ei avhenger nok av at noen står på litt ekstra, tror Trond Vidar Vedum, som i det siste har fått henvendelse fra flere eldre institusjoner rundt om i landet.

– Jeg råder dem til å være litt bevisste på hvilken type karnapp de skrur opp. Det estetiske er viktig, det gjør seg ikke så godt med lefsete løsninger på moderne sykehjem. De bør i tillegg vurdere å legge en vaskbar plate i bunnen av karnappet, slik at innretningen ikke trekker til seg mus og rotter. Skjønt vi har også fått rapporter fra sykehjem der mus stadig fløy opp og ned på brettet. Beboerne syntes at det var kjempespennende!

Positiv til fôring

Gjennom prosjektet ville man også finne ut hva folk mener om fugleopplevelser og fuglemating. Totalt 400 spørreskjemaer

ble delt ut til husstander i nærmiljøet til to aktuelle omsorgssentre i Kristiansand og to boligområder i Hamar. Spørsmålene dreide seg om folks generelle forhold til fugl, betydningen av fugleopplevelser for deres livskvalitet samt hvilken holdning de hadde til fuglefôring ved sykehjem.

89,6 prosent av de som svarte sa at et rikt fugleliv i nærmiljøet har en positiv innvirkning på deres egen livskvalitet. 75,4 prosent oppga at de føler fuglene vinterstid. Noen unnlot å føre fuglene, av frykt for at maten skulle tiltrekke seg smågnagere.

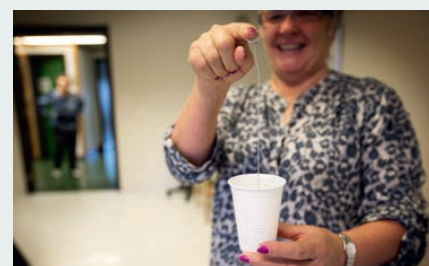
På spørsmålet om deltakerne trodde at fuglefôring kunne gi økt trivsel og livskvalitet for beboere på sykehjem, svarte hele 94 prosent positivt.

Meiseboller á lá Brumunddal

Ved Brumunddal bo- og aktivitetssenter brukes Sigmund Lies oppskrift på meiseboller:

450 g delfiafett smeltes og blandes med
200 g solsikkekjerner
200 g lettkokte havregryn og
150 g knuste jordnøtter

Man kan også blande inn villfuglfrø, hel hvete, hirse, sesamfrø eller knust kokos. Blanding kan fylles i plastrør, med en rørdiameter på fem cm får man da meisestenger som passer i fôringsautomater beregnet på meiseboller.



TAGER HVA MAN HAVER: – Vi fyller blandingen i engangs plastkrus. Med en søpleposeklemme nedstøpt i blandingen blir de enkle å henge opp, forteller Lillian Dahlseng.

IVRIGE: Kjell Jensen (t.v.) og Ester Kjernsholen koser seg når de kan følge med på livet som utfolder seg i stuevinduet. – En dag så jeg hele fem fugler der inne, forteller Ester.



Bente Wallander (tekst)
Martin Lundsvoll (foto)

Hvordan lede til bedre demensomsorg



ÅPNET KONFERANSEN: Direktøren ved Svenskt Demenscentrum Wilhelmina Hoffman gir ordet til lederen for utvikling av praksis og kvalitet, Paul Edwards fra det britiske helseselskapet BUPA.



VET VI NOK? Mange ville høre Øyvind Kirkevolds foredrag om ledelse og implementering.

Hva kan lederne gjøre for å bidra til mere personsentrert omsorg for personer med demens? Og hvordan bør de lede for å oppnå varig virkning?

Det var temaet for konferansen *God demensomsorg, et spørsmål om ledelse?* Tre skandinaviske demenskompetansesentra sto sammen om arrangementet; Svenskt Demenscentrum, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse og Nationalt Videncenter for Demens, og nær 400 deltakere fant veien til den svenske hovedstaden for å lære mer om ledelse.

Implementering og vedlikehold

Den første konferansen for ledere i skandinavisk demensomsorg ble avholdt i København i 2012.

– I år står implementering av nye kunnskaper om god demensomsorg i fokus, samt hvordan man forbedrer og vedlikeholder dette over tid. Ledelse vil alltid være en viktig del av slike prosesser, sa direktøren ved Svenskt Demenscentrum, geriater Wilhelmina Hoffman.

En rekke foredragsholdere utdypet temaet i løpet av de to konferansedagene. Først ut var lederen for utvikling av praksis og kvalitet i det britiske omsorgsselskapet BUPA, Paul Edwards, med sitt foredrag *Person-centred leadership*. Edwards startet med å innrømme hvordan han selv på den harde måten hadde erfart at ledere får de medarbeiderne man fortjener:

– Som ung trodde jeg, idiotisk nok, at personalet ville gjøre det jeg ønsket at de skulle gjøre.

Kjenn deg selv

Paul Edwards gikk deretter rett på omsorgsledernes hverdag: – Om vi nå skulle klare å realisere personsentrert omsorg; Er vi da i stand til å lede og håndtere det vi måtte ende opp med?

For ham selv har det vært et problem at begrepet personsentrert omsorg er så vagt og uklart beskrevet:

– Alle snakker om det, men hva betyr det egentlig? Hvis vi ikke klarer å artikulere vårt konsept i den virkelige verden, hvordan skal vi da klare å lede en prosess som fører til mer humanistisk omsorg? Et annet problem kan være en iboende spenning mellom dine ideer om ledelse og personsentrert omsorg. Det

første du må gjøre er å lære deg selv å kjenne; Har du virkelig den kompetanse du trenger for å gjennomføre dette? Det samme gjelder ditt team og din organisasjon. Derneft må du forklare hva du vil oppnå. Du må investere i dine medarbeidere så de får mulighet til å utvikle seg, forstå den ønskede endringen og følge deg. Som leder kan du virkelig gjøre en forskjell, konkluderte han.

Fruktbar ledelse

Vibeke Drevsen Bach fra det danske selskapet Energy2work foredro om konseptet *Blomstringsledelse – helhetsorientert og bæredyktig ledelse*.

– Med tanke på omfanget av oppgavene som venter oss i demensomsorgen er det ingen tvil om at vi må tenke nytt. Hvis vi ikke gjør det vil vi brenne ut. Vi får ikke mere penger og kan ikke løse våre problemer med den samme tankegang som vi skapte dem, mente hun.

Selv var Drevsen Bach opptatt av å frisetse folk:

– Vi må nyskape Tom Kitwoods og Dawn Brookers omsorgsfilosofi for å finne andre og livgivende veier til uut-

nyttede ressurser. Det er potensiale over alt. Dawn Brooker beskriver det å få demens som å legge ut på en reise fra én dimensjon til en annen. En reise full av fysiske, mentale, psykiske, kognitive og sosiale utfordringer og forandringer. Kvaliteten på denne ferden kan vi påvirke. Vi må skreddersy tur og opphold, kjenne pasienten, vite hva hun forlater og hvor hun skal, se henne som en person med demens og ikke de oppgavene hun representerer. Klarer vi dette forvalter vi vår ledermakt til fordel for personer med demens i stedet for et fabrikkpleiesystem, hevdet hun.

Hva er god omsorgskultur

Isabelle Hatham, som er fagansvarlig i foreningen for demensstudier ved universitetet i Worcester, hadde prøvd å finne ut hva det er ved pleiekulturen som gjør en forskjell.

– Vi vet at mange pleie- og omsorgsinstitusjoner som rår over tilnærmet like mye ressurser tilbyr sine beboere omsorg av svært ulik kvalitet. Det var behov for å se nærmere på forholdet mellom pleieorganisasjoners kultur og beboernes opplevde omsorg, fortalte hun.

Hva er så organisasjonskultur? Jo det er de verdier, antakelser og normer for atferd som påvirker medlemmenes oppførsel og samhandling, inkludert formelle regler og uttalte normer, men også uskrevne regler som «Slik gjør vi det her». Vi fant ut at pleiehjem som gir utmerket omsorg kjennetegnes av sine konsekvent inspirerende, kreative og sensitive tilnærminger, mens pleiehjem som også tok sikte på å gi god omsorg, men som ikke klarte å gi det, bar preg av manglende engasjement, slurvete praksis og ufølsomhet. Felles for de organisasjonene som lyktes var at personalet delte normer og verdier. De hadde også den samme forståelse for hva personsentrert omsorg innebar for daglig stell av og forhold til beboerne og en åpenhet for endring dersom det var til beboernes beste.

En rekke andre foredragsholder bidro til kongressens omfattende program. Du finner videoer, presentasjoner og flere bilder fra konferansen på www.aldringoghelse.no og på www.demenscentrum.se

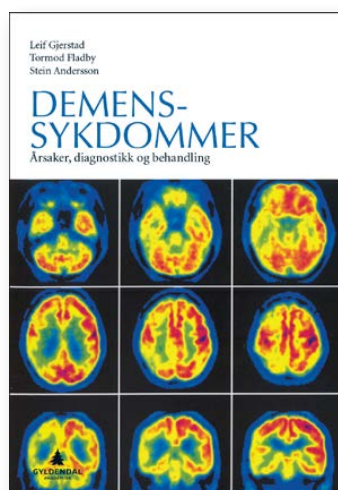
FELLES HOLDNING: – Felles for de institusjonene som lyktes var at personalet delte normer og verdier, sa Isabelle Hatham fra universitetet i Worcester.



VI MÅ TENKE NYTT, sa Vibeke Drevsen Bach fra det danske firmaet Energy2work.



OVERTAR STAFETTPINNEN: Kari Midtbø Kristiansen fra Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (t.v.) overtok ansvaret for neste lederkonferanse i Norge i 2016. I midten Wilhelmina Hoffman, Svenskt Demenscentrum og t.h. Gunhild Waldemar, Nationalt Videncenter for Demens.



Forfattere: Leif Gjerstad, Tormod Fladby, Stein Andersson

Tittel: Demenssykdommer. Årsaker, diagnostikk og behandling

Ant.sider: 235

ISBN: 978-82-0544-993-0

Utgitt av: Gyldendal Akademisk, 2013

BOKANMELDELSE

Anmeldt av Hågen Stang Nyquist, seksjonsoverlege Alderspsykiatrisk avdeling, Diakonhjemmet Sykehus

God neurologisk demensoppdatering

Professorene Gjerstad, Fladby og Andersson har laget en velstrukturert og informativ innføring i demenssykdommenes patologi, utredning, forebygging og behandling.

Det neurologiske fagmiljøet i Oslo, ved tre svært erfarne fagmenn, har utgitt lærebok om demenssykdommer. Målgruppen er i hovedsak helsepersonell av ulike kategorier.

Boken har 16 kapitler fordelt på fem hoveddeler:

DEL 1 omhandler hjernefunksjoner, deres lokalisasjon og gir en innføring i begrepene kognitiv svikt og demens.

DEL 2 beskriver sykdommer som gir demens, med vekt på de hyppigste neurodegenerative tilstandene, men også med et kapittel om mental svikt og demens ved andre neurologiske sykdommer.

DEL 3 er viet diagnostiske undersøkelser. Der beskrives blant annet undersøkelse av kognitive og nevropsykiatriske funksjoner og de vanligste demenssykdommenes kognitive profil. Bestanddelene i en diagnostisk utredning gjennomgås, inkludert oppdatert kunnskap om billed-diagnostiske muligheter og spinalvæskeundersøkelser.

DEL 4 om forebygging og behandling inneholder også et kapittel om den kommunale omsorg, pleie og ivaretagelse av pasient og pårørende, blant annet med beskrivelse av funksjonen til demensteam som er anbefalt i fagpolitiske føringer. Et kapittel om juridiske aspekter ved demens som gjelder førerkort, hjelpeverge samt gyldigheten av testamenter har også fått plass.

DEL 5, «veien videre», tar opp utfordringen med å ivareta en stor forventet økning i antall demensrammede. Tidlig diagnostisering gir håp om å kunne sette inn en fremtidig virksom behandling før sykdommen har kommet langt. Mulige angrepspunkter for en slik behandling omtales, før boken avrundes med betraktninger om ivaretagelse av personer med demens i institusjon krydret med konkrete erfaringsanekdoter til inspirasjon.

Boken har oversiktlig disposisjon og forfatterne har fått plass til mye informasjon på 235 sider. Teksten kan leses i sammenheng, som enkeltkapitler eller brukes som oppslagsverk. Den har fine fargeillustrasjoner. Tabeller og oppsummering av hovedpunktene etter hvert kapittel skaper god oversikt. Innholdet har med resultater av de senere årenes omfattende forskning på feltet. Språket er i hovedsak presist og lett forståelig.

Fagbegreper er ofte forklart i parenteser. Likevel er innholdets natur av en slik art at jeg vil tro boken finner sin målgruppe best blant leger. Psykologer og sykepleiere med interesse for demenssykdommer vil også ha godt utbytte av den.

Som psykiater gleder jeg meg over innsiktsfull beskrivelse av nevropsykiatriske symptomer ved demens. Jeg synes også presentasjonen av differensialdiagnostiske overveielser opp mot tilstandene delir og demens er god. Boka dekker imidlertid ikke behandling av psykiske tilstander og atferdsforstyrrelser på en slik måte at den gjør Engedal og Haugens lærebok om demens overflødig for oss som jobber i alderpsykiatrien.

Svært mange pasienter får utvilsomt sin demensdiagnose for sent. Likevel savner jeg omtale av etiske dilemmaer ved å diagnostisere Alzheimers sykdom på et tidlig tidspunkt, så lenge vi ikke har behandling med dokumentert effekt for denne gruppen og må forvente en viss grad av feildiagnostisering, selv med bruk av moderne biologiske metoder.

Uansett er dette en solid neurologifaglig oppdatering om demenssykdommer som jeg trygt kan anbefale helsearbeidere med interesse for demens.



Møteplass for mestring Demens midt i livet

Kurs for yngre personer med demens og deres pårørende

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

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

Opplys gjerne om tilbudet til aktuelle deltakere!

**Datoer og steder for Møteplass for mestring 2015 blir lagt ut på
www.aldringoghelse.no og www.nasjonalforeningen.no**



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

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



Torhild Holthe, Gorm Grammeltvedt, Ragnar Simonsen, Toril Laberg,
Laila Refsnes, Pia Bakke Pedersen og Kristin Bakke Kolbekk

Enklere hverdag med velferdsteknologi

Heftet tar utgangspunkt i hverdagsaktiviteter, og er et bidrag til å øke kunnskapen om velferdsteknologi. Heftet skal gjøre det enklere å stille de rette spørsmålene, slik at den som kan ha nytte av velferdsteknologi får riktige og gode løsninger.

ISBN 978-82-7841-866-6 | 80 sider | kr 48,-

For bestilling og mer informasjon:

www.aldringoghelse.no

tlf 33 34 19 50 – post@aldringoghelse.no



Hilde Kramer

Minner i bilder

Bildebok for personer med demens

Barndom og yngre år kan stå sterkere i minnet til en person med demens enn det som skjedde i går. For noen står døren til fortida fortsatt på gløtt, andre trenger hjelp til å erindre det de har opplevd.

Med årstidsrelaterte bilder og tekster vil illustratør og forfatter Hilde Kramer stimulere sansene til personer med demens, for slik å etablere en bro til den enkeltes livserfaringer. Aktivisering av minner bidrar til gode øyeblikk i hverdagen, både for personen med demens og den som leser med. Det rike utvalget med bilder fra norsk kultur og forrige århundres historie gir et godt utgangspunkt for dialog.

ISBN 978-82-8061-236-6 | 44 sider | kr 190,-

For bestilling og mer informasjon:

www.aldringoghelse.no

tlf 33 34 19 50 – post@aldringoghelse.no



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste



KURS & KONFERANSER våren 2015

Kursperiode	Tema	Sted	Påmeldingsfrist
Demens			
4. feb.***	Basiskurs i demens	Sørumsdal	5. jan. 2015
11. feb.*	ETUQ	Oslo	8. jan. 2015
12. feb.*	Velferdsteknologi og demens	Oslo	8. jan. 2015
2. mars*	Utredning og oppfølging av yngre personer med demens	Stjørdal	28. jan. 2015
23. mars**	Utredning av demens i kommunehelsetjenesten (2 dager)	Oslo	18. feb. 2015
21. april.*	GPS – økt livskvalitet for personer med demens?	Alta	17. mars 2015
27. april**	Legekurs – Demenssykdommene – diagnostisering og behandling	Oslo	23. mars 2015
28. april*	Tilrettelagte dagaktivitetstilbud for personer med demens	Oslo	25. mars 2015

Alderspsykiatri

2. mars*	Psykiske lidelser i eldre år	Oslo	28. jan. 2015
20. april***	Landskonferanse	Ålesund	9. mars 2015

Utviklingshemning og aldring

13. jan.***	Basiskurs – Aldring hos personer med utviklingshemning	Oslo	11. des. 2014 Obs!
27. jan.*	Utviklingshemning og aldring – utfordringer i VTA og arbeidssentra	Bergen	14. des. 2014 Obs!

Geriatrici

3. feb.***	Basiskurs i geriatri	Tynset	5. jan. 2015
26. mars**	Ernæringsvikt hos gamle	Oslo	22. feb. 2015

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

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

Antall kursdager:

* (1 dag)

** (2 dager)

*** (3 dager)

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

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

www.aldringoghelse.no



Tid til å være ung? Når mor eller far har demens...

LANDSDEKKENDE HELGEKURS 2015 for ungdom 18-30 år

Vestfold 10.-12. april
Trøndelag 18.-20. september

Utgifter til reise og opphold blir dekket

«Jeg føler meg ikke så alene lenger. Har fått venner på grunn av kurset som har hjulpet mye. Kurset har også gjort at jeg har lettere for å snakke om det og være åpen.»



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste
www.aldringoghelse.no

For informasjon om tilbudet og påmelding:

Marit Fossberg, marit.fossberg@aldringoghelse.no

Per Kristian Haugen, perkristian.haugen@aldringoghelse.no



Skriv for Demens & Alderspsykiatri

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

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

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

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

Fagartikler i D&A

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

En fagartikkel i D&A overskrider sjelden 15 000 tegn uten mellomrom. Vi oppfordrer dere til å sende bilder, grafer og figurer som separate filer. Redaksjonen forbeholder seg retten til i samråd med forfatter å redigere og forkorte manuskripter. Fagartikler og innlegg til D&A skal før trykking leses og godkjennes av minst to av redaksjonskomiteens medlemmer.

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

Forskningsartikler i D&A

D&A har innledet en prosess for å bli godkjent som vitenskapelig publiseringskanal. Vi ønsker å publisere tverrfaglig innen våre fagfelt, fra forskning

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

Fagfellevurdering

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

Generelt

- ♦ All tekst skrives i MS Word-format (.doc, .docx) eller i «rikt tekstformat» (.rtf), med fonten Times New Roman, bokstavstørrelse 12.
- ♦ Linjeavstand skal være 1,5 cm.
- ♦ Sidene skal pagineres (merkes med sidetall).
- ♦ Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig.
- ♦ Artiklene skal inneholde følgende avsnitt, om det er naturlig ut fra hva slags studie artikkelen refererer:
 - Sammendrag, hovedbudskap, bakgrunn, metode (med statistikk), etiske refleksjoner, resultater, diskusjon, konklusjon og referanser.

- ♦ Hovedbudskapet skal sammenfattes i to-tre kulepunkter.
- ♦ Overskriftene markeres med tykkere bokstaver (bold).
- ♦ Fotnoter skal ikke brukes.
- ♦ Figurer og tabeller fremstilles på separate sider etter referanselisten.
- ♦ Det tillates inntil fem tabeller og/eller figurer.
- ♦ Tabeller skal av trykkes tekniske årsaker også sendes inn som egne dokumenter i excel-format (.exl).
- ♦ Forfatteren (forfatterne) har selvstendig ansvar for all språkvasking.
- ♦ Antall ord er maksimalt 3 500 (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser).
- ♦ Sammendraget skal være på norsk og engelsk, og inneholde maksimalt 250 ord for hver språkform.
- ♦ Manuskripter skal være skrevet på norsk, svensk eller dansk.

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

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

1. Overskriftsside

Tittel på artikkelen

Forfatterens (forfatternes) for- og etternavn.

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

Forfatterens (forfatternes) stilling og arbeidssted.

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

Antall figurer og tabeller i artikkelen

2. Sammendrag

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

aller viktigste i artikkelmanuskriptet. Det skal dekke studiens bakgrunn, hensikt, metode, hovedresultat og konklusjon. Maksimalt 250 ord.

Etikk

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

Forfatterskap

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

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

Interessekonflikter

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

Referanser

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

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

REFERANSER

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

da Demens & Alderspsykiatri

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



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

Trenger dere flere blader på din arbeidsplass?
Vi sender tre eksemplarer av bladet (forutsatt samme adresse) for kr. 800,- per år.

Bestill tidsskriftet

e-post tidsskriftet@aldringoghelse.no

telefon 22 11 77 28

eller skriv til: **Aldring og helse**
Oslo universitetssykehus HF, Ullevål
Bygning 20, 4. etg.
0450 Oslo

 **Aldring og helse**
Nasjonal kompetansetjeneste
www.demensogalderspsykiatri.no

Demens & Alderspsykiatri

Redaktør:

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

Redaksjonsssekretær:

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

Vitenskapelig redaksjon:

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

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

Geir Selbæk, psykiater, ph.d. forskningsleder

Knut Engedal, professor dr.med.

Vitenskapelige artikler sendes til
fagredaktor@aldringoghelse.no

Ansvarlig redaksjonskomité:

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

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

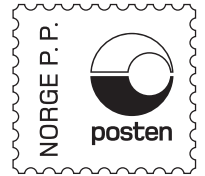
Allan Øvereng, sykepleier, nettverkskoordinator,
Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og
samhandling, Helse Stavanger HF

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

Bernhard Lorentzen, avdelingsoverlege,
Diakonhjemmet sykehus, Alderspsykiatrisk avd.

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

Fagartikler sendes til
bente.wallander@aldringoghelse.no



D&A går i dybden - og i bredden

ISSN: 1890-4130

Medlem av



Demens&Alderspsykiatri utgis av



Aldring og helse

Oslo universitetssykehus HF, Ullevål
Bygn. 20
0450 Oslo
Tlf: 22 11 77 28 / 33 34 19 50

Aldring og helse

Postboks 2136
3103 Tønsberg
Tlf: 33 34 19 50
Faks: 33 33 21 53

post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no



Demens & Alderspsykiatri

www.demensogalderspsykiatri.no

tidsskriftet@aldringoghelse.no